



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LAIS CRUSARO PAGNUSSATT

**ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEDIDAS DE QUARENTENA DURANTE O
CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

CHAPECÓ

2022

LAIS CRUSARO PAGNUSSATT

**ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEDIDAS DE QUARENTENA DURANTE O
CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª Dr^ª Erica de Brito Pitilin

CHAPECÓ

2022

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Pagnussatt, Lais Crusaro
ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEDIDAS DE QUARENTENA
DURANTE O CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19 / Lais
Crusaro Pagnussatt. -- 2022.
46 f.

Orientadora: Professora Doutora Erica de Brito
Pitilin

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2022.

1. Pandemias. 2. COVID-19. 3. Obstetrícia. 4. Cuidado
Pré-Natal. 5. Período Pós-Parto. I. Pitilin, Erica de
Brito, orient. II. Universidade Federal da Fronteira
Sul. III. Título.

LAIS CRUSARO PAGNUSSATT


**ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEDIDAS DE QUARENTENA DURANTE O
CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

08/04/2022

BANCA EXAMINADORA



Erica de Brito Pitilin
Orientadora



Prof^ª. Tassiana Potrich
Membro Titular



Prof^ª Débora Tavares de Resende e Silva
Membro Titular

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me guiado nesse caminho, sou grata pelas lições que aprendi e pela evolução pessoal e profissional.

Agradeço aos meus pais Patrícia Crusaro e Luiz Carlos Pagnussatt pelo apoio, incentivo e encorajamento que me serviram de alicerce para a realização desse sonho, por estarem sempre do meu lado e por serem fundamentais na minha vida.

Agradeço aos meus avôs Jovenila Iop, Vivaldino Pagnussatt, Neide Ranzan e Ivo Crusaro, por todas as lições de vida, todos os ensinamentos e por serem meus segundos pais.

Agradeço meu namorado Eduardo Niszczah Alves pela atenção, amor e compreensão pela minha dedicação ao curso de graduação, sou grata por todo suporte que me ofereceu nessa caminhada.

Agradeço os meus amigos da graduação, Matheus Guilherme Boeno, Drian Felipe Krüger e Tainara de Oliveira Fornari, com certeza essa jornada se tornou mais leve ao lado de vocês!

Agradeço à minha orientadora Érica de Brito Pitilin, por todas as oportunidades, apoio e paciência. Obrigada por me ajudar nessa fase e por sempre me motivar.

Agradeço a todas as pessoas com quem convivi ao longo desses anos do curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

E por fim, agradeço à Universidade Federal da Fronteira Sul, aos meus colegas de graduação e ao corpo docente do curso de graduação em Enfermagem pela oportunidade da formação gratuita e pela excelência do ensino prestado.

RESUMO

A infecção por coronavírus se espalhou rapidamente da China para outras partes do mundo em 2019. Segundo a Organização Mundial de Saúde do dia 03 de janeiro de 2020 até o dia 11 de abril de 2022 foram 2022497.493.302 casos confirmados de COVID-19, incluindo 6.174.449 óbitos em todo o mundo. Como fatores de risco epidemiológico tem-se pessoas que viajaram para países ou regiões epidêmicas, contato próximo com infectados, idosos com mais 60 anos, morbidades respiratórias pré-existentes, gestantes e puérperas. Foram inseridas nesse grupo gestantes em qualquer idade gestacional, e mulheres que tiveram aborto ou perda fetal. Ainda não se sabe ao certo quais os impactos a médio e longo prazo os ajustes necessários na assistência terão no bem-estar das mulheres e dos bebês, ou nas experiências de parto das mulheres. Considerando que a COVID-19 parece aumentar o risco de complicações no ciclo gravídico puerperal, o manejo dessas mulheres deve ser idealmente controlado e rigoroso. Essa pesquisa teve como objetivo identificar o impacto das medidas de quarentena da COVID-19 na assistência obstétrica das mulheres grávidas. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa prospectivo on-line realizado com mulheres que deram à luz entre o período de *lockdown* que foi do dia 06 de março a 04 de abril de 2020 na Região Sul do país. Informações sobre dados demográficos, sociais, gestação, parto e nascimento foram coletadas e comparadas entre os dois períodos: pré-alerta (6 de março a 20 de março de 2020) e período pós-alerta (21 de março a 04 de abril de 2020). Para o estudo foram consideradas elegíveis todos os nascimentos que ocorreram durante o período supracitado. A amostragem se deu por conveniência. Para a etapa de coleta de dados, uma equipe devidamente capacitada realizou o recrutamento por meio de mídias digitais. O formulário de coleta de dados contemplou 34 perguntas sobre as características demográficas, sociais, da gestação, parto e nascimento, bem como àquelas relacionadas às medidas de resposta ao surto, como sintomas, diagnóstico, isolamento social, contato com pessoas infectadas, entre outras. Utilizou-se na análise dos dados estratégia de abordagem hierárquica e regressão logística condicional. Os dados coletados foram exportados e analisados pelo software IBM® SPSS, versão 20.0. Participaram do estudo 412 mulheres que deram à luz no período de *lockdown*. Entre os cuidados obstétricos durante a gestação, foi possível notar associações significativas pré e pós *lockdown* no número reduzido de consultas, consultas desmarcadas, menos exames laboratoriais e de imagens realizados e mudança de obstetra na pandemia. Uma proporção maior de mulheres permaneceu em isolamento social durante o período, embora a presença de sintomas para COVID-19 e diagnóstico confirmado da doença estiveram associados significativamente ao período pré *lockdown*. O número

insuficiente de consultas durante o pré-natal, o clampeamento precoce do cordão umbilical, cesariana, trabalho de parto prematuro e sintomas para COVID-19 também estiveram associados com o período pré-*lockdown*. As medidas de quarentena da COVID-19 impactaram o manejo assistencial durante a gestação, o parto e o puerpério, resultando em intervenções desnecessárias e no aumento de cesarianas.

Palavras-chave: Pandemias; COVID-19; Obstetrícia; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

The coronavirus infection spread rapidly from China to other parts of the world in 2020. According to the World Health Organization from January 3, 2020 to April 11, 2022 there are 2022497,493,302 confirmed cases of COVID-19, including 6,174,449 deaths worldwide. As epidemiological risk factors, there are people who have traveled to epidemic countries or regions, close contact with infected people, elderly people over 60 years of age, pre-existing respiratory morbidities, pregnant and postpartum women. Pregnant women of any gestational age and women who had miscarriage or fetal loss were included in this group. It is still unclear what medium- and long-term impacts the necessary adjustments in care will have on the well-being of women and babies, or on women's childbirth experiences. Considering that COVID-19 appears to increase the risk of complications in the puerperal pregnancy cycle, the management of these women should ideally be controlled and rigorous. This research aimed to identify the impact of COVID-19 quarantine measures on the obstetric care of pregnant women. This is an online prospective quantitative approach study carried out with women who gave birth between the lockdown period that was from March 6th to April 4th, 2020 in the southern region of the country. Information on demographic, social, pregnancy, delivery and birth data was collected and compared between the two periods: pre-alert (March 6 to March 20, 2020) and post-alert period (March 21 to April 04, 2020). All births that occurred during the aforementioned period were considered eligible for the study. Sampling was for convenience. For the data collection stage, a duly trained team carried out the recruitment through digital media. The data collection form included 34 questions about demographic, social, pregnancy, delivery and birth characteristics, as well as those related to outbreak response measures, such as symptoms, diagnosis, social isolation, contact with infected people, among others. A hierarchical approach and conditional logistic regression were used in the data analysis. The collected data were exported and analyzed by the IBM® SPSS software, version 20.0. The study included 412 women who gave birth during the lockdown period. Among obstetric care during pregnancy, it was possible to notice significant pre and post lockdown associations in the reduced number of consultations, unscheduled consultations, fewer laboratory and imaging tests performed and change of obstetrician in the pandemic. A higher proportion of women remained in social isolation during the period, although the presence of symptoms for COVID-19 and confirmed diagnosis of the disease were significantly associated with the pre-lockdown period. Insufficient number of consultations during prenatal care, early clamping of the umbilical cord, cesarean section, preterm labor and symptoms for COVID-19 were also

associated with the pre-lockdown period. COVID-19 quarantine measures impacted care management during pregnancy, childbirth and the puerperium, resulting in unnecessary interventions and an increase in cesarean sections.

Keywords: Pandemias; COVID-19; Obstetrics; Prenatal Care; Postpartum period.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Características demográficas, sociais e da gestação de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico distal.....30
- Tabela 2- Características do parto e nascimento de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico intermediário.....31
- Tabela 3- Características de controle ao surto de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico proximal.....32
- Tabela 4- Modelo hierárquico explicativo final de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus.....33

LISTA DE SIGLAS

COVID-19 Coronavírus

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

RCOG Colégio Real de Obstetrícia e Ginecologia

UTI Unidade de Terapia Intensiva

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL	17
3.2 PANDEMIA COVID-2019 E OS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	18
3.4 ENFERMAGEM OBSTÉTRICA FRENTE À PANDEMIA	20
4 MÉTODO	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	22
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
4.5 COLETA	22
4.6 ANÁLISE.....	23
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	23
4.7.1 Riscos	24
4.7.2 Benefícios.....	24
4.8 ASPÉCTOS ÉTICOS	25
4.9 DEVOLUTIVA DOS DADOS	25
5 RESULTADOS	26
5.1 ARTIGO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	42

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o mundo está vivenciando uma pandemia originada por uma doença altamente infecciosa. Uma infecção por coronavírus (COVID-19) se espalhou rapidamente da China para outras partes do mundo (WANG et al., 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) do dia 03 de janeiro de 2020 até o dia 11 de abril de 2022 são 2022497.493.302 casos confirmados de COVID-19, incluindo 6.174.449 óbitos em todo o mundo. No Brasil, os casos confirmados de COVID-19 são 30.125.540 e 661.377 óbitos (WHO, 2021).

Os dados sugerem um período de incubação de 5 a 60 dias e os principais sintomas são parecidos com os sintomas de gripe sendo eles febre, tosse, mialgia, dor de cabeça, dificuldade respiratória, entre outros. (RASMUSSEN et al., 2020). Ainda, os sintomas específicos são a perda do olfato e perda do paladar, e existem também os portadores assintomáticos (ALBUQUERQUE; MONTE; ARAÚJO, 2020).

Aproximadamente 80% das pessoas infectadas não necessitam de internação hospitalar. Dos que precisam, em média 15% não necessita de internamento Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BHERING; et al, 2021).

A forma de transmissão se dá por meio de gotículas respiratórias de pessoa para pessoa e também pode ser observado em outros fluidos, como lavado bronco alveolar. Uma das maneiras de prevenção da disseminação da doença é o distanciamento e isolamento social.(ALBUQUERQUE; MONTE; ARAÚJO, 2020).

Entre os fatores de risco epidemiológico destaca-se as pessoas que viajaram para países ou regiões epidêmicas, contato próximo com infectados, idosos com mais 60 anos, morbidades respiratórias pré-existentes, gestantes e puérperas (ZHAO et al., 2020).

Recentemente, gestantes em qualquer idade gestacional e mulheres que tiveram aborto ou perda fetal foram inseridas nesse grupo (BRASIL, 2020). Nos casos identificados, as gestantes tiveram maior tempo de internação, são mais propensas a desenvolver insuficiência renal e sepse e requerem admissão em UTI, necessitando de assistência mecânica (RASMUSSEN; et al., 2020). Ainda, sofrimento fetal e parto prematuro também foram observados em alguns casos. (CHEN H et al., 2020).

Alguns estudos identificaram que as mulheres grávidas correm maior risco de desenvolver infecção viral, como influenza A, H1N1, SARS-CoV, MERS-CoV, Ebola, entre outras e parecem ter piora nos resultados clínicos, incluindo mortalidade materna e natimortos, em comparação com mulheres não grávidas (WANG et al., 2020, CHEN N et al., 2020).

Devido as peculiaridades que envolve o período gravídico-puerperal, a assistência deve ser prioritária para esse grupo de mulheres (MARQUARDT; BERTOLDI; CARAVLHO, 2020).

Os princípios relativos à assistência obstétrica durante a pandemia incluem monitoramento e vigilância precoce, procedimentos agressivos de controle de infecção, teste para COVID-19 e co-infecção, estabelecimentos de saúde capazes de monitorar continuamente mãe e feto, planejamento do parto com abordagem e conduta individualizada em equipe com várias especialidades, entre outras (CHEN N et al., 2020).

A evolução clínica da doença nas gestantes ainda é incerta. Considera-se que, nesse ciclo de vida, a infecção por COVID-19 possa levar à uma evolução clínica negativa, podendo ocasionar sofrimento fetal, aborto espontâneo, dificuldade respiratória, prematuridade e cesariana (CARDOSO; SOUSA; ROCHA; MENEZES; SANTOS, 2021).

O Colégio Real de Ginecologia e Obstetrícia (Royal College of Obstetrician and Gynaecologist – RCOG) publicou medidas para atenção obstétrica e puerperal em tempos de pandemia como: diminuição do contato com os profissionais da saúde, apenas o essencial, alternando consulta pré-natal presencial e on-line, exames obstétricos durante a gestação apenas os indispensáveis, restrição do número de pessoas no cenário do parto (acompanhante, doulas, fotografias de parto, entre outros), presença racional do pediatra em sala de parto, evitar procedimentos desnecessários como indução do parto sem real indicação ou cesariana, usar máscaras de proteção durante o trabalho de parto e na amamentação, não receber visitas durante a internação e no período do puerpério, entre outras (RCOG, 2020). Ainda, as medidas de precaução padrão como afastamento do trabalho, isolamento social, distância e suprimento de álcool em geral também foram incentivadas pela OMS (OMS, 2020).

Diante do exposto e considerando que as mulheres grávidas e/ou no período pós-parto são potencialmente mais propensas a desenvolverem complicações obstétricas e resultados adversos perinatais e que as medidas implementadas para o controle da infecção pelo coronavírus afetam e influenciam diretamente na rotina e comportamento na gravidez, parto e puerpério é que se tornou relevante a condução da pesquisa.

No meio de um surto de rápida evolução que pode ter efeitos significativos no manejo da assistência obstétrica, as necessidades únicas das mulheres grávidas devem ser incluídas, a fim de se refletir sobre os planos de respostas para atender essas demandas. É essencial que as informações sobre o status da gravidez, bem como os resultados maternos e fetais devem ser coletadas e relatadas.

Não há dados suficientes até o presente momento que considerem essas questões acerca do ponto de vista das próprias mulheres frente às implicações adotadas no manejo da assistência durante o pré-natal, parto e puerpério. Assim, identificar o impacto da pandemia neste contexto faz-se necessário para possibilitar o fortalecimento e a qualificação das ações no atendimento prestado à saúde das mulheres grávidas na prevenção e diagnóstico precoce da infecção por COVID-19.

Neste contexto, este estudo pode fornecer subsídios e fortalecer as práticas assistenciais que atendam às reais necessidades dessa população de mulheres de risco. Por tanto, espera-se que a partir das informações obtidas possa-se contribuir e auxiliar na elaboração de ações nas unidades de atenção primária à saúde, visando à promoção, prevenção e a diminuição da ocorrência da COVID-19 e de suas complicações.

Essa reflexão acerca dos dados deve colaborar com a melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, visto que a pesquisa permitirá a visualização da condição da gestante possibilitando ao profissional o conhecimento das implicações das novas práticas obstétricas.

Salienta-se que o presente estudo foi realizado quando ainda não haviam vacinas aprovadas para a COVID-19, por esse motivo esse método de prevenção não é mencionado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o impacto das medidas de quarentena da COVID-19 na assistência obstétrica das mulheres grávidas.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar o perfil socioeconômico e sociodemográfico das gestantes.
- Identificar a via de nascimento e/ou local do parto e os desfechos do nascimento durante o período da pandemia.
- Correlacionar os fatores associados à infecção pela COVID-19 com os desfechos neonatais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

A assistência obstétrica no Brasil já passou por muitas fases, no passado a assistência durante o parto e o nascimento por muito tempo foi direcionada ao bebê, atentando-se exclusivamente para as suas condições de saúde e suprimindo o cuidado com a parturiente. Podemos observar que com a evolução da assistência obstétrica, nas últimas décadas, as práticas frente ao processo de parto e nascimento foram sendo reorganizadas, priorizando uma assistência humanizada ao binômio mãe/filho. A humanização do atendimento ao parto e nascimento favorece a utilização de todas as tecnologias e técnicas obstétricas disponíveis, tornando as vantagens a serem conquistadas maiores que os riscos a serem corridos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Visando as orientações para a prática assistencial em saúde ao binômio mãe/filho, deve basear-se nas melhores evidências disponíveis buscando proporcionar uma alta qualidade no atendimento, para a melhoria da saúde, da segurança, dos custos e dos resultados, da mesma forma podendo incluir a diminuição da morbidade e da mortalidade binômio mãe/filho. São práticas que fundamentam a atuação profissional e incorporam as preferências do cliente à tomada de decisões sobre os seus cuidados e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde (VELHO *et al.*, 2019).

Alguns estudos têm identificado condutas clínicas durante a gestação e parto com desfechos satisfatórios, além de reduzir os resultados perinatais desfavoráveis, conforme trazem Oliveira *et al.* (2018). Em contrapartida, os autores citam que usar de maneira incorreta as tecnologias ou praticar intervenções desnecessárias gera resultados negativos tanto materno como perinatal, tornando a assistência insatisfatória para a mulher (OLIVEIRA; *et al.*, 2018)

De acordo com as novas recomendações da OMS, lançadas no ano de 2018, o parto deve ser feito com o mínimo de intervenções, assegurando que a mãe e o bebê tenha a maior segurança possível, sendo essa recomendação consequente das más práticas obstétricas, presentes na rotina da assistência, interferindo no evento natural e fisiológico para um momento cheio de procedimentos e intervenções desnecessárias (OMS, 2018).

As mulheres tomam suas decisões obstétricas baseadas em alguns fatos, sendo a maneira que as informações são passadas pelos profissionais de saúde sobre quais são as vias de parto, quais são os riscos e os benefícios que elas fornecem, quais são as complicações que podem

acontecer, o que pode impactar futuramente em complicações relacionada ao posicionamento da mulher diante do tipo de parto (SOUZA; *et al.*, 2019).

É importante salientar que em todo o período da assistência, do processo de parto e nascimento é de extrema importância que o empoderamento da mulher seja preservado e incentivado, sendo a autonomia da mulher nas decisões sobre sua vida e a vida de seu filho um ponto positivo na qualidade do cuidado ofertado a ela (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O enfermeiro exerce um papel indispensável para a assistência humanizada no trabalho de parto e nascimento, sendo que este estará junto com a parturiente em todos os processos, logo terá que ter sua assistência baseada em técnicas voltadas para a humanização do cuidado, sempre respeitando a fisiologia e autonomia da mulher (VELHO *et al.*, 2019).

Em relação a prestar uma boa assistência obstétrica, o Ministério da Saúde (MS) vem elaborando várias estratégias com o intuito de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, também prezando pela ampliação do acesso, a qualificação e a humanização prestada no cuidado pré-natal, parto, nascimento, puerpério, ao recém-nascido e também em casos de aborto. No intuito de qualificar a assistência ao parto e nascimento, nota-se que a mulher durante todo o trabalho de parto e parto carece de cuidado humanizado, gerando uma demanda, exercendo a cidadania, sempre preservando a liberdade de escolha na hora de parir (BRASIL, 2017). Deve-se destacar que apesar de todas as cartilhas e diretrizes do MS, existem vários locais e instituições que não seguem as recomendações. (ROMAGNOLO; *et al.*, 2018).

3.2 PANDEMIA COVID-2019 E OS IMPACTOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Na visão atual do mundo, ocorreu um atordoamento da população devido um surto de uma doença que se espalhou rapidamente em várias regiões do mundo, o atual surto de coronavírus (COVID-19), proporcionou vários impactos em diferentes campos. Caracterizados por incertezas, ambiguidades e complexidades muitos desafios foram encontrados, implicando na busca por respostas e intervenções que levem em conta as necessidades do mundo (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020).

Com a enfermidade amplamente disseminada em diversos continentes, houve uma crise sobre a saúde das populações mundiais, tendo em vista que a COVID-19 evoluiu aceleradamente de modo a esgotar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde. No Brasil podemos observar que a pandemia manifesta um padrão de alta transmissibilidade, o que acarreta a fragilização das estratégias de contenção da pandemia e causando uma sobrecarga

nos serviços (GEREMIA *et al.*, 2020).

Podemos observar nos estudos já publicados, que os pacientes com COVID-19 demonstraram aspectos sintomatológicos diferentes, sendo febre e tosse os mais comuns. Observou-se variados desfechos clínicos como sepse, insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, choque séptico, coagulopatia, lesão cardíaca aguda e lesão renal aguda. Essas complicações foram significativamente maiores em pacientes que evoluíram a óbito, em comparação com os sobreviventes. Idosos, portadores de doenças crônicas ou imunossuprimidos foram considerados grupos populacionais mais vulneráveis para a infecção COVID 19. Posteriormente, profissionais da saúde, gestantes, puérperas e recém-nascidos também foram inseridos no grupo de risco (RONDELLI *et al.*, 2020).

O trabalho humanizado deve sempre ser mantido em qualquer situação, contribuindo-se às especificidades de cada gestante, demonstrando a imprescindibilidade do planejamento e da abordagem multiprofissional e especializada. (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

As gestantes fazem parte de um grupo com particularidades ligadas às suas modificações fisiológicas, e para além disso, tem-se que proteger o feto, aumentando a responsabilidade na assistência. Em algumas pesquisas se apontou que as gestantes não apresentam chances maiores de infecções por COVID-19, mas os efeitos para o feto e o recém-nascido podem ser graves, principalmente se a infecção ocorrer no terceiro trimestre da gestação (SOUZA *et al.*, 2020).

Considerando que muitas gestantes dependem dos serviços públicos de saúde, existe uma preocupação quanto à assistência prestada, apontando a essencialidade do pré-natal ao longo da gestação, principalmente no terceiro trimestre, o qual requer maior número de consultas. Nessa situação epidêmica, devem ser tomados cuidados diferenciados nas tomadas de decisões quanto interromper a gestação e manusear o recém-nascido, visando evitar o máximo possível de danos à saúde (MARQUARDT; BERTOLDI; CARVALHO, 2020).

Decorrente da sobrecarga nos sistemas de saúde, as gestantes estão tendo dificuldade para dar continuidade no pré-natal, o que pode ser um fator para piores desfechos maternos e neonatais. Realizar os testes universal nas gestantes pode melhorar a assistência nesse grupo, diminuindo eventuais riscos ao neonato (MENEZES; *et al.*, 2020)

Existe muito medo do contágio, mas a assistência deve ser não pode deixar de ser ofertada. O atendimento não presencial tem sido cada vez mais utilizado, dando um importante suporte para a gestante. Deve ser avaliado individualmente a urgência de procedimentos e a necessidade de realizar uma assistência presencialmente. Em casos de suspeita ou confirmação

de COVID-19 recomenda-se que as consultas de pré-natal de baixo risco deve ser agendadas sejam adiadas de 7 a 14 dias do início dos sintomas, se for de extrema importância a realização de consulta presencial que seja ofertada em espaço com isolamento. Já no pré-natal de alto risco recomenda-se que o atendimento não seja interrompido mesmo diante de síndrome gripal ou com infecção de COVID-19. Nas consultas presenciais deve ser usado precaução de contato de uso individual pelo profissional e a gestante deve usar máscara (RONDELLI; *et al*, 2020).

Sobre a via de parto não existe comprovação que no parto normal têm mais risco de transmissão, e nem que a cesariana atua como proteção. O MS recomenda que a via de parto deve ser de escolha da gestante e deve ser evitado intervenções desnecessárias que acabam prolongando o tempo de internação. Também não é indicado realizar cesariana eletivas e indução do parto, assim sendo, se não existem contraindicações é sugerido que o parto normal seja a primeira opção de escolha (RONDELLI; *et al*, 2020).

Um modelo de cuidado contínuo deve ser utilizado, diminuindo o número de profissionais nesse momento, para que se diminuam as chances de contágio. Em casos de isolamento, a mulher deve ter a assistência garantida sem discriminação (SOUZA *et al.*, 2020).

O clampeamento do cordão umbilical é recomendado pelo MS para ser feito entre 60 segundos a 3 minutos, não existindo estudos que mostrem a probabilidade de contaminação (RONDELLI; *et al*, 2020).

3.4 ENFERMAGEM OBSTÉTRICA FRENTE À PANDEMIA

Levando em consideração que as gestantes fazem parte de um grupo extremamente sensível, tendo em vista que a fisiologia e funções imunológicas estão alteradas, e, portanto, estão mais suscetíveis à infecção, durante qualquer epidemia de doenças infecciosas, a assistência prestada nos serviços de atenção obstétrica e neonatal são essenciais e devem ser realizadas com o máximo de cuidado possível (MARQUARDT; BERTOLDI; CARVALHO,2020).

Torna-se indispensável que todos os profissionais atuantes na assistência obstétrica, tanto na atenção primária ou hospitalar, estejam atualizados e devidamente preparados para a tomada de decisões para com as gestantes, sejam aquelas com suspeita ou infecção confirmada pelo COVID-19 (RONDELLI *et al.*, 2020).

Com toda a crise causado na saúde pela pandemia, pode-se observar alguns impactos na qualidade do cuidado e atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, a enfermagem obstétrica

deve tomar frente e ouvir os desejos de sua paciente, assegurando que o parto é dele e deverá acontecer nas regras da mulher nesta condição. Nos serviços de saúde foram gerados uma maior exposição para o aumento de taxas de cesarianas realizadas sem indicação clínica precisa e além disso foi observado um aumento da violência de gênero, obstétrica e institucional. Causando um trauma na mulher, assim negativando a sua experiência reprodutiva, trazendo danos na saúde de seus bebês, famílias e comunidade. Tudo isso decorrentes das demais implicações da pandemia no conjunto do tecido social, que podem comprometer a experiência positiva de parto (SOUZA *et al.*, 2020).

A enfermagem, uma das profissões diretamente ligada ao enfrentamento da COVID-19, também é uma das principais categorias da saúde afetada pela pandemia, o que repercute no desenvolvimento de atividades assistenciais, no cuidado e na saúde física e mental desses profissionais (BELARMINO *et al.*, 2020).

Deve-se notar a importância de desenvolver protocolos clínicos de acordo com o atendimento que é necessário prestar às mulheres em ciclo gravídico-puerperal e identificar os possíveis danos gerados a estas mulheres, pois ainda não foram estabelecidas recomendações específicas sobre a assistência obstétrica prestada. Recomendam-se condutas de vigilância fetal e avaliação do crescimento intrauterino, pois uma assistência de enfermagem adequada pode vir a reduzir significativamente a ocorrência de mortalidade e complicações na gestação, além de evitar desfechos negativos. A preocupação por parte dos profissionais de saúde de serem infectados pela COVID-19 e desenvolverem formas graves da doença, também pode ser sentida pelas gestantes, entretanto, a continuidade das consultas deve ocorrer de uma forma segura (MARQUARDT; BERTOLDI; CARVALHO, 2020).

A enfermagem obstétrica deve promover uma maior qualidade na assistência ao binômio materno-fetal e tomar todas as medidas possíveis para evitar causar uma infecção da COVID-19 e evitar também os danos causados por esta doença infecciosa. Cuidados especiais devem ser tomados no gerenciamento da gravidez e na tomada de decisões sobre a mesma, também devem-se ter cuidados máximos no manuseio do recém-nascido, a fim de minimizar o risco de consequências subsequentes à saúde (SOUZA *et al.*, 2020).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, prospectivo on-line realizado com mulheres que deram à luz entre o período de lockdown na Região Sul do país. Informações sobre dados demográficos, sociais, gestação, parto e nascimento foram coletadas e comparadas entre os dois períodos: pré-alerta (6 de março a 20 de março de 2020) e período pós-alerta (21 de março a 04 de abril de 2020).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com mulheres da Região Sul do País, o estudo foi restrito a um hospital público. O recrutamento ocorreu por meio de mídias digitais (*Whatsapp*®, *Facebook*®, *Instagram*® e *e-mail*).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

O estudo envolveu todos os nascimentos que ocorreram entre 06 de março a 04 de abril de 2020. A amostragem se deu por conveniência.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram consideradas elegíveis todas os nascimentos que ocorreram entre 6 de março a 04 de abril de 2020.

Foram excluídas as puérperas que estavam com mais de 40 dias após o parto.

4.5 COLETA

O recrutamento das participantes ocorreu por meio de mídias digitais (*Whatsapp*®, *Facebook*®, *Instagram*® e *e-mail*), com envio de um link para o acesso a documentos virtuais: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário de pesquisa. O link de *internet* foi fornecido para completar a pesquisa eletrônica *on-line* sobre a Plataforma do *Google* usando um código de resposta rápida (QR) em dispositivos móveis. A opção pelo uso de questionário virtual (APÊNDICE A) deu-se, principalmente, por proporcionar a participação dos indivíduos considerando o distanciamento social recomendado no período e o *lockdown*.

4.6 ANÁLISE

Utilizou-se a estratégia de abordagem hierárquica e a regressão logística condicional, cujos coeficientes de regressão representam os logaritmos das razões de chance. Considerou-se para a análise três níveis hierárquicos representados pelos determinantes nos níveis distal, intermediário, proximal, que podem variar de acordo com o desfecho do estudo. Esta abordagem permite quantificar a contribuição de cada nível hierárquico e minimizar a subestimação dos efeitos de determinação de risco.

No nível distal foram incluídas as variáveis relacionadas às características maternas e da gestação como idade, renda, escolaridade, paridade, risco obstétrico, número de consultas, entre outras. No nível intermediário as variáveis foram relacionadas ao parto e nascimento. No nível proximal foram incluídas as variáveis relacionadas às medidas de controle ao surto. Todos estes aspectos foram analisados de maneira dicotômica.

Os dados foram armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Primeiramente, realizou-se estatística descritiva (frequência, porcentagem, média e desvio padrão) e testes de associação qui-quadrado e test T. A análise de regressão multivariada foi conduzida segundo o plano proposto na abordagem hierárquica. Empregou-se regressão logística *backward* para cada bloco de variáveis. O conjunto das variáveis de um nível foi controlado pelo conjunto de variáveis do outro. Integrou-se os ajustes das variáveis dos níveis subsequentes quando estatisticamente significativos seguindo a mesma ordem adotada para os demais níveis. As variáveis foram mantidas no modelo final quando os ajustes foram adequados.

O processo de modelagem foi composto pelas variáveis selecionadas. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas a um nível de 20% ($p < 0,20$) na análise univariada foram selecionadas para o modelo logístico final. Na abordagem hierarquizada, as variáveis dos níveis mais distais foram mantidas no modelo para ajuste das variáveis mais próximas, controlando o efeito das mesmas na ocorrência do desfecho.

Foram apresentadas as razões de chance brutas e ajustadas com respectivos intervalos de confiança de 95%. Para esses testes estatísticos inferenciais foi utilizado o nível de significância $p < 0,05$ e R^2 nagelkerke (0,326).

A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow (0,661).

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa predispôs alguns riscos e benefícios relacionados às participantes. Estes

encontram-se descritos abaixo:

4.7.1 Riscos

Os potenciais riscos que podem vir acontecer aos participantes são relacionados ao constrangimento de responderem às perguntas quanto às questões de história reprodutiva e da gestação atual, bem como atuação nos serviços de saúde e prática clínica e vazamento das informações online.

Na identificação destes e demais potenciais riscos as seguintes medidas serão tomadas:

- 1) Os entrevistados serão previamente esclarecidos sobre a liberdade diante da entrevista, podendo optar em: a) não participar; b) responder somente às perguntas que desejarem; c) responder a todas as perguntas, evidenciando que não se trata de uma pesquisa de opinião e/ou julgamentos;
- 2) No questionário os entrevistados não serão identificadas com seus nomes verdadeiros, e sim, com um código caracterizado pela inicial “E”, da palavra “entrevistado” acompanhado do algarismo arábico referente à ordem da entrevista (E1, E2, E3, ...), sendo mantido o sigilo quanto ao nome e demais informações;
- 3) Os pesquisadores se comprometem a ter cuidado digital nas informações obtidas e oferecer suporte necessário frente às situações de riscos citadas, ou que possam surgir durante o preenchimento do questionário. Em caso de eventual publicação dos dados, será utilizada, com o devido cuidado e comprometimento ético, as retratações necessárias contidas no TCLE aceito pelas entrevistadas.

4.7.2 Benefícios

Os participantes da pesquisa não terão benefícios diretos, contudo, o conhecimento gerado por meio das respostas visa contribuir para uma melhoria na qualidade do atendimento proporcionado à gestante, parturiente e puérpera durante a assistência obstétrica prestada nesses contextos, propiciando benefícios no que diz respeito à assistência à comunidade.

Este estudo pode fornecer subsídios e fortalecer as práticas assistenciais que atendam às reais necessidades dessa população de mulheres de risco. Portanto, espera-se que a partir das informações obtidas possa-se contribuir e auxiliar na elaboração de ações nas unidades de atenção primária à saúde, visando à promoção, prevenção e a diminuição da ocorrência do coronavírus e de suas complicações. Essa reflexão acerca dos dados deve colaborar com a melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, visto que a pesquisa permitirá a visualização da condição da gestante e puérpera possibilitando ao profissional o conhecimento das implicações das novas práticas obstétricas.

Ainda, os dados obtidos com esse estudo ficarão sob posse dos pesquisadores por um

período máximo de 05 anos, sendo utilizado exclusivamente para o propósito a que se destina.

4.8 ASPÉCTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/2012), que garante aos participantes da pesquisa o anonimato, a privacidade, o bem-estar e o direito de desistência em qualquer instancia da pesquisa.

Os dados somente foram coletados a partir da liberação para a pesquisa concedida pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS).

Todas as participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B), que delimitou sua participação voluntária na pesquisa. As informações coletadas foram mantidas em sigilo sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa. Após cinco anos, os dados serão incinerados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob protocolo nº 4.051.806 e CAAE 31158720.2.0000.5564.

4.9 DEVOLUTIVA DOS DADOS

A devolutiva dos resultados dessa pesquisa aos participantes ocorreu de forma individual, por meio da apresentação dos dados compilados via e-mail previamente fornecido para envio do questionário.

Os resultados deste trabalho serão submetidos a um periódico de enfermagem em formato de artigo científico visando ampliar os conhecimentos sobre a temática. Os achados podem servir para embasar novos estudos na área, bem como a confecção de resumos para anais e congressos e novos artigos para a socialização com a comunidade acadêmica.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO

IMPACTO DAS MEDIDAS DE QUARENTENA DA COVID-19 NO PLANO DE PARTO DE MULHERES GRÁVIDAS

Lais Crusaro Pagnussatt
Erica de Brito Pitilin

RESUMO

Objetivo: identificar o impacto das medidas de quarentena da COVID-19 no plano de parto de mulheres grávidas. **Método:** estudo prospectivo realizado na Região Sul do país com 412 mulheres que deram à luz no período de *lockdown* (06 de março a 04 de abril de 2020). Utilizou-se na análise dos dados estratégia de abordagem hierárquica e regressão logística condicional. **Resultados:** entre os cuidados obstétricos durante a gestação, foi possível notar associações significativas pré e pós *lockdown* no número reduzido de consultas, consultas desmarcadas, menos exames laboratoriais e de imagens realizados e mudança de obstetra durante a pandemia. Uma proporção maior de mulheres referiu permanecer em isolamento social durante os períodos analisados, embora a presença de sintomas para COVID-19 e diagnóstico confirmado da doença estiveram associados ao período pré-*lockdown*. O número insuficiente de consultas durante o pré-natal, o clampeamento precoce do cordão umbilical, cesariana, trabalho de parto prematuro e sintomas para COVID-19 também estiveram associados com o desfecho. **Conclusão:** as medidas de quarentena da COVID-19 impactaram o manejo assistencial durante a gestação, o parto e o puerpério das mulheres, resultando em intervenções desnecessárias e no aumento de cesarianas neste período.

Descritores: Obstetrícia; COVID-19; Quarentena; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Objective: to identify the impact of COVID-19 quarantine measures on the birth plan of pregnant women. Method: prospective study carried out in the southern region of the country with 412 women who gave birth during the lockdown period (March 6 to April 4, 2020). A hierarchical approach and conditional logistic regression were used in the data analysis. Results: Among obstetric care during pregnancy, it was possible to notice significant associations pre and post lockdown in the reduced number of consultations, unscheduled consultations, fewer laboratory and imaging tests performed and change of obstetrician during the pandemic. A higher proportion of women reported remaining in social isolation during the pre- and post-lockdown periods, although the presence of symptoms for COVID-19 and confirmed diagnosis of the disease after testing were significantly associated with the pre-lockdown period. Insufficient number of consultations during prenatal care, early umbilical cord clamping, cesarean section, preterm labor and symptoms for COVID-19 were associated with the pre-lockdown period. Conclusion: COVID-19 quarantine measures impacted care management during pregnancy, childbirth and the puerperium of women, resulting in unnecessary interventions and an increase in cesarean sections in this period.

Descriptors: Obstetrics; COVID-19; Quarantine; Prenatal care; Postpartum period.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma síndrome respiratória grave que foi identificada em meio a um surto de doenças respiratórias em dezembro de 2019, e em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia. (ABEBE; DEJENIE; SHIFERAW; MALIK, 2020). A evolução clínica da doença nas gestantes ainda é incerta.

Nos casos identificados, as gestantes tiveram maior tempo de internação, foram mais propensas a desenvolver insuficiência renal, sepse, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), ventilação mecânica, sofrimento fetal e parto prematuro (CHEN H et al., 2020). Ainda, a infecção por COVID-19 pode levar à um prognóstico negativo podendo ocasionar aborto espontâneo, prematuridade e cesariana (PANAHI; AMIRI; POUY, 2020).

Entre as medidas adotadas para controlar a propagação do vírus foi o isolamento social, tendo como propósito reduzir e controlar a cadeia de transmissão da COVID-19 com o fechamento de escolas, bloqueio de fronteiras e restrição do acesso aos serviços de saúde (KAMGA; EICKEMEYER, 2021).

Alguns países, assim como o Brasil, adotou de maneira sistemática uma medida mais rígida para o controle da propagação da doença, o *lockdown*. Esta estratégia consiste no fechamento total de todos os serviços considerados não essenciais, proibindo a circulação de pessoas nas ruas, comércio, indústrias, estabelecimentos públicos e privados, entre outros (LIPTON; STANHAUER, 2020).

Neste contexto, tais medidas podem ter efeitos significativos no manejo do cuidado em saúde, bem como na assistência obstétrica. As necessidades únicas das mulheres grávidas devem ser incluídas no meio de um surto de rápida evolução (PANAHI; AMIRI; POUY, 2020). Considerando que gestantes e neonatos apresentam alterações metabólicas e imaturidade imunológica, respectivamente, resultados maternos e fetais devem ser coletados e relatados durante o período pandêmico (RCOG, 2020).

Não há argumentos suficientes na literatura, até o presente momento, que considerem as questões do cuidado e manejo assistencial durante a pandemia sob a ótica das próprias mulheres na gestação, no parto e no nascimento. Este estudo parte do pressuposto que durante o período de *lockdown* a atenção obstétrica, bem como os desfechos do parto sofreram significativas mudanças nem sempre condizentes com os princípios da humanização do nascimento. Desse modo, objetivou-se investigar o impacto das medidas de quarentena da COVID-19 na assistência obstétrica das mulheres grávidas.

MÉTODO

Estudo prospectivo on-line realizado com mulheres que deram à luz entre o período de *lockdown* na Região Sul do país. Informações sobre dados demográficos, sociais, gestação, parto e nascimento foram coletadas e comparadas entre os dois períodos: pré-alerta (6 de março a 20 de março de 2020) e período pós-alerta (21 de março a 04 de abril de 2020).

Para o estudo foram consideradas elegíveis todos os nascimentos durante o período. A amostragem ocorreu por conveniência. Foram excluídas as mulheres que estavam para além dos 40 dias após o parto.

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada. O recrutamento das participantes ocorreu por meio de mídias digitais (Whatsapp®, Facebook®, Instagram® e e-mail), com envio de um link para o acesso a documentos virtuais: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o formulário de pesquisa. O link de internet foi fornecido para

completar a pesquisa eletrônica on-line sobre a Plataforma do Google usando um código de resposta rápida (QR) em dispositivos móveis. A opção pelo uso de questionário virtual deu-se, principalmente, por proporcionar a participação dos indivíduos considerando o distanciamento social recomendado no período e o *lockdown*.

O formulário de coleta de dados contemplou 34 perguntas sobre as características demográficas, sociais, da gestação, parto e nascimento, bem como àquelas relacionadas às medidas de resposta ao surto, como sintomas, diagnóstico, isolamento social, contato com pessoas infectadas, entre outras.

Utilizou-se a estratégia de abordagem hierárquica e a regressão logística condicional, cujos coeficientes de regressão representam os logaritmos das razões de chance (*Odds ratio*). Considerou-se para a análise três níveis hierárquicos representados pelos determinantes nos níveis distal, intermediário, proximal, que podem variar de acordo com o desfecho do estudo. Esta abordagem permite quantificar a contribuição de cada nível hierárquico e minimizar a subestimação dos efeitos de determinação de risco.

No nível distal foram incluídas as variáveis relacionadas às características maternas e da gestação como idade, renda, escolaridade, paridade, risco obstétrico, número de consultas, entre outras. No nível intermediário as variáveis foram relacionadas ao parto e nascimento. No nível proximal foram incluídas as variáveis relacionadas às medidas de controle ao surto. Todos estes aspectos foram analisados de maneira dicotômica.

Os dados foram armazenados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20. Primeiramente, realizou-se estatística descritiva (frequência, porcentagem, média e desvio padrão) e testes de associação e comparação de médias, como o qui-quadrado e test T, respectivamente. A análise de regressão multivariada foi conduzida segundo o plano proposto na abordagem hierárquica. Empregou-se regressão logística *backward* para cada bloco de variáveis. O conjunto das variáveis de um nível foi controlado pelo conjunto de variáveis do outro. Integrou-se os ajustes das variáveis dos níveis subsequentes quando estatisticamente significativos seguindo a mesma ordem adotada para os demais níveis. As variáveis foram mantidas no modelo final quando os ajustes foram adequados.

O processo de modelagem foi composto pelas variáveis selecionadas. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas a um nível de 20% ($p < 0,20$) na análise univariada foram selecionadas para o modelo logístico final. Na abordagem hierarquizada, as variáveis dos níveis 0 mais distais foram mantidas no modelo para ajuste das variáveis mais próximas, controlando o efeito das mesmas na ocorrência do desfecho.

Foram apresentadas as razões de chance brutas (OR bruto) e ajustadas (OR ajustado) com respectivos intervalos de confiança de 95%. Para esses testes estatísticos inferenciais foi utilizado o nível de significância $p < 0,05$ e R^2 nagelkerke (0,326). A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow (0,661).

O estudo seguiu os protocolos e diretrizes propostos para pesquisas realizadas com serem humanos, tendo aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 412 mulheres deram à luz e foram elegíveis para o estudo. A média da renda mensal foi menor após o período de *lockdown*. As comparações das observações entre os períodos pré e pós alerta estão na Tabela 1. Entre os cuidados obstétricos durante a gestação, foi possível notar associações significativas pré e pós lockdown no número reduzido de consultas, consultas desmarcadas, menos exames laboratoriais e de imagens realizados e mudança do médico obstetra durante a quarentena.

Tabela 1. Características demográficas, sociais e da gestação de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico distal.

Período	Pré- lockdown	Pós- lockdown	OR bruto (IC 95%)	p-valor
Nascimentos (n=412)	261 (60,9)	161 (39,1)		
Características maternas				
Idade materna (anos)	30 (4,8)	29,4 (5,2)	-	0,224 [‡]
Renda (salário mínimo)	4,2 (2,3)	3,5 (2,1)	-	0,006[‡]
Escolaridade (anos estudos)	13,6 (6,9)	13,8 (4,1)	-	0,671 [‡]
Paridade				0,365
Nulíparas	149 (36,2)	92 (22,3)	1,09	
Multíparas	102 (24,8)	69 (16,7)	1	
Características da gestação				
Risco obstétrico				0,185
Risco habitual	189 (45,9)	114 (27,7)	1	
Alto risco	65 (15)	47 (11,4)	1,25	
Morbidades prévias				0,188
Sim	66 (16,1)	35 (8,6)	1	
Não	184 (45)	124 (30,3)	0,78	
Número de consultas pré-natal				0,000
< 7 consultas	144 (35)	61 (14,8)	1	
≥ 7 consultas	107 (26)	100 (24,3)	0,45	

Deixou de fazer exame laboratorial e imagem				0,040
Sim	131 (31,8)	69 (16,7)	1	
Não	120 (29,1)	92 (22,3)	0,68	
Consulta desmarcada				0,008
Sim	141 (34,2)	70 (17)	1	
Não	110 (26,7)	91 (22,1)	0,60	
Pré-natal online				0,079
Sim	55 (13,3)	46 (11,2)	1	
Não	196 (47,6)	115 (27,9)	1,42	
Mudou de profissional no decorrer da gestação				0,033
Sim	111 (26,9)	87 (21,1)	1,48	
Não	140 (34)	74 (18)	1	

Qui-quadrado/ [†]Test t amostras independentes.

Para as observações do parto e nascimento, o tipo de parto, a mudança na via de nascimento, trabalho de parto prematuro, aleitamento na 1ª hora de vida, clampeamento tardio do cordão umbilical e internação em UTI neonatal mostraram associação significativa durante o *lockdown* (Tabela 2).

Tabela 2. Características do parto e nascimento de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico intermediário.

	Período	Pré- lockdown	Pós- lockdown	OR bruto (IC 95%)	p-valor
Nascimentos (n=412)		261 (60,9)	161 (39,1)		
Características parto e nascimento					
Idade gestacional (semanas)		35,5 (4,0)	37,1 (8,0)	-	0,007 [†]
Peso ao nascer (g)		2.819,2 (578,8)	2.926,8 (526,7)	-	0,057 [†]
Intenção de parto					0,436
Vaginal		162 (39,3)	106 (25,7)	0,94	
Cesárea		89 (21,6)	55 (13,3)	1	
Tipo de parto					0,003
Vaginal		94 (22,8)	83 (20,1)	0,56	
Cesárea		157 (38,1)	78 (18,9)	1	
Alterou via nascimento em função da pandemia					0,033
Sim		140 (34)	74 (18)	1	
Não		111 (26,9)	87 (21,1)	0,67	
Trabalho de parto prematuro					0,004
Sim (< 37 semanas)		123 (29,9)	57 (13,8)	1	
Não (≥ 37 semanas)		128 (31,1)	104 (25,2)	0,57	

Presença do acompanhante				0,360
Sim	160 (38,8)	99 (24)	0,90	
Não	91 (22,1)	62 (15)	1	
Presença da doula				0,177
Sim	56 (13,6)	29 (7)	0,76	
Não	195 (47,3)	132 (32)	1	
Aleitamento na 1ª hora vida				0,028
Sim	74 (18)	63 (15,3)	1	
Não	117 (43)	98 (23,8)	1,53	
Contato pele a pele				0,397
Sim	86 (20,9)	58 (14,1)	1	
Não	165 (40)	103 (25)	1,08	
Clampeamento tardio do cordão umbilical				0,000
Sim	120 (29,1)	46 (11,2)	0,43	
Não	131 (31,8)	115 (27,9)	1	
Sexo RN				0,086
Masculino	123 (29,9)	67 (16,3)	0,74	
Feminino	128 (31,1)	94 (22,8)	1	
Alojamento conjunto				0,103
Sim	207 (50,2)	141 (34,2)	1	
Não	44 (10,7)	20 (4,9)	1,49	
UTI neonatal				0,011
Sim	62 (15)	24 (5,8)	1	
Não	189 (45,9)	137 (33,3)	0,53	

Qui-quadrado/ [†]Test t amostras independentes.

Uma proporção maior de mulheres referiu permanecer em isolamento social durante os períodos, embora a presença de sintomas para COVID-19 e diagnóstico confirmado da doença após testagem estiveram associados significativamente ao período pré-lockdown. (Tabela 3).

Tabela 3. Características de controle ao surto de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus, segundo resultados da análise univariada do nível hierárquico proximal.

	Período	Pré-lockdown	Pós-lockdown	OR bruto (IC 95%)	p-valor
Nascimentos (n=412)		261 (60,9)	161 (39,1)		
Características COVID-19					
Permaneceu em isolamento					0,464
Sim		141 (34,2)	92 (22,3)	1,04	
Não		110 (26,7)	69 (16,7)	1	
Teve contato com alguém com COVID-19					0,507
Sim		66 (16)	43 (10,4)	1,02	
Não		185 (44,9)	118 (28,6)	1	

Sintomas COVID-19				0,002
Sim	83 (20,1)	32 (7,8)	1	
Não	168 (40,8)	129 (31,3)	0,50	
Diagnóstico COVID-19				0,028
Sim	74 (18,0)	63 (15,3)	1,21	
Não	177 (43)	98 (23,8)	1	
Usou EPI durante o parto				0,066
Sim	139 (33,7)	102 (24,8)	1	
Não	112 (27,2)	59 (14,3)	1,39	
Foi afastada do trabalho				0,399
Sim	164 (39,8)	108 (26,2)	1,08	
Não	87 (21,1)	53 (12,9)	1	

O resultado final da análise multivariada está na Tabela 4. Após o ajuste no modelo, o número insuficiente de consultas durante o pré-natal, o clampeamento precoce do cordão umbilical, cesariana, trabalho de parto prematuro e sintomas para COVID-19 estiveram associados com o período *pré-lockdown*.

Tabela 4. Modelo hierárquico explicativo final de mulheres que deram à luz durante o período de *lockdown* da pandemia do novo coronavírus.

Variável	OR ajustado [‡]	IC	p-valor
Número de consultas < 7	2,91	1,76 – 4,81	0,000
Clampeamento precoce do cordão umbilical	10,85	4,47– 26,35	0,000
Cesariana	2,10	1,31 – 3,38	0,002
Trabalho de parto prematuro	1,77	1,10 – 2,83	0,017
Sintomas para COVID-19	3,51	1,77 – 6,97	0,000

[‡]Ajustado pelas variáveis do mesmo nível e pelas variáveis dos níveis proximal, intermediário e distal.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos deste estudo foi possível identificar que a atenção obstétrica, no que tange o cuidado pré-natal e assistência ao parto, sofreu consideráveis modificações em decorrência do período de *lockdown* como medida de enfrentamento e controle da COVID-19 durante a quarentena. Muitas destas modificações ocorreram na ocasião sem embasamento científico ou informações suficientes para sustentar a prática. Houve predomínio destas práticas principalmente associadas ao período *pré-lockdown* nesse estudo.

O número reduzido de consultas neste estudo apresentou quase três vezes mais a chance de ocorrer durante o período de *lockdown*, seja por questões de controle de isolamento social seja por medo do contágio por parte dos profissionais e/ou gestantes. Um estudo chinês

demonstrou que de 983 gestantes 20% tinham medo de qualquer consulta no hospital e que 40% tinham medo de consultas de pré-natal, onde mais da metade cancelou ou adiou as consultas durante o período gravídico (WU; et al, 2020). Outros estudos também evidenciaram uma redução no número das consultas e acompanhamento laboratorial e/ou de imagem no período de lockdown (SILVEIRA et al, 2020; LIPTON; STANHAUER, 2020).

Durante a quarentena, os cuidados na assistência pré-natal foram reduzidos permanecendo apenas os serviços essenciais. Um número reduzido de consultas pode resultar em menor controles maternos e menor prevenção de agravos como hipertensão gestacional, prematuridade, baixo peso ao nascer, entre outros (BALSA; TRIUNFO, 2021). Uma alternativa poderia ser a realização das consultas e acompanhamentos por meio da telemedicina. No entanto, essa estratégia foi utilizada em apenas 13,3% das entrevistadas.

A telemedicina surgiu como um recurso para manter o contato entre médico e pacientes ao realizar consultas de maneira contínua, tendo como vantagens a possibilidade de vídeo chamada para educação em saúde de maneira virtual (FRYER; et al, 2020). Poucos foram os profissionais de saúde que utilizaram a telemedicina para o monitoramento e acompanhamento da gestação durante o período do pré-natal, à luz de outros estudos (LAPADULA et al., 2021).

Um outro aspecto observado relacionado ao período de *lockdown* foi o clampeamento precoce do cordão umbilical, à semelhança de outros estudos que também observaram um clampeamento imediato durante o a pandemia (HUI; MA; SETO; CHEUNG, 2020; CZERESNIA,et al., 2020). É recomendado que o clampeamento do cordão umbilical seja tardio ou oportuno, ou seja, sendo realizado de 1 a 3 minutos após o nascimento ou quando o mesmo parar de pulsar. Há evidências na literatura que a prática tardia melhora as medidas hematológicas, previne a deficiência de ferro e pode reduzir a mortalidade neonatal sem gerar outros prejuízos para o recém-nascido mesmo em tempos de pandemia (BIACHI; JACOBSSON;MOL, 2021).

Vale ressaltar, que no início da pandemia acreditavam-se que a transmissão do vírus se dava entre mãe e filho por via sanguínea e talvez por isso o clampeamento era realizado imediatamente após o nascimento (HUI; MA; SETO; CHEUNG, 2020; CZERESNIA,et al., 2020).

Assim como o clampeamento precoce, a cesariana foi muitas vezes indicada sem considerar outros aspectos da condição clínica materna, levando em consideração a crença na transmissão do vírus via placentária (ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020). Neste estudo é

possível observar quase duas vezes a chance de indicação de cesariana nas mulheres durante o período *pré-lockdown* quando comparado como período *pós lockdown* na quarentena.

A via rápida cirúrgica foi considerada no início da pandemia a via mais segura para as mulheres e recém-nascidos (RN). No entanto, estudos recentes demonstraram que mesmo para aquelas positivadas o parto vaginal é mais seguro, uma vez que não existem evidências que comprovem a transmissão vertical e a teratogenicidade do vírus até o momento (CHEN; et al., 2020). A COVID-19 não deve ser uma indicação de cesariana, é preciso considerar outros aspectos clínicos e o contexto gestacional da mulher, bem como a sintomatologia e o prognóstico, devendo a sua escolha ser baseada nas indicações padrões do procedimento (MESSAGE, 2020).

Naqueles casos em que os neonatos estavam infectados, não fica claro se a transmissão ocorreu via transplacentária ou após o parto, ou ainda questiona-se se poderiam ter sido infectados por gotículas presentes no ambiente. O número elevado de nascimentos prematuros (antes de 37 semanas) pode ser resultado do número de cesarianas eletivas aumentado no período *pré-lockdown* neste estudo. Um outro estudo também identificou um número maior de nascimentos prematuros durante o pico da pandemia, deixando dúvidas se a prematuridade foi em decorrência do quadro clínico da COVID-19 ou da cesariana realizada (ONCEL, et al., 2020).

Por fim, a presença de sintomas para COVID-19 esteve associada ao período *pré-lockdown*, apresentando três vezes mais chance de ocorrer neste período. De fato, a medida de controle e combate ao surto como a restrição total de ações e atividades, bem como o isolamento parecem ser eficazes no controle da doença também para as mulheres.

As mulheres no período gravídico-puerperal estão sujeitas a recomendações específicas para minimizar o risco de infecção por COVID-19. No entanto, é preciso observar uma conduta cínica coerente e adequada para o período, devendo ser respeitada a singularidade e sobretudo a segurança da conduta obstétrica adequada.

CONCLUSÃO

Durante o período de *lockdown* a atenção obstétrica, bem como os desfechos do nascimento, sofreram significativas mudanças nem sempre condizentes com os princípios da humanização embasados por evidências científicas. O impacto das medidas adotadas como o número insuficiente de consultas durante o pré-natal, o clampeamento precoce do cordão

umbilical, número elevado de cesariana, trabalho de parto prematuro e sintomas para COVID-19 estiveram associados com o período pré-*lockdown*, corroborando com a hipótese inicial do estudo.

Medidas corretivas como telemedicina tiveram baixa adesão. Como o estudo foi restrito a um hospital público, os achados podem não ser generalizáveis para hospitais em outras áreas de captação, que podem ter diferentes características da população. As políticas de restrição e distanciamento social também podem afetar as condutas obstétricas.

Uma pequena proporção de mulheres que deram à luz entre o período de *lockdown* positivaram para COVID-19, no entanto não foi possível saber se durante o período gravídico e/ou puerperal ou fora dele, configurando uma limitação do estudo. Contudo essa é uma variável acessória e não configura o objetivo do estudo.

Pode-se argumentar também que no período de estudo não haviam vacinas disponíveis para gestantes e/ou puérperas. É preciso considerar a proporção de mulheres vacinadas para estimar totalmente o efeito da medida restritiva como o *lockdown* e o risco de retomada da terceira, quarta, quinta onda da pandemia. A partir dos achados deste estudo foi possível também identificar as situações e contextos que mais foram afetados durante a pandemia no cerne da atenção à saúde da mulher e, desta maneira, fornecer subsídios para um melhor atendimento para as mulheres, prestadores de serviços, bem como ferramentas de gestão como fluxogramas e protocolos.

Espera-se que novas pesquisas possam fortalecer e contribuir para as práticas assistenciais a fim de atender as reais necessidades das mulheres, melhorando a qualidade da atenção à saúde no período gravídico-puerperal.

Sugere-se que novas pesquisas sejam feitas a fim de ter um acompanhamento longitudinal das crianças que nasceram nesse período de *lockdown*, a fim de identificar se essa mudança na atenção obstétrica irá influenciar/impactar de alguma maneira no crescimento e desenvolvimento das mesmas.

REFERÊNCIAS

ABEBE, E.C; DEJENIE, T.A; SHIFERAW, M.Y.; MALIK, T. The newly emerged COVID-19 disease: a systemic review. **Virology Journal**, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12985-020-01363-5>. Acesso em: 04 fev. 2022.

CHEN, H.; et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records.

Lancet, v. 395, n. 809-815, 2020a. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30360-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30360-3) Acesso em: 04 fev. 2022

PANAHI L, AMIRI M, POUY, S. Risks of Novel Coronavirus Disease (COVID-19) in Pregnancy: a Narrative Review. **Arch Acad Emerg Med**. 2020; 8 (1): e34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092922/pdf/aaem-8-e34.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

KAMGA, C; EICKEMEYER, P. Slowing the spread of COVID-19: Review of “Social distancing” interventions deployed by public transit in the United States and Canada. **Transport Policy**, Amsterdam, v. 106, p. 25-36, June 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7999858/pdf/main.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2022

LIPTON, E.; STEINHAEUER, J. The Untold Story of the Birth of Social Distancing. **New York Times**. Nova York, 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/22/us/politics/social-distancing-coronavirus.html>. Acesso em: 08 fev. 2022

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. March, 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/Royal-College-of-Obstetricians-e-Gynaecologists.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WU H, SUN W, HUANG X, YU S, WANG H, BI X, et al. Online antenatal care during the COVID-19 pandemic: Opportunities and challenges. **Med Internet Res**. 2020. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/7/e19916/citations>. Acesso em: 10 fev. 2022

SILVEIRA, Leonardo Ito; ANDRADE, Fernanda; DEA, Bruna Di; MULLER, Erildo Vicente; JUNIOR, Manoelito Ferreira Silva Junior. Fatores Associados ao Número de Consultas No Pré-Natal: Análise Segundo a Autopercepção de Usuárias da Atenção Primária no Brasil. **Arq. Catarin Med**. 2020 abr-jun; 49(2):29-42. Acesso em: 10 fev. 2022

BALSA, A. I.; TRIUNFO, P. Pandemia de COVID-19 y salud perinatal en 2020: el caso de Uruguay. (Documento de Trabajo / FCS-Decon). 2021 **Udelar**. FCS-DE. Disponível em: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30651>. Acesso em: 17 fev. 2022

FRYER K, DELGADO A, FOTI T, REID CN, MARSHALL J. Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. **Matern Child Health J**. 2020 Sep;24(9):1104-1110. doi: 10.1007/s10995-020-02967-7. Acesso em: 17 fev. 2022

LAPADULA MC, ROLFS S, SZYLD EG, HALLFORD G, CLARK T, MCCOY M, MCKNIGHT S AND MAKKAR A (2021) Evaluating Patients’ and Neonatologists’ Satisfaction With the Use of Telemedicine for Neonatology Prenatal Consultations During the COVID-19 Pandemic. **Front. Pediatr**. 9:642369. doi: 10.3389/fped.2021.642369. Acesso em: 17 fev. 2022.

HUI,PW; MA, Grace; SETO, Mimi TY; CHEUNG, KW. Effect of COVID-19 on delivery plans and postnatal depression scores of pregnant women. **Hong Kong Medical Journal**.

2020. Disponível em: <https://www.hkmj.org/system/files/hkmj208774.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BIANCHI A, JACOBSSON B, MOL BW; on behalf of the figo working group for preterm birth. FIGO good practice recommendations on delayed umbilical cord clamping. **Int J Gynecol Obstet.** 2021;155:34–36. <https://doi.org/10.1002/ijgo.1384> Acesso em: 02 mar. 2022.

ZAIGHAM, Mehreen; ANDERSSON, Ola. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. **Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica**, [S.L.], v. 99, n. 7, p. 823-829, 2020. Acesso em: 02 mar. 2022.

MESSAGE for pregnant women and their families. Victoria, Australia: **The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists**, 2020. Acesso em: 08 mar. 2022

ONCEL MY et al. A multicenter study on epidemiological and clinical characteristics of 125 newborns born to women infected with COVID-19 by Turkish Neonatal Society. **Eur J Pediatr**, 2020. DOI: 10.1007/s00431-020-03767-5. Acesso em: 08 mar. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo identificar o impacto das medidas de quarentena da COVID-19 na assistência obstétrica das mulheres grávidas. Foi possível identificar que no período de *lockdown* a atenção obstétrica, bem como os desfechos do nascimento, tiveram condutas que nem sempre foram condizentes com os princípios da humanização.

Nesse estudo, foi possível notar as associações no período de pré e pós *lockdown* no número reduzido de consultas, consultas desmarcadas, menos exames laboratoriais e de imagens realizados e mudança de obstetra na pandemia. Uma grande parte das mulheres permaneceram em isolamento social durante o período, embora a presença de sintomas para COVID-19 e diagnóstico confirmado estiveram associados ao período pré *lockdown*. O número insuficiente de consultas durante o pré-natal, o clampeamento precoce do cordão umbilical, cesariana, trabalho de parto prematuro e sintomas para COVID-19 também estiveram associados com o período pré-*lockdown*.

As medidas de quarentena da COVID-19 impactaram o manejo assistencial durante a gestação, o parto e o puerpério, resultando em intervenções desnecessárias e no aumento de cesarianas. Portanto, faz-se necessário conhecer e identificar as modificações na assistência obstétrica durante o período da pandemia e o impacto que as medidas restritivas da quarentena, como o *lockdown*, traz para a saúde da mulher e do neonato.

Torna-se indispensável que os profissionais de saúde estejam constantemente em atualização, a fim de possibilitar um melhor atendimento à gestante, parturiente e puérpera garantindo segurança e qualidade no atendimento prestado durante o período gravido-puerperal, mesmo em tempos de pandemia.

Com esse trabalho se percebe a necessidade de estudos no que diz respeito a assistência obstétrica, para fornecer embasamento para a prática clínica, possibilitado a humanização do nascimento.

REFERÊNCIAS

- BELARMINO, Adriano da Costa.; MENDONÇA, Karina Marques de; RODRIGUES, Maria Eunice Nogueira Galeno; FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. Saúde ocupacional da equipe de enfermagem obstétrica intensiva durante a pandemia da Covid-19. **Av Enferm.**, [S.I.], v. 38, n. 1supl, p. 1-8, 2020.
- BHERING, Natália Bianca Vales; et al. A Síndrome Semelhante a Pré-eclâmpsia induzida pela COVID-19: Uma Revisão da Literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p.4493-4507 mar./apr. 2021.
- BRASIL. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CARDOSO, Adriana Serdote Freitas; SILVA, Stella Marys Rigatti; RABELO-SILVA, Eneida Rejane; UMPIERRE, Daniel; SOSTIZZO, Luciana da Rosa Zinn; ECHER, Isabel Cristina. Routine workflow in a reference clinical research center in face of COVID-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, n. spe., 2021.
- CHEN, Huijun; et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records records. **The Lancet**, [s.l.], v. 395, n. 10226, p. 809-815, mar. 2020.
- CHEN, Huijun; et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10226, p. 809-815, 2020.
- FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALISIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020.
- GEREMIA, Daniela Savi; VENDRUSCOLO, Carine; CELUPPI, Ianka Cristina; SOUZA, Jeane Barros de; SCHOPF, Karina; MAESTRI, Eleine. Pandemia COVID-2019: formação e atuação da enfermagem para o sistema único de saúde. **Enferm. Foco**, [S. L.], v. 1, n. 11, p. 40-47, 2020.
- MARQUARDT, Meiry Hellen; BERTOLDI, Luisa Falcheto; CARVALHO, Fabio Ramos de Souza. Assistência de enfermagem a gestantes atendidas nos serviços de saúde em tempos de pandemia: covid-19. **Unesc em Revista**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-10, 2020.
- MENEZES, Mariane de Oliveira *et al.* Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. **Cad.Saúde Pública**, 2020.
- OLIVEIRA, Jean Carlos *et al.* Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento / Obstetric assistance in the process of labor and birth. **Revista de Pesquisa Cuidado É**

Fundamental Online, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 450-457, 2 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 63.2020.**

RASMUSSEN, Sonja A.; SMULIAN, John C.; LEDNICKY, John A.; WEN, Tony S.; JAMIESON, Denise J.. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. : what obstetricians need to know. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [S.L.], p. 1-31, 2020.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS (RCOG). **Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy.** Information for helathcare professionals. 2020.

OMS. Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto. [S. L.]: **Organização Mundial da Saúde**, 2018. 210 p. Versão oficial em espanhol do trabalho original em inglês; ISBN: 978-92-4-155021-5.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro *et al.* REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL: panorama teórico e bibliográfico acerca das problemáticas envolvidas. **Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2018.

RONDELLI, Giuliana Paola Hoepfner; JARDIM, Danúbia; HAMAD, Graziela; LUNA, Erika; MARINHO, Wilson; MENDES, Larissa; SOUZA, Kleyde; GRATÃO, Lúcia. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção covid-19: uma revisão sistemática. **Revista Desafios**, v. 7, n. 3, p. 48-74, 2020.

SOUZA, Kleyde Ventura de; SCHNECK, Søndre; PENA, Érica Dumont; DUARTE, Elysângela Dittz; ALVES, Valdecyr Herdy. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o quefazer da enfermagem obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-7, 2020.

VELHO, Manuela Beatriz *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 1-15, 2019.

WANG, Dawei; et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel 51 Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. **Jama**, [S.L.], v. 323, n. 11, p. 1061, 2020

WHO. **World Health Organization.** Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 63. 2020.

ZHAO, Shi, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. **International Journal Of Infectious Diseases**, [s.l.], v. 92, p. 214-217, mar. 2020. Elsevier BV.

ZHU, Na; et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS GESTANTES E PUÉRPERAS

Data Data de hoje: ___/___/_____	
Atualmente você é: () gestante () puérpera (pós-parto)	
Demográficas e econômicas	
Idade:	
Anos de estudo:	Profissão:
Renda: () até 1 salário mínimo () de 2 a 4 () de 5 a 7 () mais de 8 salários mínimos	
Situação conjugal: () solteira () casada () união estável () divorciada () viúva	
Quantos convivem na casa:	
Epidemiologia e Gestação Atual	
Possui quantos filhos (incluindo essa gestação):	
Teve algum aborto: () sim () não	
Quantos filhos nasceram de parto vaginal:	
Quantos filhos nasceram via cesariana:	
Idade Gestacional (em semanas): _____ () NSA por já ter tido o parto	
Intensão de parto: () vaginal () cirúrgico	
Intensão local de nascimento: () hospitalar () domiciliar	
Via de nascimento e local modificados pela pandemia: () sim () não	
Risco obstétrico: () habitual () alto risco	
Morbidades prévias: () Sim () Não	Qual: _____
Tabagista: () Sim () Não	
Viajou para local de risco do Covid-19: () Sim () Não	
Teve contato com pessoas infectadas: () Sim () Não	
Permaneceu em isolamento social: () Sim () Não Quanto tempo: _____	
Intercorrências obstétricas: _____	
Internamentos: () Sim () Não	Quantas vezes: _____
Motivo: _____	
Sintomas sugestivos Covid-19: () Sim () Não Quais: _____	
Diagnóstico de Covid-19: () Sim () Não	
Conhece as medidas de proteção direcionadas a gestantes/pós-parto, para evitar/minimizar o contágio? () todas () algumas () nenhuma	

Atenção Pré-natal e Parto	
Total de consultas até o momento: _____	
Início do pré-natal: () 1 trimestre () 2 trimestre () 3 trimestre	
Realiza o pré-natal: () sistema público () privado	
Alteração na rotina da assistência:	
Teve alguma consulta pré-natal desmarcada: () sim () não	
Realizou alguma consulta pré-natal online? () sim () não	
Deixou de ir a alguma consulta agendada por temor do contágio por Covid-19: () sim () não	
Deixou de realizar algum exames laboratorial e/ou imagem por conta da pandemia: () Sim () Não	
Não Deixou de realizar alguma vacina por conta da pandemia: () Sim () Não	
Mudança de profissional: () Sim () Não	
Foi afastada do seu trabalho em decorrência do Covid-19: () sim () não	
Tipo de parto: () vaginal () cirúrgico	
Duração TP (em horas): ____	
Presença do acompanhante: () Sim () Não	
Doula: () Sim () Não	
Usou EPI (equipamento de proteção individual): () Sim () Não QUAL: _____	
Contato pele a pele: () Sim () Não	
Clampeamento tardio do cordão (após cessar a pulsação): () Sim () Não	
Aleitamento 1ª hora de vida: () Sim () Não	
Puerpério e Recém nascido	
Quantos dias pós parto: _____	
Sexo: () Feminino () Masculino	
Idade gestacional: _____	
Alojamento Conjunto: () Sim () Não	
Internação UTIneonatal: () Sim () Não	Tempo de Internação: _____ dias
Peso ao nascer: _____ g	
Apgar 1º min _____	Apgar 5º min _____
Infecções: () Sim () Não	
Chorou ao nascer: () Sim () Não	
Não Reanimação ao nascer: () Sim () Não	
Mal formação congênita: () Sim () Não Qual: _____	
Síndrome Associada:	() Sim () Não

Qual: _____
Tipo de Aleitamento: () AME (somente leite materno) () misto (leite materno+ outro tipo de leite) () complemento (leite materno + alimentos) () não está amamentando
Está recebendo visitas na sua residência (amigos, familiares, vizinhos): () sim () não
Como está se sentindo ou se sentiu com relação a gestação e parto em tempos de coronavírus?
Qual a principal modificação que vivenciou durante a gestação/parto/puerpério em decorrência da pandemia?
Obrigada pela sua participação

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa "Implicações na assistência obstétrica no contexto da pandemia do novo coronavírus", desenvolvido pela pesquisadora Dra Erica de Brito Pitilin docente na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC. Tem como objetivo conhecer e refletir a percepção de gestantes, puérperas e profissionais da saúde sobre as ações e o serviços de assistência ao pré-natal, parto e pós-parto e as implicações na assistência obstétrica em tempos de pandemia no país. Considerando que as mulheres grávidas e/ou no período pós-parto são potencialmente mais propensas a desenvolverem complicações obstétricas e resultados adversos perinatais e que as medidas implementadas para o controle da infecção pelo coronavírus afetam e influenciam diretamente na rotina e comportamento na gravidez, parto e puerpério, não só para as mulheres como também para os profissionais que prestam este cuidado, é que se torna relevante a condução da pesquisa. Para a coleta dos dados será enviado um instrumento em formato eletrônico que será entregue via e-mail para acesso por meio de um link gerado através de uma ferramenta gratuita oferecida pelo Google: o Google Forms. O envio do instrumento de coleta de dados, bem como a compilação dos dados serão realizados por duas pesquisadoras pertencentes ao projeto. O questionário terá questões referentes à caracterização socioeconômica, sociodemográfica e relacionadas à assistência pré-natal e puerperal. Ao confirmar as respostas, os dados serão registrados e a pesquisa será encerrada. O sistema de formulários do próprio Google não permitirá responder as questões mais de uma vez. Para cada questão, será disponibilizado um ícone de ajuda com informações detalhadas sobre cada pergunta. Será acrescentada a alternativa “não sei informar” caso a participante não saiba a resposta. Após a conclusão do questionário, o participante receberá a informação da participação na pesquisa. Os participantes da pesquisa não terão benefícios diretos, entretanto, o conhecimento gerado por meio das respostas visa contribuir para uma melhoria na qualidade do atendimento proporcionado à gestante, parturiente e puérpera durante a assistência obstétrica prestada nesses contextos, propiciando benefícios no que diz respeito à assistência à comunidade, após a conclusão dessa pesquisa. Os potenciais riscos que podem vir acontecer aos participantes são relacionados ao constrangimento de responderem as perguntas quanto às questões de história reprodutiva, gestação atual e atuação profissional e vazamento das informações online. Na identificação destes e demais potenciais riscos as seguintes medidas serão tomadas: 1) Os entrevistados serão previamente esclarecidos sobre a liberdade diante da entrevista, podendo optar em: a) não participar; b) responder somente às perguntas que

desejarem; c) responder a todas as perguntas, evidenciando que não se trata de uma pesquisa de opinião e/ou julgamentos; 2) No questionário os entrevistados não serão identificados com seus nomes verdadeiros, e sim, com um código caracterizado pela inicial “E”, da palavra “entrevistado” acompanhado do algarismo arábico referente à ordem da entrevista (E1, E2, E3, ...), sendo mantido o sigilo quanto ao nome e demais informações; 3) Os pesquisadores se comprometem a ter cuidado digital nas informações obtidas e oferecer suporte necessário frente as situações de riscos citadas, ou que possam surgir durante o preenchimento do questionário. Em caso de eventual publicação dos dados, será utilizada, com o devido cuidado e comprometimento ético, as retratações necessárias contidas no termo de consentimento aceitado pelas entrevistadas. A devolutiva dos resultados dessa pesquisa aos participantes, dar-se-á mediante infográficos com apresentação dos dados compilados via e-mail previamente fornecido para envio do questionário, bem como confecção de resumos para anais de congressos e artigos para socialização com a comunidade acadêmica. Ressalta-se que em toda forma de apresentação de resultados será mantido o anonimato dos participantes. Ainda, os dados obtidos com a execução desse estudo ficarão sob posse dos pesquisadores por um período máximo de 05 anos, sendo utilizado exclusivamente para o propósito a que se destina. O estudo será 21 conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012. Sua participação é voluntária e anônima. A duração é de aproximadamente 5 minutos. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. A pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa, número do CAEE _____, parecer número _____, na data de __/__/__. Qualquer esclarecimento que considere necessário, contate: CEP/UFS: (49) 2049-3745, e-mail: cep.uffs@uffs.edu.br, endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar. Pesquisadora Erica de Brito Pitilin, (49) 2049-6573, e-mail: erica.pitilin@gmail.com, endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul.

Chapecó, SC, ___ de _____ de 2020.

Ao participar, estará de acordo com a declaração: Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e consinto em participar do estudo.