



Fatores facilitadores e limitadores da atuação das enfermeiras no controle da COVID-19 na assistência ao parto

Facilitating and limiting factors for nurses' role in controlling COVID-19 in childbirth care

Factores facilitadores y limitantes para el papel del enfermero en el control de la COVID-19 en la atención del parto

Camilla Ribeiro Freitas da Silva¹

Jane Márcia Progianti¹

Juliana Amaral Prata¹

Aline Carames Costa¹

Karolayne Rosa Oliveira¹

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: discutir os fatores facilitadores e limitadores da atuação das enfermeiras no controle da COVID-19 na assistência ao parto. **Métodos:** estudo descritivo e qualitativo, com 20 enfermeiras obstétricas de serviços públicos do estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados de maio a julho de 2021, por entrevistas semiestruturadas, e submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** como fatores facilitadores, têm-se: instalações físicas e recursos que proporcionam o uso individualizado; implementação de protocolos; reorganização do uso de ambientes coletivos; e preferência por cuidados que não requerem instrumentos ou a presença contínua da enfermeira. Como limitadores, apontam-se: a alta demanda assistencial; acomodações restritas e ventilação inadequada; carência de recursos; resistência ao uso de máscara; dificuldades das enfermeiras em manter o distanciamento físico nos cuidados; e incremento de práticas intervencionistas entre determinados profissionais. **Conclusões e implicações para a prática:** serviços que passaram por adequações nos ambientes, com recursos disponíveis, corresponsabilização acerca das medidas sanitárias e onde as enfermeiras obstétricas modificaram seu processo de cuidar, apresentam melhores condições para proteger a saúde e mitigar a transmissão da COVID-19, com atenção à ambiência, humanização e aos direitos das mulheres no parto.

Palavras-chave: COVID-19; Enfermeiras Obstétricas; Humanização da Assistência; Maternidade; Parto Normal.

ABSTRACT

Objective: to discuss the facilitating and limiting factors of nurses' performance in controlling COVID-19 in childbirth care. **Methods:** a descriptive and qualitative study, with 20 nurse-midwives from public services in the state of Rio de Janeiro. Data were collected from May to July 2021, through semi-structured interviews, and submitted to thematic content analysis. **Results:** as facilitating factors there are: physical installations and resources that provide individualized use; protocol implementation; reorganization of collective environment use; and preference for care that does not require instruments or nurses' continuous presence. As limiting factors, the following stand out: high demand for care; restricted accommodation and inadequate ventilation; lack of resources; resistance to wearing a mask; nurses' difficulty in maintaining physical distance in care; and increase in interventionist practices among certain professionals. **Conclusions and implications for practice:** services that underwent adaptations in environments, with available resources, co-responsibility regarding sanitary measures and where nurse-midwives modified their care process, presented better conditions to protect health and mitigate COVID-19 transmission, with attention to environment, humanization and women's rights during childbirth.

Keywords: COVID-19; Humanization of Assistance; Maternity; Natural Childbirth; Nurse Midwives.

RESUMEN

Objetivo: discutir los factores facilitadores y limitantes de la actuación de los enfermeros en el control de la COVID-19 en la atención al parto. **Métodos:** estudio descriptivo y cualitativo, con 20 parteras de servicios públicos del estado de Rio de Janeiro. Los datos fueron recolectados de mayo a julio de 2021, a través de entrevistas semiestruturadas, y sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** como factores facilitadores, se encuentran: instalaciones físicas y recursos que brindan un uso individualizado; implementación de protocolos; reorganización del uso de los entornos colectivos; y preferencia por cuidados que no requieran instrumental o la presencia continua de la enfermera. Como limitantes, se destacan: la alta demanda de atención; alojamiento restringido y ventilación inadecuada; falta de recursos; resistencia a usar mascarilla; dificultades de las enfermeras para mantener la distancia física en el cuidado; y el aumento de las prácticas intervencionistas entre determinados profesionales. **Conclusiones e implicaciones para la práctica:** los servicios que sufrieron adaptaciones en los ambientes, con recursos disponibles, corresponsabilidad en las medidas sanitarias y donde las matronas modificaron su proceso de atención, presentan mejores condiciones para proteger la salud y mitigar la transmisión de la COVID-19, con atención al ambiente, la humanización y los derechos de la mujer durante el parto.

Palabras-clave: COVID-19; Enfermeras Obstetricas; Humanización de la Atención; Maternidades; Parto Normal.

Autor correspondente:

Camilla Ribeiro Freitas da Silva.
E-mail: camilla.ribeirof@gmail.com

Recebido em 13/12/2022.

Aprovado em 22/06/2023.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0425pt>

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe desafios sem precedentes para a população mundial, haja vista o desconhecimento da doença e seus impactos sobre os sistemas de saúde.¹ Nesse contexto, o risco de morbimortalidade foi determinante na definição de grupos de risco, onde gestantes e puérperas foram incluídas.² Corroborando com isso, dados brasileiros sobre a razão de mortalidade materna no período de 2019 a 2021 revelam um aumento de 94%, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás.³

Diante desse panorama, e para reduzir a transmissão do Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), estabeleceram-se recomendações para o controle da doença nos serviços obstétricos, incluindo: protocolos rígidos de lavagem das mãos e utilização obrigatória de máscara para todos; adoção de medidas de precauções padrão e de contato para profissionais de saúde; mudanças nas rotinas assistenciais e nos espaços físicos, com destaque para o oferecimento de ambientes e instrumentos de uso individual, o respeito ao distanciamento físico nos cuidados e a manutenção da distância mínima de dois metros entre leitos de salas de parto e enfermarias coletivas.^{2,4}

Entretanto, considerando as fragilidades estruturais de muitas maternidades brasileiras,⁵ vislumbram-se os efeitos destas recomendações sobre a ambiência dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, definida como o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que é compartilhado por um grupo de pessoas que troca experiências de trabalho e cuidado, permeados por valores, significados e pertencimentos.^{6,7}

Nesse sentido, envolve a organização de ambiente promotores da confortabilidade, do acolhimento e da produção de subjetividades nas interações humanas do trabalho em saúde que propiciem a integralidade, a equidade, a qualificação e a segurança dos cuidados, com otimização de recursos e garantia dos direitos de usuários e trabalhadores. Assim, constitui-se uma arquitetura humanizada e funcional que proporciona espaços assistenciais de ações, reflexões e vivências prazerosas e resolutivas.^{7,8}

Sob essa ótica, as enfermeiras obstétricas atuam utilizando os ambientes como facilitadores da assistência ao parto normal e consideram os elementos que interferem nas relações entre os indivíduos, tais como privacidade, individualidade, instalações físicas, luminosidade, cheiro, som, sinestesia, arte e cor. Desse modo, o processo de cuidar da parturiente se configura como um encontro de cuidados centrados na mulher que conforma uma experiência terapêutica e emancipadora.⁸⁻¹⁰

Frente ao exposto, o presente artigo objetivou discutir os fatores facilitadores e limitadores da atuação das enfermeiras no controle da COVID-19 na assistência ao parto. Esta pesquisa se faz relevante, pois desvela os desafios do cotidiano dos serviços obstétricos e as potencialidades da atuação das enfermeiras obstétricas em um contexto que preza pela alta vigilância em saúde, oferecendo subsídios ao desenvolvimento de ações para controlar a disseminação da COVID-19 na assistência ao parto e minimizar os impactos da pandemia sobre a ambiência adequada neste âmbito do cuidado.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que seguiu as diretrizes *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

Participantes

As participantes foram 20 enfermeiras obstétricas, adotando como critério de inclusão a atuação no cuidado às parturientes durante a pandemia em serviços obstétricos do estado do Rio de Janeiro. Foram excluídas as especialistas que desenvolvem atividades assistenciais neste âmbito há menos de um ano e aquelas que trabalham na rede privada.

Cabe ressaltar que oito enfermeiras, que atendiam aos critérios de inclusão, se recusaram a participar da pesquisa, justificando a falta de tempo decorrente da sobrecarga laboral em tempos de pandemia. Ademais, não houve desistências de participação ao longo da coleta dos dados.

Procedimentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados de maio a julho de 2021, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas e realizadas por três autoras, enfermeiras residentes previamente treinadas e que se revezaram na condução das entrevistas.

Para tanto, elaborou-se um roteiro com 06 perguntas fechadas sobre dados socioprofissionais, tais como sexo, idade, formação acadêmica, tempo de atuação na enfermagem obstétrica, vínculo empregatício com o serviço obstétrico e tipo de estabelecimento de saúde no qual trabalha. Além disso, o roteiro contemplava as seguintes questões abertas: fale-me sobre suas percepções acerca dos fatores que podem influenciar no controle da COVID-19 na assistência ao parto. Os ambientes, os recursos, as pessoas e a assistência ao parto foram influenciadas pelo contexto pandêmico? Como?

Para a captação das participantes, utilizou-se a técnica de bola de neve, na qual um indivíduo com o perfil adequado à pesquisa é selecionado como o primeiro entrevistado, denominado de semente, que indica outros potenciais participantes, com as características desejadas, e assim sucessivamente, até que a amostragem se torne saturada, ou seja, não há novas indicações ou os nomes sugeridos não acrescentam informações novas.¹¹

O estudo contou com três sementes selecionadas intencionalmente, a partir da rede de contatos das pesquisadoras com preceptoras da residência, que atendiam aos critérios de inclusão. Assim, constituíram-se três cadeias de indicação, e o contato inicial com as participantes potenciais aconteceu por meio de um aplicativo de mensagem para esclarecimentos sobre a pesquisa e convite à participação. Mediante o aceite, compartilhou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no formato de formulário eletrônico, e a entrevista virtual foi agendada.

Frente ao contexto pandêmico, as entrevistas aconteceram por videoconferência, na data escolhida pelas participantes, e realizadas por três autoras, enfermeiras residentes. As entrevistas contaram com a presença de uma das entrevistadoras e da

participante, e tiveram duração média de 40 minutos. Com a devida anuência, foram gravadas por meio de um aplicativo de gravador de tela e áudio. Posteriormente, o material foi integralmente transcrito com o apoio de um processador de texto (*Word*), e encaminhado por e-mail às participantes para a validação do conteúdo, sem qualquer retorno negativo por parte delas.

Cabe ressaltar que o instrumento foi previamente testado com as sementes, as quais foram incluídas no estudo, pois não foram necessárias adequações.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.¹² Na etapa de pré-análise, procedeu-se com a leitura flutuante de acordo com os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na sequência, foram identificadas as unidades de registro (UR) e de contexto de cada entrevista, com triagem dos recortes significativos, seguida do agrupamento das UR em categorias, conformando a etapa de exploração e categorização. Adotou-se a saturação temática indutiva para finalizar a cadeia de referência, ou seja, quando não houve emergência de novos códigos ou temas na fase de análise, sendo a mesma obtida na décima oitava entrevista. Ao realizar mais duas entrevistas para confirmar a saturação, a mesma foi ratificada, e a coleta de dados foi encerrada.¹³

Esse processo analítico resultou na constituição de duas categorias analíticas: “Fatores relacionados à infraestrutura dos serviços obstétricos”; e “Fatores associados ao componente humano”. Por último, avançou-se para a interpretação dos dados, com inferências das pesquisadoras acerca do que emergiu no grupo pesquisado, em diálogo com os conhecimentos científicos já produzidos.

Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no dia 01 de fevereiro de 2021, sob o CAAE nº 42419121.0.0000.5282, Parecer nº 4.518.637.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os materiais transcritos das entrevistas estão sob a guarda de uma das autoras, armazenados em um provedor gratuito da internet por um prazo de 5 anos, e o anonimato das participantes foi assegurado pela adoção da letra “E”, concernente à “enfermeira”, acompanhada de um algoritmo, referente à ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS

Os participantes são do sexo feminino, e a maioria se encontra na faixa etária entre 30 e 35 anos, bem como obteve o título de especialista por meio da formação na modalidade de residência. Sobre o tempo de atuação na especialidade, duas têm até 5 anos; treze atuam entre 5 e 10 anos; e cinco possuem mais de 10 anos. No tocante ao vínculo laboral, doze são servidoras públicas estatutárias e oito são contratadas sob regime celetista, sendo que 15 trabalham em maternidades e 5 em casa de parto.

Fatores relacionados à infraestrutura dos serviços obstétricos

Essa categoria evidencia que os ambientes físicos e os recursos dos serviços obstétricos são fatores facilitadores ou limitadores do controle da COVID-19 na assistência ao parto. Nesse sentido, as participantes reconhecem que as instalações e os recursos materiais disponíveis, ao proporcionarem o uso individualizado de espaços e instrumentos de cuidado, são fatores que contribuem para mitigar o risco de contaminação.

[...] nós temos várias bolas! Se uma mulher estiver usando uma bola, conseguimos colocar a outra em outra. (E1)

[...] elas são livres para escolher o banho [morno de aspersão], porque temos suítes com banheiro e assim elas não têm contato com ninguém. (E4)

As salas PPP [pré-parto, parto e pós parto] são quartos privativos equipados, com cama, com UCR [Unidade de Calor Radiante] e material para reanimação. Uma destas salas tem banheira, duas têm banheiro com chuveiro e outra tem uma banheira ao lado da cama! (E9)

São suítes com banheiro bem amplo! Têm as tecnologias [de cuidado], como cavalinho, banquetas, barras. Tudo isso está disponível em cada quarto PPP [com leitos de pré-parto, parto e pós-parto]. (E13)

Por outro lado, as enfermeiras obstétricas apontam que a alta demanda assistencial, a ausência de banheiros de uso exclusivo e o fato de os setores serem pequenos, com acomodações restritas e condições inadequadas de ventilação, mostram-se como fatores limitadores, pois aumentam a exposição ao novo coronavírus:

A nossa demanda é muito grande, o espaço físico é muito pequeno e não é dividido por boxes! Ainda precisamos fazer as separações com os biombos. (E8)

A sala de parto não tem suíte e nem banheiro exclusivo. Então, oferecer o banho morno, fica prejudicado... (E7)

O espaço não é facilitador por ser pequeno, com uma quantidade grande de mulheres parindo... [...] e o espaço dos boxes é reduzido! (E5)

É um setor fechado, com somente duas janelas! (E1)

O parto é no calor! Sem ar condicionado ou qualquer circulação de ar. (E18)

A esse cenário, acrescentam a carência de recursos materiais necessários ao enfrentamento da COVID-19 na assistência ao parto, destacando fragilidades na disponibilização de testes diagnósticos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de alguns instrumentos utilizados no cuidado adequadamente dimensionados à demanda assistencial.

Tenho receio da questão do contato com a parturiente, pois vemos uma quantidade enorme de gestantes com COVID-19, e a gente só descobre depois porque não tem teste disponível na rede... (E3)

No início, a unidade não tinha máscaras suficientes para o tanto de profissionais e de atendimentos, porque, principalmente na maternidade, não temos o hábito de usar máscara em vários procedimentos. Foi um pânico na equipe. Máscara e protetor facial não estavam disponíveis para todos! (E13)

Nós temos duas banquetas e um cavalinho, mas a utilização fica difícil, porque você leva esses instrumentos para um ambiente contaminado, e depois tem que descontaminar. Então, estamos usando menos. (E7)

Fatores associados ao componente humano

Essa categoria revela que comportamentos, atitudes e condutas de enfermeiras, profissionais de saúde, parturientes e acompanhantes são fatores que contribuem ou dificultam o controle da COVID-19 na assistência ao parto. Como comportamentos que conferem proteção à saúde, as enfermeiras obstétricas deste estudo referem à intensificação do uso de EPI e das orientações sobre a importância do uso de máscaras junto às mulheres e acompanhantes.

Eu passei a utilizar barreiras [medidas de precaução] respiratórias, usando a máscara tipo N95 e a face shield [protetor facial]... (E2)

Oriento que ela se movimente livremente, desde que use máscara. Peço para o acompanhante utilizar máscara e permanecer próximo ao leito enquanto elas não estão lá. (E16)

Orientamos para que elas entendam a importância de se prevenir [do contágio] através do uso da máscara. (E21)

Além disso, elas citam modificações na assistência ao parto advindas da implementação de protocolos institucionais que abrangem atitudes e condutas profissionais para evitar a aglomeração, assegurar o distanciamento físico e reduzir a exposição aos fluidos corporais. Ademais, mencionam mudanças em seu processo de cuidar, envolvendo a reorganização do uso de ambientes coletivos, o incentivo à participação do acompanhante e a preferência por cuidados que não requerem o uso de instrumentos ou a presença contínua da enfermeira:

Para não gerar muita aglomeração, eu encaminho para o banho e deixo, no máximo, três mulheres numa sala [ambiente específico para uso das tecnologias de cuidado] e elas vão revezando: uma fica na bola, outra no cavalinho [cadeira de balanço] e outra na banqueta [de parto]. Às vezes, eu levo a bola ou a banqueta no próprio leito para elas ficarem mais isoladas. (E14)

De acordo com a literatura, passamos a não fazer a manipulação da placenta e do líquido amniótico e evitar a exposição [do bebê] ao líquido amniótico, com a diminuição de possíveis intervenções, como a rotura da bolsa [amniótica]. [...] Estamos usando mais a livre movimentação e o banho por serem coisas que elas conseguem fazer sozinhas e que não precisam de equipamentos que terão contato com outras pessoas. [...] assim, capacitamos o acompanhante e a mulher para o uso das tecnologias. Assim, reduzimos um pouco a nossa presença e o nosso toque... guardamos uma distância, mas mantemos os cuidados. (E4)

Não temos assistido parto na água, pois está impedido enquanto não tiverem novas evidências. Deixamos a água só para relaxamento! (E10)

Para a massagem, a gente incentivou mais a participação do acompanhante, para reduzir o nosso contato, o toque com a parturiente (E12)

Entretanto, as participantes identificam comportamentos, atitudes e condutas que não favorecem o controle da COVID-19 na assistência ao parto, ressaltando: a resistência de algumas parturientes ao uso de máscara no processo de parturição; a dificuldade das enfermeiras em manter o distanciamento físico na relação de cuidado com as mulheres; e o incremento de práticas obstétricas intervencionistas por parte de determinados profissionais.

A mulher não consegue ficar de máscara no parto! Não dá para respirar, sentir dor, contrair... eu não consigo fazer diferente! Você vê que a mulher precisa de um acolhimento, você vai lá e dá um abraço! Não tem jeito! É inerente à profissão! (E10)

Eu até esquecia que tinha COVID-19! Que tinha que manter o distanciamento, que não podia ter contato próximo e que eu podia pegar. É uma mulher em trabalho de parto que segura a tua mão e você não pode deixar de dar a mão porque existe a COVID-19! (E11)

Vejo muita atuação desnecessária na pandemia! Eu consigo perceber muita ansiedade e não dar tempo para a mulher [trabalho de parto]. Entram com intervenções medicamentosas! Vejo muita manobra de Kristeller e muita episiotomia! (E8)

Ela [se refere ao profissional médico] acelera um pouco o parto, mesmo com a paciente dilatando rápido! Faz redução de colo do final do trabalho de parto até nascer... (E9)

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que diferentes fatores interferem de modo positivo ou negativo na atuação das enfermeiras obstétricas no que tange o controle da COVID-19 na assistência ao parto.

Nesse sentido, evidenciam-se fatores relacionados à infraestrutura dos serviços obstétricos, abrangendo ambientes físicos e recursos materiais, bem como fatores associados ao componente humano, expressos em comportamentos, atitudes e condutas de enfermeiras, profissionais de saúde, parturientes e acompanhantes.

Como fatores da infraestrutura que colaboram para mitigar o risco de contaminação, as participantes apontam as instalações do setor, que dispõem de quartos PPP ou suítes privativas, com banheiro amplo e instrumentos utilizados no cuidado, como banheira, chuveiro, bola suíça, cavalinho, banqueta e barras de apoio. Assim, reconhecem que esses ambientes físicos e recursos materiais proporcionam o uso individualizado, a confortabilidade e a segurança necessária ao processo de parturição em tempos de pandemia.

Na perspectiva da ambiência dos serviços obstétricos, recomenda-se que as acomodações sejam projetadas no formato de quartos PPP, com dimensões apropriadas, banheiro anexo e equipamentos que possibilitem à parturiente condições de acesso e escolha à movimentação ativa, à participação do acompanhante e aos métodos não farmacológicos de alívio da dor.⁵⁻⁷ No contexto da COVID-19, essa infraestrutura colabora para o controle da doença, pois, ao propiciar que a assistência se desenvolva em espaços individualizados, evita-se que parturientes e acompanhantes tenham contatos desnecessários com outras pessoas e compartilhem objetos, com respeito às medidas de manter o distanciamento físico e evitar aglomerações, bem como ao direito das mulheres ao parto respeitoso e seguro.^{14,15}

Por outro lado, a exposição e o risco de contaminação pelo novo coronavírus aumentam em instituições que possuem setores pequenos, com acomodações restritas, condições inadequadas de ventilação, sem banheiros de uso exclusivo ou onde a carência dos instrumentos de cuidado implica partilha desses entre as parturientes, conforme identificado nas falas das participantes. Infelizmente, esta é a realidade de muitas instituições brasileiras, nas quais persistem as salas de parto com leitos separados por cortinas e a ausência de equipamentos individuais destinados ao manejo não farmacológico da dor e de banheiros privativos dotados de chuveiro e água quente, sobretudo em serviços obstétricos com perfil de atendimento ao alto risco materno e fetal.^{5,16,17}

A não conformidade desses locais com as recomendações para a ambiência adequada ao parto^{6,7} soma-se às dificuldades enfrentadas na adoção de medidas preventivas e de controle da COVID-19 frente à alta demanda absorvida pelos serviços de saúde no curso pandêmico, assim como verificado neste estudo. Desse modo, torna-se ainda mais desafiador utilizar espaços coletivos e evitar o compartilhamento de objetos, pois, em ambientes fechados, normalmente sem ventilação adequada, as pessoas interagem com frequência e proximidade física, potencializando a transmissão aérea e por contato do SARS-CoV-2.¹⁴

Sobre esse último, ressalta-se que a contaminação se dá pelo contato direto com objetos e superfícies contaminadas, sem a posterior desinfecção e higienização das mãos.¹⁴ Corroborando com isso, estudos mostram que o novo coronavírus sobrevive por minutos ou horas em superfícies porosas e até por semanas em superfícies não porosas, sendo essa capacidade influenciada pela temperatura e umidade do ambiente.¹⁸

Nesse sentido, pondera-se o risco aumentado de contaminação por essa via na assistência ao parto, especialmente em serviços com ambientes físicos inadequados e carência na oferta de instrumentos utilizados no cuidado, tendo em vista: os materiais desses objetos, que são constituídos de plástico liso e poroso, tecido e metal;¹⁹ a temperatura do ambiente do parto, que deve se manter em torno de 26^o C;²⁰ e a umidade inerente à fisiologia do corpo feminino durante o trabalho de parto.^{10,15}

A esse panorama, acrescenta-se o problema mundial do desabastecimento de insumos fundamentais ao enfrentamento da COVID-19. Nota-se que sistemas de saúde mais sólidos foram exitosos na vigilância, como a China e a Coreia do Sul, ou na redução da mortalidade, como é o caso da Alemanha. Porém, países com um histórico de fragilização dos serviços públicos foram menos eficientes, resultando em maiores taxas de adoecimento e morte entre profissionais de saúde.^{1,21}

No âmbito brasileiro, a carência de EPI e a falta de testes diagnósticos culminaram em baixa testagem da população e subnotificação de casos,^{14,22} sendo esse cenário reconhecido pelas participantes como um fator da infraestrutura que impõe limites ao controle do novo coronavírus na assistência ao parto. Assim, considera-se elevada a exposição ocupacional nos serviços obstétricos brasileiros,²² pois as evidências relacionadas às gestantes, parturientes e puérperas com COVID-19 mostram que: a evolução clínica da doença é agravada; os fatores de risco aumentam a probabilidade de quadros sintomáticos;²³ o diagnóstico positivo apresenta associação consistente com desfechos adversos e óbitos maternos e fetais;²⁴ e a ocorrência de infecções assintomáticas é comum.²⁵

Diante das distintas condições de infraestrutura dos serviços obstétricos, vislumbra-se a relevância do componente humano para o controle da COVID-19, pois comportamentos, atitudes e condutas na assistência ao parto são fatores facilitadores ou limitadores do enfrentamento da doença. Nessa perspectiva, a intensificação do uso de EPI e de orientações sobre a importância do uso de máscara junto às parturientes e acompanhantes emergiu nas falas das participantes como comportamento que mitiga a disseminação do novo coronavírus. Todavia, vislumbra o risco relacionado à relutância da utilização de máscara pelas mulheres durante a parturição.

Em consonância com as recomendações para prevenção e controle da contaminação pelo SARS-CoV-2, o uso universal de máscara nos serviços de saúde é uma exigência para profissionais, trabalhadores e usuários. No âmbito da atenção obstétrica, independentemente de ser um caso suspeito ou confirmado de COVID-19, as equipes devem adotar medidas de precauções-padrão, incluindo a higienização das mãos e o uso de luvas, avental, óculos, máscara e *face shield*, visto que a assistência ao parto envolve exposição aos fluidos corporais e às gotículas respiratórias, geradas pela respiração profunda e vocalização da mulher.^{2,14,15}

Sobretudo em espaços coletivos, como enfermarias e salas de parto com vários leitos, as normas de higiene e a utilização de máscara devem ser intensificadas e aplicadas a todas as parturientes e acompanhantes.^{2,4}

No entanto, destaca-se que a mulher pode não tolerar o uso da máscara, por questões relacionadas: ao resgate de situações traumáticas; à exacerbação de quadros respiratórios; ao prejuízo nas trocas gasosas e metabólicas inerentes à fisiologia do trabalho de parto; ao comprometimento da comunicação; e à sensação de desconforto e superaquecimento. Nesses casos, os benefícios e riscos devem ser dialogados sem qualquer imposição quanto ao uso da máscara.¹⁵

Considerando a resistência às medidas preventivas por parte considerável da população, a educação em saúde é essencial durante a pandemia.²⁶ Nesse contexto, as enfermeiras possuem um papel importante na disseminação de informações científicas geradoras de comportamentos seguros à coletividade, por meio de atividades educativas e orientações quanto ao autocuidado para a promoção da saúde e prevenção da contaminação nos diferentes ambientes.²⁷

Como atitudes e condutas promotoras da segurança na assistência ao parto frente à COVID-19, as participantes referem adaptações em seu processo de cuidar, com destaque para: adoção de rodízios no uso de salas coletivas; disponibilização de equipamentos próximos ao leito; incentivo à participação do acompanhante; e orientações sobre práticas que não requerem instrumentos ou acompanhamento profissional contínuo, como a livre movimentação no *box* ou quarto, a massagem e o banho de aspersão com água morna.

Assim, nota-se que essas ações estão alinhadas com os protocolos de reorganização dos serviços de saúde para prevenção e controle da COVID-19, os quais recomendam: não assistir a partos na água;^{2,4} evitar procedimentos de manipulação da placenta e da bolsa amniótica;^{4,28} limitar quantitativo de pessoas em espaços coletivos e banheiros; impedir o compartilhamento de objetos; e respeitar a distância de um metro entre as pessoas, sobretudo em ambientes internos e pouco ventilados.^{2,14}

Apesar desses esforços, manter o distanciamento físico na relação de cuidado com as parturientes, associado ao uso extensivo de EPI, configura-se um desafio para as enfermeiras obstétricas deste estudo, uma vez que compreendem o toque e a comunicação não verbal como atitudes corpóreo-afetivas transformadas em ações terapêuticas desmedicalizadas, as quais caracterizam o processo de cuidar humanístico da enfermagem^{1,9,29} e proporcionam uma experiência positiva com o parto.^{15,30} Entretanto, reconhecem que essa atitude potencializa o risco de transmissão da COVID-19.

Em oposição às estratégias de cuidado desenvolvidas pelas participantes, elas percebem o incremento de práticas intervencionistas por parte de alguns profissionais para abreviar a duração do trabalho de parto, tais como a prescrição de medicamentos e a realização de procedimentos invasivos, como a redução de colo, a manobra de Kristeller e a episiotomia. Tais condutas, além de serem práticas obstétricas de uso criterioso ou que devem ser abolidas na assistência ao parto,³⁰ interferem no controle da COVID-19, pois aumentam a exposição ocupacional.⁴

Durante a pandemia, os profissionais de saúde deveriam estar ainda mais atentos às boas práticas, assegurando os direitos das mulheres e evitando o excesso de intervenções.¹⁵

No entanto, nota-se que a reorganização do trabalho em saúde vem repercutindo em retrocessos nas conquistas da humanização do parto, expressos no aumento de casos de abusos e desrespeitos contra as parturientes e na adoção de práticas sem respaldo científico.^{8,10,31-33}

No cenário negacionista e de incertezas que atravessa a pandemia de COVID-19 no Brasil,³⁴ condutas restritivas e intervencionistas vêm se estabelecendo na assistência à saúde, sob o argumento de mitigar a contaminação, mas sem evidências que as amparem. Desse modo, ameaçam-se a dignidade, a segurança e a autonomia das mulheres, conformando situações de violência que se manifestam em práticas sem indicação obstétrica ou desnecessárias, como a restrição do direito ao acompanhante, as cesarianas, os partos instrumentais e o uso de recursos para reduzir a duração do trabalho de parto.^{8,31-33}

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os fatores que influenciam na atuação das enfermeiras em relação ao controle da COVID-19 na assistência ao parto se referem à infraestrutura e ao componente humano dos serviços obstétricos, os quais podem contribuir ou dificultar a proteção da saúde e a prevenção da contaminação.

Em relação à infraestrutura, instalações físicas com quartos PPP ou suítes privativas, banheiros amplos e dimensionamento adequado de recursos permitem que a assistência se desenvolva com respeito às normas sanitárias, conformando-se como fatores facilitadores do controle da doença. Entretanto, setores pequenos, com acomodações coletivas e restritas, condições inadequadas de ventilação e carência de instrumentos de cuidado, testes diagnósticos e EPI, aumentam o risco de contaminação pelo novo coronavírus.

Sobre o componente humano, a intensificação do uso de EPI pelos profissionais e de orientações acerca do uso de máscara por parturientes e acompanhantes, bem como as adaptações no processo de cuidar das enfermeiras, são comportamentos, atitudes e condutas que mitigam a transmissão do SARS-CoV-2. Porém, a resistência ao uso de máscara na parturição, a dificuldade em manter o distanciamento físico na relação de cuidado e o incremento das intervenções obstétricas por parte de alguns profissionais se configuram fatores limitadores.

Esses achados revelam os desafios do cotidiano dos serviços obstétricos e as potencialidades da atuação das enfermeiras obstétricas no controle da COVID-19, oferecendo subsídios ao desenvolvimento de ações para minimizar os impactos da pandemia sobre a ambiência adequada ao parto. No entanto, considerando que alguns elementos da ambiência não foram aprofundados neste estudo, recomenda-se a realização de pesquisas que explorem os ambientes do trabalho e das relações interpessoais.

Ademais, pondera-se que o resgate das noções de vulnerabilidade e risco associadas às gestantes em tempos de COVID-19 pode culminar no recrudescimento do modelo biomédico na atenção obstétrica, tornando ainda mais desafiadores os caminhos para a consolidação da humanização da assistência e efetivação dos direitos humanos das mulheres no período pós-pandêmico.

Este estudo traz contribuições para os campos da saúde e da enfermagem, pois fornece subsídios para o controle da COVID-19 na assistência ao parto. Nesse sentido, seus resultados revelam que os serviços obstétricos que passaram por adequações nos ambientes de parturição e dispõem de recursos, adequadamente dimensionados à demanda e apropriados ao contexto pandêmico, apresentam melhores condições para proteger a saúde e mitigar a transmissão do SARS-CoV-2.

Ademais, destaca-se a importância do componente humano, no sentido da corresponsabilização de enfermeiras, profissionais da saúde, parturientes e acompanhantes quanto a adoção de comportamentos, atitudes e condutas orientadas pela ciência e pela ambiência adequada ao parto. Sob essa ótica, evidencia-se a relevância da atuação das enfermeiras obstétricas, as quais respeitam as normas sanitárias, zelam pela ambiência no parto durante a pandemia e oferecem cuidados seguros, na perspectiva da vigilância em saúde e das evidências científicas, respeitosos e não invasivos ao corpo e à fisiologia feminina, seguindo os princípios humanísticos e os direitos humanos das mulheres.

Sobre as condutas intervencionistas identificadas pelas participantes, cabe a reflexão acerca da influência da inclusão de gestantes, parturientes e puérperas no grupo de risco para COVID-19 sobre as práticas de atenção à saúde. Se, por um lado, essa medida visa proteger a saúde materna e neonatal, por outro, impulsiona práticas medicalizadas que reforçam as ideias de risco e vulnerabilidade associadas à gravidez e ao parto, reacendendo a visão medicalizada do modelo biomédico na obstetrícia, que consubstancia a apropriação histórica do corpo feminino.

Como limitações, apontam-se as dificuldades para apreender aspectos da comunicação não verbal das participantes, visto que a coleta de dados aconteceu por videoconferência pelas restrições do cenário pandêmico. Ainda que os achados do estudo reflitam a realidade de um contexto específico, acredita-se que resultados semelhantes possam ser encontrados em outras regiões, pois as características do processo de cuidar das enfermeiras obstétricas conferem certa homogeneidade às suas práticas independente da localidade.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Edital nº. 26/2021 – AUXÍLIO BÁSICO À PESQUISA (APQ1) EM ICTs ESTADUAIS UERJ, UENF e UEZO -2021. PROCESSO SEI-260003/015406/2021 - APQ1.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Camilla Ribeiro Freitas da Silva, Jane Márcia Progianti, Juliana Amaral Prata.

Coleta ou produção dos dados. Aline Caraméz Costa, Karolayne Rosa Oliveira, Camilla Ribeiro Freitas da Silva, Jane Márcia Progianti, Juliana Amaral Prata.

Análise de dados. Aline Caraméz Costa, Karolayne Rosa Oliveira, Camilla Ribeiro Freitas da Silva, Jane Márcia Progianti, Juliana Amaral Prata.

Interpretação dos resultados. Camilla Ribeiro Freitas da Silva, Jane Márcia Progianti, Juliana Amaral Prata, Aline Caraméz Costa, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Camilla Ribeiro Freitas da Silva, Jane Márcia Progianti, Juliana Amaral Prata, Aline Caraméz Costa, Karolayne Rosa Oliveira, Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.

Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado.

EDITOR ASSOCIADO

Ana Luiza de Oliveira Carvalho 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Iobst SE, Breman RB, Walker M, Wysong G, Best N, Edmonds JK. Challenges, job satisfiers, and self-care among perinatal nurses in the United States during the COVID-19 pandemic. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2023 mai/jun;48(3):118-26. <http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000912>. PMID:36744889.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 out 24]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf
3. Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA). A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso [Internet]. Nova York: UNFPA; 2022 [citado 2023 mar 31]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Em%202020%2C%20foi%20de%2071.97,mapeados%20pelo%20Observat%C3%B3rio%20Obst%C3%A9trico%20Brasileiro>
4. Amorim MMR, Souza ASR, Melo ASDO, Delgado AM, Florêncio ACMDC, Oliveira TVD et al. COVID-19 e gravidez. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2021 mai;21(Supl 2):337-53. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100s200002>.
5. Pasche DF, Pessatti MP, Silva LBRAA, Matão MEL, Soares DB, Caramachi APC. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. *Cien Saude Colet.* 2021 mar;26(3):887-96. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020>. PMID:33729344.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2021 mar 16]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/orientacoes_projetos_arquiteticos_rede_cegonha.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência* [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2021 mar 16]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf

8. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da COVID-19. *Texto Contexto Enferm.* 2022 jan;31:e20220206. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0206en>.
9. Prata JA, Ares LPM, Vargens OMC, Reis CSC, Pereira ALF, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização da maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery.* 2019 mar;23(2):e20180259. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0259>.
10. Silva FL, Russo J, Nucci M. Pregnancy, childbirth and postpartum in the pandemic: the multiple meanings of risk. *Horiz Antropol.* 2021 jan/abr;27(59):245-65. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-71832021000100013>.
11. Curtis AC, Keeler C. Sampling design in nursing research. *Am J Nurs.* 2021 mar;121(3):53-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000737304.14564.51>. PMID:33625012.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018 set;52(4):1893-907. <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>. PMID:29937585.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019 – Covid-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 abr 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/coronavirus/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19_2021.pdf/view
15. Royal College of Midwives. Clinical briefing: face-coverings and care in labour for all women [Internet]. Londres: Royal College of Midwives; 2021 [citado 2022 abr 22]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/media/5400/cb-face-coverings-and-care-in-labour-for-all-women.pdf>
16. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet.* 2021 mar;26(3):801-21. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. PMID:33729338.
17. Vieira MLC, Prata JA, Oliveira EB, Rodrigues FAB, Almeida BCDS, Progianti JM. Estratégias das enfermeiras obstétricas frente às condições de trabalho em maternidades. *Rev Bras Enferm.* 2021 mar;74(1):e20200201. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0201>. PMID:33787793.
18. Chia PY, Coleman KK, Tan YK, Ong SWX, Gum M, Lau SK et al. Detection of air and surface contamination by SARS-CoV-2 in hospital rooms of infected patients. *Nat Commun.* 2020 mai;11(1):2800. <http://dx.doi.org/10.1038/s41467-020-16670-2>. PMID:32472043.
19. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 mai;5(5):CD002006. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>. PMID:28539008.
20. Pinheiro JMB. Preventing hypothermia in preterm newborns - simple principles for a complicated task. *J Pediatr.* 2018 jul/ago;94(4):337-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.003>. PMID:29100745.
21. Helioterio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Pinho PS, Sousa FN et al. Covid-19: por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab Educ Saúde.* 2020 jul;18(3):e00289121. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.
22. Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Magalhães CG, Takemoto MLS. Testagem universal de COVID-19 na população obstétrica: impactos para a saúde pública. *Cad Saude Publica.* 2020 ago;36(8):e00164820. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00164820>. PMID:32756766.
23. Khan DSA, Hamid L-R, Ali A, Salam RA, Zuberi N, Lassi ZS et al. Differences in pregnancy and perinatal outcomes among symptomatic versus asymptomatic COVID-19-infected pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 dez;21(1):801. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-04250-1>. PMID:34852783.
24. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr.* 2021 ago;175(8):817-26. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>. PMID:33885740.
25. Abuova G, Ayazbekov A, Nurkhasimova R, Shaimardenova G, Kulbaeva S, Nurmagambet S. Asymptomatic forms of COVID-19 in pregnant women: long-term consequences. *Int J Infect Dis.* 2022 mar;116:S46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2021.12.110>.
26. Silva PK, Ribeiro CC, Duarte MC. Avaliação do uso de máscaras de acordo com sexo, idade e situação laboral durante a pandemia de COVID-19. *Braz J Health Rev.* 2021 jan/fev;4(1):465-74. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-037>.
27. Pinheiro PNC, Mondragón-Sánchez EJ, Costa MIF, Rodrigues IP. Reflections on nursing and COVID-19 in light of health education. *Rev Bras Enferm.* 2022 nov;75(Supl 1):e20201305. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1305>. PMID:34852036.
28. Tolu LB, Ezeh A, Feyissa GT. Vertical transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: a scoping review. *PLoS One.* 2021 abr;16(4):e0250196. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0250196>. PMID:33886645.
29. Alves VH, Grzibowski S, Vieira BDG, Rodrigues DP, Sampaio LBC, Santos MVD. Fenomenologia da vida no cuidado afetivo de enfermagem na pandemia da COVID-19: um estudo de reflexão. *Esc Anna Nery.* 2021 jun;25(Spe):e20200469. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0469>.
30. WHO: World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Genebra: WHO; 2018 [citado 2022 abr 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=>
31. Sadler M, Leiva G, Olza I. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters.* 2020 dez;28(1):1785379. <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>. PMID:32552522.
32. Schmid MB, Fontijn J, Ochsenbein-Kölbl N, Berger C, Bassler D. COVID-19 in pregnant women. *Lancet Infect Dis.* 2020 jun;20(6):653. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30175-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30175-4). PMID:32197098.
33. Kazemi A, Beigi M, Najafabadi HE. Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor-delivery-recovery-postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023 mar;23(1):169. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05488-7>. PMID:36915051.
34. Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab Educ Saúde.* 2021 jan;19:e00315147. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>.