

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALITA BEATRIZ SANTOS MACIEL

**PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL,
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

BELO HORIZONTE

2025

THALITA BEATRIZ SANTOS MACIEL

**PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES
DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL,
NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para o processo de obtenção do Título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mery Natali Silva Abreu

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Penido Matozinhos.

BELO HORIZONTE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

Maciel, Thalita Beatriz Santos.
M152p Práticas de assistência ao parto e nascimento em maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no contexto da pandemia da COVID-19 [recurso eletrônico]. / Thalita Beatriz Santos Maciel. -- Belo Horizonte: 2025.
73f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Mery Natali Silva Abreu.
Coorientador (a): Fernanda Penido Matozinhos.
Área de concentração: Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Tocologia. 2. COVID-19. 3. Enfermagem. 4. Epidemiologia. 5. Dissertação Acadêmica. I. Abreu, Mery Natali Silva. II. Matozinhos, Fernanda Penido. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WQ 160

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 759 (SETECENTOS E CINQUENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA THALITA BEATRIZ SANTOS MACIEL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 6 (seis) dias do mês de março de dois mil vinte e cinco, às 14:00 horas, realizou-se Online a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM MATERNIDADES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL, NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19"*, da aluna **Thalita Beatriz Santos Maciel**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Saúde Coletiva". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mery Natali Silva Abreu (orientadora), Fernanda Penido Matozinhos, Bruna Figueiredo Manzo e Fernanda Marçal Ferreira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(x) APROVADA;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Tássia Pires Pena, Assistente Administrativa do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de março de 2025.

Profª. Drª. Mery Natali Silva Abreu
Orientadora (Esc.Enf/UFGM)

Profª. Drª. Fernanda Penido Matozinhos
(Coorientadora)

Profª. Drª. Bruna Figueiredo Manzo

(EEUFMG)

Pro^{fa}. Dr^a. Fernanda Marçal Ferreira

(Centro Universitário São Camilo)

Tássia Pires Pena

Assistente Administrativa

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Figueiredo Manzo, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2025, às 13:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Penido Matozinhos, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2025, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mery Natali Silva Abreu, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2025, às 15:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Marçal Ferreira, Usuário Externo**, em 11/03/2025, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tássia Pires Pena, Assistente em Administração**, em 11/03/2025, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento_acesso_externo=0, informando o código verificador 4021889 e o código CRC 9982D673.

Trabalho vinculado ao Observatório de Pesquisa e Estudos em Vacinação (OPESV), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM).

O Projeto “Parto e aleitamento materno em filhos de mães infectadas por SARS-COV-2”, vinculado a este exemplar, recebeu o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) – Chamada CNPq/MCTI/FNDCT n. 18/2021 – Faixa A - Grupos Emergentes (Processo :403481/2021-0) e Chamada 01/2021 – Demanda Universal.

DEDICATÓRIA

À minha família, que é a minha base e minha
fortaleza para conseguir cumprir meus
propósitos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de trilhar mais este caminho nesta vida, por me fortalecer a cada dia para que a realização desse sonho fosse concretizada.

Às professoras Doutora Mery Abreu e Doutora Fernanda Penido Matozinhos, pelo carinho, apoio e aprendizado constante durante todo este período. Admiração e gratidão para sempre!

Ao grupo OPESV-EEUFMG (Observatório de Pesquisa e Estudos em Vacinação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais) e aos hospitais Sofia Feldman, Júlia Kubitschek, Risoleta Tolentino Neves e Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Portugal), pelo apoio na condução deste estudo.

Ao programa de pós-graduação e aos professores pelo conhecimento compartilhado e a possibilidade de tornar possível esse título.

Aos meus familiares: minha mãe, Vitória, pelo exemplo de mãe, mulher e professora, a pessoa que me inspira todos os dias a ser alguém melhor, por toda a força que tem e que me ensinou a ter; ao meu pai, Maciel, por todo o amor e paciência; ao meu irmão, Thales, pelo incentivo e apoio diários; e ao meu sobrinho, Vitor, por quem tenho o maior amor do mundo.

Ao meu amor Geidy Henrique, pela paciência, companheirismo e amor nessa etapa.

Aos meus amigos, pela compreensão com meus momentos de ausência.

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a assistência ao trabalho de parto e ao nascimento vem passando por modificações importantes, como o incremento do uso de diversas práticas voltadas para regular e monitorar um processo que é fisiológico. A pandemia de covid-19 evidenciou a necessidade de novas mudanças e da reorganização nos modelos de assistência. Nessa perspectiva, o binômio mãe-filho pode ter sofrido mais e desnecessárias intervenções durante o trabalho de parto, o parto e o nascimento. Portanto, torna-se importante discorrer sobre os modelos de assistência ao parto e as intervenções obstétricas durante a pandemia da Covid-19. **Objetivo:** Analisar as práticas de assistência ao parto em maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no contexto da pandemia da covid-19. **Metodologia:** Estudo observacional com delineamento transversal, aninhado a uma coorte. Foram incluídas 1.717 puérperas para este estudo. Para identificar os perfis das práticas obstétricas, procedeu-se à Análise de Componentes Principais (PCA). As variáveis utilizadas foram divididas em: Fatores Sociodemográficos e saúde, Fatores Obstétricos e Práticas Obstétricas. **Resultados:** Neste estudo, foram gerados perfis divergentes de coexistência de intervenções obstétricas em mulheres com perfis obstétricos análogos. Tendo em vista que as mulheres pertencentes aos perfis formados tenderam a receber o mesmo conjunto de intervenções, os resultados formaram três perfis que podem ter sido influenciados pelo contexto da covid-19. São eles: perfil 1 - formado por intervenções que frequentemente são utilizadas de forma inadequada na assistência ao trabalho de parto, sendo a infusão de ocitocina, o uso de analgesia e presença de acesso venoso periférico; perfil 2 - uso de práticas obstétricas evidentemente prejudiciais, e que devem ser abolidas na assistência obstétrica, composto por não utilização de partograma, não utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, parto em posição de litotomia e episiotomia; e perfil 3 - práticas que são úteis e beneficiam a mulher no processo de parto, composto por oferecimento de dieta e liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto. **Conclusão:** Os achados deste estudo evidenciaram a existência de distintas práticas de assistência ao parto nas instituições investigadas, que divergem quanto ao uso das boas práticas da assistência ao parto e ao nascimento, oscilando entre o respeito à fisiologia e à medicalização. Portanto, faz-se necessário promover melhorias na assistência ao trabalho de parto e de nascimento, incluindo em momentos epidemiológicos específicos, como o de pandemia, visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres. Tais aspectos, especialmente em cenários epidemiológicos críticos, como o da covid-19, podem ser determinantes nos desfechos materno-infantis.

Palavras-Chave: assistência ao parto; covid-19; enfermagem; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, labor and birth care has undergone important changes, such as the increased use of various practices aimed at regulating and monitoring a physiological process. The COVID-19 pandemic highlighted the need for new changes and reorganization in care models. From this perspective, the mother-child binomial may have suffered more and unnecessary interventions during labor, delivery, and birth. Therefore, it is important to discuss childbirth care models and obstetric interventions during the COVID-19 pandemic.

Objective: To analyze childbirth care practices in maternity hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in the context of the COVID-19 pandemic. **Methodology:**

Observational study with a cross-sectional design, nested in a cohort. A total of 1,717 postpartum women were included in this study. To identify the profiles of obstetric practices, Principal Component Analysis (PCA) was performed. The variables used were divided into: Sociodemographic and health factors, Obstetric factors and Obstetric practices. **Results:** In this study, divergent profiles of coexistence of obstetric interventions were generated in women with analogous obstetric profiles. Considering that women belonging to the profiles formed tended to receive the same set of interventions, the results formed three profiles that may have been influenced by the context of covid-19. They are: profile 1 - formed by interventions that are frequently used inappropriately in labor care, such as oxytocin infusion, use of analgesia and presence of peripheral venous access; profile 2 - use of obstetric practices that are evidently harmful and should be abolished in obstetric care, consisting of non-use of partogram, non-use of non-pharmacological methods for pain relief, birth in the lithotomy position and episiotomy; and profile 3 - practices that are useful and benefit women in the childbirth process, consisting of offering a diet and freedom of movement during labor and delivery. **Conclusion:** The findings of this study highlighted the existence of different childbirth care practices in the institutions investigated, which differ in terms of the use of good practices in childbirth and birth care, oscillating between respect for physiology and medicalization. Therefore, it is necessary to promote improvements in labor and birth care, including in specific epidemiological moments, such as pandemics, aiming to promote women's autonomy, protagonism and well-being. Such aspects, especially in critical epidemiological scenarios, such as COVID-19, can be decisive in maternal and child outcomes.

Keywords: childbirth care; covid-19; nursing; epidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Recomendações da Organização Mundial de Saúde para os cuidados durante o parto.....	21
Figura 2 - Modelo analítico-conceitual das práticas obstétricas durante a pandemia da covid-19.....	31
Figura 3 - Fluxograma PRISMA	39
Quadro 1 - Recomendações da OMS para assistência ao parto normal.....	23
Quadro 2 - Variáveis selecionadas para o estudo.	37
Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto a autoria, localidade, tamanho amostral e tipo de coleta.....	40
Quadro 4 - Autor/Prática Obstétrica descrita	43
Quadro 5 - Escala de Newcastle-Ottawa para análise da qualidade dos estudos.	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil da amostra.....	45
Tabela 2 - Caracterização das variáveis gineco-obstétricas.	45
Tabela 3 - Caracterização das práticas obstétricas durante o parto	46
Tabela 4 - Cargas fatoriais dos componentes da análise de componentes principais.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CPG - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

CPN - Centros de Parto Normal

DAG - Diagrama Acíclico Direcionado

EE-UFGM - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

EO - Enfermagem Obstétrica

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

IC - Intervalos de Confiança

IIQ - Intervalo Interquartilico

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

MS - Ministério da Saúde

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPESV - Observatório de Pesquisa e Estudos em Vacinação

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCA - Análise de Componentes Principais

PCC - População-Conceito-Contexto

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

RAMI - Rede Materno Infantil

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC - Rede Cegonha

RN - Recém-Nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SWiM - Síntese sem meta-análise

TP - Trabalho de Parto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Percurso das políticas de atenção a saúde da mulher.....	19
3.2 Modelos de assistência ao parto	21
3.3 Repercussões da pandemia da covid-19 na assistência ao trabalho de parto e parto	27
3.4 Modelo analítico conceitual	29
4. MÉTODOS	32
4.1 Etapa 1 – Práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia de covid-19: Revisão sistemática da literatura - Artigo 1	32
4.1.1 Protocolo e registro	32
4.1.2 Estratégia de busca e critérios de elegibilidade	32
4.1.3 Seleção dos estudos, análise de risco de viés e extração das informações	33
4.1.4 Qualidade metodológica.....	34
4.1.5 Análise dos dados	34
4.2 Etapa 2 - Avaliação dos perfis de intervenções obstétricas durante a pandemia da covid- 19 em hospitais públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil- Artigo 2	34
4.2.1 Delineamento e local do estudo.....	34
4.2.2 Amostra	35
4.2.3 Variáveis analisadas.....	36
4.2.4 Análise dos dados	37
5. RESULTADOS	39
5.1 Etapa 1 - práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia da covid-19: Revisão sistemática da literatura	39
5.2 Etapa 2 - Avaliação dos perfis de intervenções obstétricas durante a pandemia da covid- 19 em hospitais públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - Artigo 2.	44
6. DISCUSSÃO	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	57
ANEXOS.....	66
ANEXO A – Produtos científicos relacionados a esta dissertação.	66
ANEXO B - Outros produtos científicos da dissertação: Apresentação em eventos científicos e pôster.	68
ANEXO C - Registro Prospero: Registro do estudo na plataforma Prospero do artigo: Práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia de covid-19: revisão sistemática da literatura.....	70

1. INTRODUÇÃO

Os modelos de assistência ao parto e ao nascimento no mundo, incluindo o Brasil, vêm passando por inúmeras transformações ao longo dos anos. O parto evoluiu de um momento de exclusiva vivência feminina, em ambiente domiciliar e, prioritariamente, como um evento fisiológico, para um processo institucionalizado e caracterizado, muitas vezes, como um acontecimento patológico e marcado pela medicalização (Palharini; Figueirôa, 2018).

A prática da medicalização transforma questões não médicas em problemas médicos, impondo a normatização dos corpos e das práticas sociais e sexuais. A medicalização do corpo feminino altera aspectos da vida cotidiana, por exemplo, a menstruação, a gravidez e o parto, em propósitos médico-sociais, sendo o corpo da mulher, sob essa ótica, um objeto e saber exclusivo da medicina (Clesse *et al.*, 2018).

Nos últimos anos, a assistência ao trabalho de parto (TP) passou por modificações importantes em todo o mundo, com o aumento do uso de diversas práticas orientadas para regular e monitorar o processo fisiológico do nascimento (WHO, 2018). Tais práticas tinham por objetivo principal melhorar os resultados perinatais. Todavia, há intervenções que, quando realizadas sem indicações clínicas, comprometem negativamente a experiência do parto pela mulher (WHO, 2018).

As práticas de assistência ao parto e no nascimento, como o uso do fórceps, a cesariana e a infusão de medicações como a ocitocina, quando realizadas com indicações clínicas contribuíram para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. No entanto, essas mudanças na assistência ao parto reforçam a percepção de que é necessário intervir em todos os partos a fim de prevenir desfechos negativos, com o uso indiscriminado e rotineiro dessas práticas (Çalik; Karabulutlu; Yavuz, 2018).

Na ótica do controle do risco, são moldadas as atitudes intervencionistas da medicalização em relação ao corpo feminino durante a parturição. Os argumentos a favor da segurança e da prevenção de complicações configuram-se como instrumentos para legitimar a noção do funcionamento imperfeito do corpo da parturiente, que necessita de práticas e tecnologias preventivas e curativas para evitar desfechos desfavoráveis (Santos *et al.*, 2022).

No Brasil, o aumento das intervenções desnecessárias está associado à medicalização da assistência obstétrica, ocasionando a prevalência de cesáreas sem indicação clínica. Hoje, contrariando a taxa de referência de cesarianas para a população brasileira, situada entre 25% e 30%, o país atingiu 55% no setor público de assistência à saúde e 86% no setor privado,

situando-se como um dos líderes mundiais dessa modalidade de cirurgia (Alves *et al.*, 2021).

Em 2018, a Organização Mundial de saúde (OMS) publicou 56 recomendações sobre boas práticas de atenção ao parto, intitulada “*Intrapartum care for childbirth experience*”, tendo como referência os “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, na perspectiva da saúde da mulher, notadamente quanto à redução da mortalidade materna. Essa medida foca na adoção de cuidados de maternidade respeitosos, não apenas para evitar as complicações no parto como também para tornar a experiência de parir benéfica, a partir da obtenção de melhores resultados físicos, mentais e psicológicos, tanto da mãe quanto do bebê e da família (WHO, 2018).

Essa diretriz é organizada em diferentes etapas dos cuidados, abrangendo as seguintes etapas: assistência durante o trabalho de parto e nascimento, cuidados durante a primeira fase do trabalho de parto, cuidados durante a segunda fase do trabalho de parto, cuidados durante a terceira fase do trabalho de parto, cuidados imediatos de recém-nascido e cuidados imediatos à mulher (WHO, 2018).

Dessa maneira, as práticas foram divididas em: recomendada, que indica que a intervenção ou opção deve ser implementada, como a livre oferta de dieta e a liberdade de movimento; não recomendada, que indica que a intervenção não deve ser implementada, por exemplo a amniotomia, manobra de Kristeller e episiotomia; recomendada apenas em contextos, ambientes ou populações específicas, como analgesia epidural e monitorização contínua dos batimentos cardíacos; e recomendada apenas no contexto de investigação rigorosa, que indica que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção, como cesarianas de apresentação pélvica (WHO, 2018).

Assim, uma pesquisa realizada no Brasil evidenciou que a assistência medicalizada no momento do parto e do nascimento caracteriza-se, principalmente, pelo expressivo número de cirurgias cesarianas e pelo emprego rotineiro de outros tipos de intervenções, como tricotomia, episiotomia, amniotomia e posição litotômica no nascimento. O estudo ressaltou, também, que tais intervenções são classificadas como práticas claramente prejudiciais e que deveriam ser eliminadas da assistência ao parto ou usadas com restrição, pois poderiam influenciar a prevalência de complicações puerperais (Monteschio *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a atuação dos profissionais da enfermagem obstétrica ou de obstetrizas contribui para a maior adoção de boas práticas assistenciais no momento do parto. As ações de humanização dessas profissionais conformam-se como resistência à medicalização do parto, pautadas no enfrentamento das práticas médicas intervencionistas, na defesa da fisiologia do parto e na integralidade do cuidado (Schreck; Silva, 2023). Além

disso, o cuidado da enfermeira obstétrica busca promover relações de encontro com o outro (a mulher) e de suporte técnico, o que contribui para a participação das mulheres e a redução das intervenções desnecessárias (De Oliveira *et al.*, 2021).

No ano de 2020, instaurou-se a pandemia de covid-19, trazendo novos desafios na assistência à saúde em geral e, concomitantemente, na assistência às gestantes, parturientes e puérperas (Nandi *et al.*, 2022). Com a ascensão da pandemia, foi necessária uma reorganização do sistema de saúde em todo o mundo, incluindo a assistência a esse grupo (desde a atenção ao pré-natal até a assistência ao parto e puerpério). Foi preciso adaptar os atendimentos hospitalares, com a implementação de protocolos e fluxogramas de segurança para o atendimento às gestantes, sendo implementados locais de atendimento adequado, a restrição de visitas e mudanças nos planos de parto (Brasil, 2021).

Uma vez que a pandemia de covid-19 desencadeou, no Brasil, mudanças no contexto do parto e do nascimento, foram necessárias adaptações nas práticas de saúde. Prevenir a doença passou a ser o objetivo central, já que pouco se conhecia sobre as consequências da infecção em uma gravidez. Nessa perspectiva, o binômio mãe-filho pode ter sofrido ainda mais intervenções obstétricas (Almeida *et al.*, 2023).

Autores demonstraram fragilidades na assistência, com mulheres relatando uma redução geral na qualidade dos serviços de saúde materna em comparação com o período pré-pandemia. Ademais, muitas mulheres observaram barreiras e dificuldades no acesso aos serviços como o pré-natal básico, consulta pós-parto e acompanhamento da gestação, não considerando satisfatória a reorganização dos serviços de saúde na pandemia (Zaigham *et al.*, 2022).

Devido às diversas alterações fisiológicas presentes na gestação, sobretudo nos sistemas imunológico e respiratório, as grávidas foram incluídas no grupo de risco do covid-19, juntamente com as puérperas, os idosos e os portadores de doenças crônicas, haja vista que tais indivíduos apresentam probabilidade de risco de agravamento no quadro de saúde se forem infectados (Brasil, 2020).

Logo, tendo em vista que a pandemia de covid-19 pode ter afetado negativamente a prestação de serviços de saúde materna e neonatal e que é vital que as gestantes tenham os seus filhos em um ambiente adequado, com equipe qualificada e equipamentos suficientes (Millimonou *et al.*, 2023), é crucial o entendimento dos modelos de práticas de assistência ao parto e ao nascimento que ocorreram nesse período, a fim de melhor elucidar a reorganização dos modelos de assistência ao parto e das intervenções obstétricas durante a pandemia da covid-19.

A hipótese deste estudo é de que predominaram distintas práticas de assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, durante a pandemia da covid-19, com influência das características socioeconômicas e do cenário obstétrico.

A relevância dessa dissertação centra-se na avaliação da prevalência e da coexistência de intervenções obstétricas no contexto da pandemia da covid-19. Isso certamente facilitará a compreensão dos possíveis fatores individuais e do cenário obstétrico que influenciaram a assistência ao parto durante o contexto da pandemia.

Por fim, este estudo se orientou pela seguinte questão de pesquisa: “quais os perfis dos modelos das práticas de assistência ao parto e das intervenções obstétricas atuaram durante a pandemia da covid-19?”.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as práticas de assistência ao parto e ao nascimento em maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, no contexto da pandemia da covid-19.

2.2 Objetivos específicos

a) Identificar, por meio de revisão sistemática de literatura, quais características obstétricas e sociodemográficas podem estar associadas aos diferentes padrões de intervenção ao parto e nascimento e, conseqüentemente, definir diferentes modelos de cuidado durante a pandemia – Artigo 1 (Anexo);

b) Avaliar os perfis de intervenções obstétricas durante a pandemia da covid-19 em hospitais públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil – Artigo 2 (Anexo);

c) Elaborar um modelo analítico conceitual com base na hipótese deste estudo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Essa sessão se dividiu em: Percurso das políticas de atenção à saúde da mulher; Modelos de assistência ao parto; Repercussões da pandemia da covid-19 na assistência ao trabalho de parto e parto; e, finalmente, Modelo analítico conceitual, construído com base na hipótese deste estudo.

3.1 Percurso das políticas de atenção a saúde da mulher

No Brasil, as políticas nacionais de saúde passaram a incluir a saúde da mulher nas primeiras décadas do século XX, embora, nesse período, estivessem limitadas às questões relacionadas à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis desenvolvidos neste século refletiam uma perspectiva restrita sobre a mulher, fundamentada em sua biologia e em seu papel social materno e de dona de casa, encarregada da criação, educação e cuidado com a saúde familiar (Brasil, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sinalizando uma mudança significativa nos conceitos que até então orientavam as políticas de saúde direcionadas às mulheres e nos critérios de definição de prioridades nesse âmbito. O PAISM adotou como princípios a descentralização, a hierarquização e a regionalização dos serviços, além de incorporar a integralidade e a equidade no cuidado à saúde (Brasil, 2004; Brasil, 2011).

No ano de 2000, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que objetivou ampliar o acesso das gestantes aos serviços perinatais, além de aprimorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, do parto e do puerpério, beneficiando tanto as mulheres quanto os recém-nascidos (Brasil, 2002). Dessa forma, a humanização na assistência ao parto foi fortalecida com ações voltadas ao cuidado obstétrico e neonatal (Brasil, 2004).

Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano seguinte, foram publicadas diretrizes específicas para a implementação da Rede Cegonha (RC), que se estabeleceu como uma estratégia central reorganizar e qualificar a assistência à saúde da mulher e da criança. Essa iniciativa visa garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a uma assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério, além de assegurar às crianças um nascimento seguro, com condições adequadas para seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2010; Brasil, 2011). Diante da fragmentação, da

centralização na tecnologia e da baixa resolutividade da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, a RC surgiu como um marco fundamental na reorganização do cuidado (Mortelaro *et.al*, 2024).

Pode-se citar, ainda, uma mudança importante no modelo de assistência ao parto no Brasil, que se deu com a implantação de casas de parto, ou Centros de Parto Normal (CPN), as quais se caracterizam como unidades especializadas no acompanhamento exclusivo do parto normal de mulheres com gestação classificada como risco habitual (Medina *et al.*, 2023). Os CPNs foram regulamentados pela Portaria Ministerial nº 985/1999: são unidades de saúde especializadas no atendimento humanizado e de qualidade ao parto normal sem distócias, e visam ampliar o acesso das mulheres a um modelo de assistência centrado na humanização do cuidado e na redução da mortalidade materna e neonatal (Brasil, 1999).

Nesse sentido, o CPN proporciona um ambiente acolhedor e favorável, permitindo um cuidado individualizado para cada mulher e sua família, com a mulher como figura central da assistência. Além disso, esse espaço contribui para a construção da identidade da enfermagem obstétrica (EO), fortalecendo as relações no processo de trabalho e comprovando suas práticas na assistência ao parto e nascimento (Almeida *et al.*, 2023).

Com a criação do CPN, a atuação das enfermeiras obstetras ganhou maior visibilidade. Assim, o cuidado oferecido pela enfermagem obstétrica está alinhado a uma assistência comprometida, baseada nos princípios da humanização e no respeito à mulher, promovendo um atendimento acolhedor, empático e centrado na mulher (Almeida *et al.*, 2023).

Em 2022 criou-se a “Rede de Atenção Materno Infantil” (RAMI). A RAMI garante a mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso a cuidados seguros, humanizados e de qualidade durante o pré-natal, gravidez, perda gestacional, parto e puerpério; ao recém-nascido e à criança, assegura o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (Brasil, 2022).

No entanto, no mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a revogação da Portaria nº 715/2022, que havia instituído a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). A criação da RAMI foi resultado de uma decisão unilateral do Ministério da Saúde à época, sem consulta ou acordo prévio com estados e municípios, os quais alertaram sobre os prejuízos que tais mudanças causaram na assistência à saúde das mulheres (Brasil, 2023).

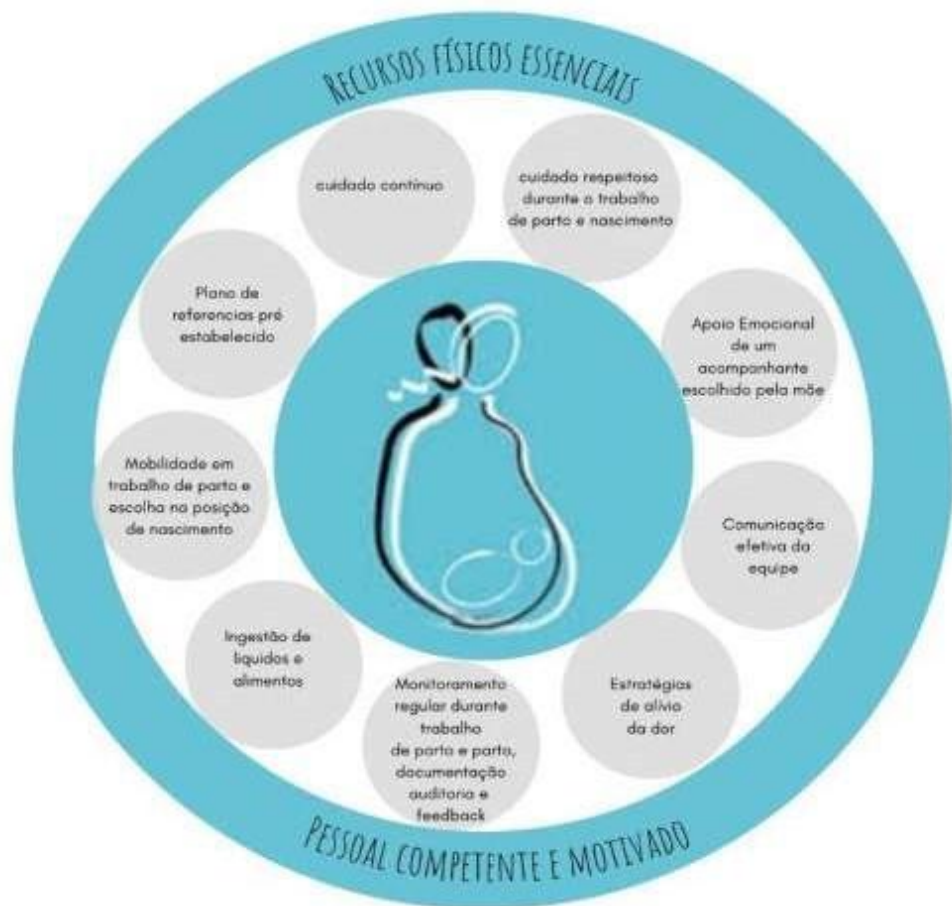
Então em 2024 foi-se instituída a rede Alyne, que trata de uma atualização da Rede Cegonha, que busca promover um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, observando as desigualdades étnico-raciais e regionais (Brasil, 2024).

3.2 Modelos de assistência ao parto

A assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento passou por importantes mudanças nas últimas décadas, objetivando a melhoria na saúde materna e neonatal. Em 1985, a OMS introduziu as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento para o cuidado em saúde obstétrico e neonatal, visando atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como a consequente melhora da saúde da população e a redução da mortalidade materno-infantil (WHO, 1996). Esse documento foi atualizado em 2018 e, nesse modelo, os cuidados são centrados na mulher e no recém-nascido e visam, para além de evitar as complicações no parto, tornar a experiência de parir positiva para a mulher, o recém-nascido e a família, com melhores desfechos para a saúde materna e neonatal, e promover o bem-estar para mulher e recém-nascido. Tal estratégia atendeu à meta 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que determina o compromisso mundial de garantir uma vida saudável e promover bem-estar para todos e todas em qualquer faixa etária (WHO, 2018).

A Figura 1, extraída e traduzida do documento WHO 2018, relata as principais recomendações para uma experiência positiva de parto. Incluem: cuidado contínuo; cuidado respeitoso durante o trabalho de parto e nascimento; apoio emocional de uma acompanhante escolhido pela mulher; comunicação efetiva da equipe; estratégias de alívio da dor; monitorização durante o trabalho de parto; ingestão de líquidos e alimentos; mobilidade no trabalho de parto; escolha da posição de nascimento; e plano de referência pré-estabelecido (WHO, 2018).

Figura 1 - Recomendações da Organização Mundial de Saúde para os cuidados durante o parto.



Fonte: Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, tradução nossa.

A atualização recomenda que o cuidado durante o TP, o parto e ao recém-nascido (RN) seja dividido em cinco etapas: cuidados no 1º estágio do TP; cuidados no 2º estágio do TP; cuidados no 3º estágio do TP; cuidados com o RN; e cuidados com a mulher no pós-parto (WHO, 2018, 2020). O Quadro 1, a seguir, demonstra as recomendações propostas pela OMS.

Quadro 1 - Recomendações da OMS para assistência ao parto normal.

Opção de cuidado	Recomendação	Categoria de recomendação
Cuidado durante todo o trabalho de parto e nascimento		
Cuidados de maternidade respeitosos	1. Recomendam-se cuidados de maternidade respeitosos - que se referem aos cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de uma maneira que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegure a liberdade de danos e maus-tratos e que permita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto.	Recomendado
Comunicação efetiva	2. Recomenda-se a comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados maternos e as mulheres em trabalho de parto, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis.	Recomendado
Acompanhamento durante o TP e o parto	3. Um acompanhante de escolha é recomendado para todas as mulheres durante o trabalho de parto e o parto.	Recomendado
Continuidade de atendimento	4. Modelos de continuidade de cuidados conduzidos por parteiras, nos quais uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher durante todo o período pré-natal, intraparto e pós-natal, são recomendados para mulheres grávidas em ambientes com programas de obstetrícia que funcionam bem.	Recomendação específica do contexto
Primeira fase do trabalho de parto		
Definições de latente e ativo nas primeiras etapas do trabalho de parto	5. O uso das seguintes definições dos primeiros estágios latentes e ativos do trabalho de parto é recomendado para a prática: - O primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm para os primeiros partos e subsequentes. - O primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para o primeiro parto e os subsequentes.	Recomendado
Duração da primeira fase do parto	6. As mulheres devem ser informadas de que uma duração padrão do primeiro estágio latente não foi estabelecida e pode variar amplamente de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nos primeiros partos e geralmente não se estende além de 10 horas nos partos subsequentes.	Recomendado
Progresso da primeira fase do parto	7. Para mulheres grávidas com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora durante o primeiro estágio ativo (conforme representado pela linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos de parto e, portanto, não é recomendado para esta finalidade. 8. Uma taxa de dilatação cervical mínima de 1 cm/hora durante o primeiro estágio ativo é irrealisticamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendada para a identificação da progressão normal do trabalho de parto. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta do que 1 cm/hora por si só não deve ser uma indicação de rotina para intervenção obstétrica. 9. O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 5 cm seja atingido. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento (como aumento de ocitocina ou cesariana) antes desse limite não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam tranquilizadoras.	Não recomendado Não recomendado Não recomendado

Opção de cuidado	Recomendação	Categoria de recomendação
Política de admissão na ala do trabalho	10. Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo, uma política de adiar a admissão na enfermaria de trabalho de parto até o primeiro estágio ativo é recomendada apenas no contexto de pesquisas rigorosas.	Recomendação de contexto de pesquisa
Pelvimetria clínica na admissão	11. A pelvimetria clínica de rotina na admissão em trabalho de parto não é recomendada para gestantes saudáveis.	Não recomendado
Avaliação de rotina do bem-estar fetal na admissão do parto	12. A cardiotocografia de rotina não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto em gestantes saudáveis que apresentam trabalho de parto espontâneo. 13. Recomenda-se a ausculta com aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal Pinard para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.	Não recomendado Recomendado
Depilação perineal	14. A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.	Não recomendado
Enema na admissão	15. A administração de enema para reduzir o uso de aumento do parto não é recomendada.	Não recomendado
Exame vaginal digital	16. Recomenda-se o exame vaginal digital em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina do primeiro estágio ativo do trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Recomendado
Cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto	17. A cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo.	Não recomendado
Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto	18. Recomenda-se a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal Pinard para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto.	Recomendado
Analgesia epidural para alívio da dor	19. A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Analgesia opioide para alívio da dor	20. Opioides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Técnicas de relaxamento para controle da dor	21. Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Manual técnicas para o tratamento da dor	22. Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Alívio da dor para prevenir o atraso do parto	23. O alívio da dor para evitar atrasos e reduzir o uso de aumento no trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Fluido oral e alimentos	24. Para mulheres com baixo risco, recomenda-se a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto.	Recomendado
Mobilidade e posição materna	25. Recomenda-se o incentivo à adoção de mobilidade e postura ereta durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco.	Recomendado
Limpeza vaginal	26. A limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com o propósito de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada.	Não recomendado
Gestão ativa de mão de obra	27. Um pacote de cuidados para o gerenciamento ativo do trabalho de parto para a prevenção do atraso no trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Amniotomia de rotina	28. O uso de amniotomia sozinho para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Amniotomia precoce e ocitocina	29. O uso de amniotomia precoce com aumento precoce de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Ocitocina para mulheres com analgesia epidural	30. Não é recomendado o uso de ocitocina para prevenção do atraso do parto em mulheres que recebem analgesia peridural.	Não recomendado
Opção de cuidado	Recomendação	Categoria de recomendação

Agentes antiespasmódicos	31. O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do atraso no trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Fluido intravenoso para evitar atraso no parto	32. Não é recomendado o uso de fluidos intravenosos com o objetivo de diminuir a duração do trabalho de parto.	Não recomendado
Segunda fase do trabalho de parto		
Definição e duração da segunda etapa do parto	33. O uso da seguinte definição e duração do segundo estágio do parto é recomendado para a prática. - O segundo estágio é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem uma necessidade involuntária de puxar para baixo, como resultado das contrações uterinas expulsivas. - As mulheres devem ser informadas de que a duração da segunda fase varia de uma mulher para outra. Nos primeiros trabalhos de parto, o nascimento geralmente é concluído em três horas, enquanto nos trabalhos de parto subsequentes o nascimento geralmente é concluído em duas horas.	Recomendado
Posição de nascimento (para mulheres sem analgesia epidural)	34. Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se incentivar a adoção de uma posição de parto de escolha individual da mulher, incluindo posições eretas.	Recomendado
Posição de nascimento (para mulheres com analgesia epidural)	35. Para mulheres com analgesia epidural, é recomendado encorajar a adoção de uma posição de parto de escolha individual da mulher, incluindo posições verticais.	Recomendado
Método de empurrar	36. As mulheres na fase expulsiva do segundo estágio do trabalho de parto devem ser encorajadas e apoiadas para seguir seu próprio desejo de empurrar.	Recomendado
Método de empurrar (para mulheres com analgesia epidural)	37. Para mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do trabalho de parto, recomenda-se adiar os impulsos por uma a duas horas após a dilatação total ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de fazer força no contexto em que há recursos disponíveis para uma permanência mais longa no segundo estágio e a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e tratada.	Recomendação específica do contexto
Técnicas para prevenir o trauma perineal	38. Para mulheres no segundo estágio do trabalho de parto, técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas quentes e proteção “manual” do períneo) são recomendadas, com base nas preferências da mulher e opções disponíveis.	Recomendado
Política de episiotomia	39. O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que realizam parto vaginal espontâneo.	Não recomendado
Pressão do fundo	40. A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo estágio do trabalho de parto não é recomendada.	Não recomendado
Terceiro estágio do trabalho de parto		
Uterotônicos profiláticos	41. O uso de uterotônicos para a prevenção de hemorragia pós-parto (HPP) durante o terceiro estágio do trabalho de parto é recomendado para todos os partos.	Recomendado
	42. A ocitocina (10 UI, IM/IV) é o medicamento uterotônico recomendado para a prevenção de hemorragia pós-parto (HPP).	Recomendado
	43. Em ambientes onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (se apropriado, ergometrina/ metilergometrina, ou a combinação fixa de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg) é recomendado.	Recomendado
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	44. O clampeamento oportuno do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para melhores resultados de nutrição e saúde materna e infantil.	Recomendado

Opção de cuidado	Recomendação	Categoria de recomendação
Tração controlada do cordão (CCT)	45. Em locais onde existem parteiras qualificadas, a tração controlada do cordão umbilical (CCT) é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração do terceiro estágio do trabalho de parto tão importante.	Recomendado
Massagem uterina	46. A massagem uterina prolongada não é recomendada como intervenção para prevenir hemorragia pós-parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática.	Não recomendado
Cuidados com o recém-nascido		
Sucção nasal ou oral de rotina	47. Em neonatos nascidos através do líquido amniótico claro, que começam a respirar por conta própria após o nascimento, a sucção da boca e do nariz não deve ser realizada.	Não recomendado
Contato pele a pele	48. Recém-nascidos sem intercorrências devem ser mantidos em contato pele a pele (SSC) com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação.	Recomendado
Amamentação	49. Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que podem ser amamentados, devem ser amamentados o mais rápido possível após o nascimento, quando estiverem clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estiverem prontos.	Recomendado
Profilaxia de doenças hemorrágicas com vitamina K	50. Todos os recém-nascidos devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele com a mãe e a amamentação deve ser iniciada).	Recomendado
Banho e outros cuidados pós-natais imediatos do recém-nascido	51. O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível por razões culturais, o banho deve ser adiado por pelo menos seis horas. Recomenda-se a roupa adequada do bebê para a temperatura ambiente. Isso significa uma a duas camadas de roupas a mais que os adultos, e uso de chapéus/bonés. A mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto, 24 horas por dia.	Recomendado
Cuidado com a mulher no pós-parto		
Avaliação do tônus uterino	52. A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce de atonia uterina é recomendada para todas as mulheres.	Recomendado
Antibióticos para parto vaginal sem complicações	53. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Não recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para episiotomia	54. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia	Não recomendado
Avaliação materna pós-parto de rotina	55. Todas as mulheres no pós-parto devem ser avaliadas regularmente quanto ao sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda medição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas. A eliminação da urina deve ser documentada dentro de seis horas.	Recomendado
Corrimento pós-natal após parto vaginal sem complicações	56. Após um parto vaginal sem complicações em uma unidade de saúde, mães saudáveis e recém-nascidos devem receber atendimento na unidade por pelo menos 24 horas após o nascimento.	Recomendado

Fonte: World Health Organization, 2018, tradução nossa.

As recomendações da OMS, de 2018, para o cuidado intraparto evidencia, portanto, a importância da promoção de partos mais seguros, humanizados e baseados em evidências científicas. Ao priorizar práticas centradas na mulher e reduzir intervenções desnecessárias, essas diretrizes buscam melhorar não apenas os estágios clínicos maternos e neonatais, mas também a experiência emocional e psicológica da mulher. O tempo durante o trabalho de parto e o parto é crucial para a sobrevivência das mulheres e de seus bebês, pois as complicações que ocorrem durante esse período podem aumentar significativamente o risco de morbidade e mortalidade. O bem-estar da mãe e da criança pode ser influenciado pela qualidade do cuidado que a mulher recebe durante o trabalho de parto e o parto (Gebrehana *et al.*, 2024)

3.3 Repercussões da pandemia da covid-19 na assistência ao trabalho de parto e parto

Em 20 de março de 2020, a transmissão comunitária da covid-19 foi declarada em todo o Brasil, o que levou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), a adaptar o Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas. A adaptação teve como objetivo direcionar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do SARS-CoV-2, do vírus influenza e de outros vírus respiratórios, no contexto da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Brasil, 2019).

A transmissão do SARS-CoV-2 de pessoa para pessoa ocorre por meio de gotículas respiratórias (expelidas durante a fala, tosse ou espirro), além do contato direto com indivíduos infetados ou indireto, por meio das mãos, objetos ou superfícies contaminadas (Brasil, 20221). Diante disso, foram propostos procedimentos essenciais para a prevenção da transmissão, como a higienização das mãos, o uso de máscaras para proteção respiratória e o distanciamento físico entre as pessoas

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode se manifestar de diversas formas, variando desde casos assintomáticos e com sintomas leves até quadros moderados, graves e críticos. Logo, é fundamental a atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico (Brasil, 2019).

A sintomatologia da covid-19 é bem característica das infecções respiratórias, semelhante a um resfriado, podendo apresentar sintomas, como: febre, tosse, cefaleia, distúrbios olfativos, distúrbios gustativos e distúrbios gastrointestinais. Nos casos mais graves, pode apresentar dispneia, pneumonia grave, insuficiência respiratória grave, sepse e

falência múltipla de órgãos (Czeresnia *et al.*, 2020).

Dentre os fatores de risco para a covid-19 que podem serem considerados para possíveis complicações, cita-se a idade igual ou superior a 60 anos, tabagismo, obesidade, doença renal crônica, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, imunodepressão e imunossupressão e a gestação (Brasil, 2019). Desse modo, as gestantes foram incluídas no grupo de risco durante a pandemia da covid-19 (Brasil, 2020).

As gestantes exigem cuidados especiais, na intenção de se preservar as boas práticas obstétricas, concomitantemente à proteção do binômio mãe-filho da infecção pela covid-19 (Souto *et al.*, 2020).

Com a ascensão da pandemia, foi preciso uma reorganização do sistema de saúde em todo o mundo para que a assistência à gestante e à puérpera não fosse afetada negativamente. Foram necessárias modificações rápidas nas políticas sociais e nos percursos de cuidados obstétricos, focadas na redução da transmissão do SARS-CoV-2, durante um período prolongado (Ornaghi *et al.*, 2022).

A priorização das unidades de saúde para promover melhores cuidados e apoiar os profissionais de saúde na prestação de melhores cuidados, bem como o desenvolvimento de planos bem estabelecidos e estratégias adequadas, são fundamentais para promover cuidados de qualidade e reduzir as desigualdades (Costa *et al.*, 2022). É vital que as grávidas tenham seus partos em um ambiente adequado, com equipe qualificada e equipamento adequados (Millimonou *et al.*, 2023).

Dessarte, foi crucial adotar ações para reestruturar o atendimento no momento do nascimento, como: suspensão ou controle do(a) acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto; suspensão da presença de doulas; restrição de visitantes; critérios para contato pele a pele; pinçamento precoce do cordão umbilical; e cuidados com a amamentação. Se, por um lado, foram consideradas medidas de segurança para pacientes e profissionais, por outro, podem ter influenciado negativamente na experiência do parto (Souto *et al.*, 2020).

A covid-19 suscitou uma escalada de preocupações às gestantes, devido a algumas instituições terem imposto políticas, como: a suspensão do direito da mulher ao(s) acompanhante(s) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; a realização de intervenções obstétricas dispensáveis, como induções com 39 ou 40 semanas de gestação; e realização de cesarianas sem indicação clínica. São também relatadas situações em que, em casos suspeitos ou confirmados de diagnóstico de covid-19, o contato pele a pele, o alojamento conjunto e a amamentação foram desencorajados, sob justificativa de que essas práticas poderiam representar riscos à segurança da mulher e do recém-nascido (Souto *et al.*, 2020).

Sendo assim, a pandemia, em algumas instituições, apresentou retrocesso no que diz respeito à assistência obstétrica de qualidade, mantendo a autonomia da mulher. Autores apontam que foram realizadas internações precoces, prolongando o período de trabalho de parto, uma vez que essas mulheres ainda não se encontravam em fase ativa, aumentando sua exposição ao vírus e as chances de se contaminar. Nesse sentido, as gestantes que tiveram internação precoce possuem mais chances de intervenções desnecessárias (Alderete *et al.*, 2023).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2020) emitiu a nota técnica n. 9, “Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da covid-19”, com o objetivo de fornecer recomendações para os profissionais de saúde diante do risco da infecção, observando o comportamento da covid-19 no território brasileiro. Posteriormente, foi apresentada a nota técnica n. 12, “Infecção covid-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal”, com vistas a informar os gestores e os profissionais de saúde acerca das evidências disponíveis, promovendo uma melhor compreensão acerca dos riscos às gestantes e puérperas, sugerindo, assim, medidas protetivas. Houve, ainda, a inclusão de um fluxograma de manejo clínico de gestantes, parturientes e puérperas no decorrer da pandemia de covid-19.

É importante notar que a pandemia teve impactos nos sistemas de saúde mundialmente. Esses fatores destacam a necessidade de estratégias para enfrentar o medo de infecção em futuras potenciais pandemias e para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade, seguros e compassivos às grávidas, promovendo o seu bem-estar físico e mental durante este período crítico (Fors *et al.*, 2023).

3.4 Modelo analítico conceitual

O modelo analítico conceitual foi construído com base na hipótese deste estudo e a partir dos modelos da Diretriz “WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience” (WHO, 2018), em consonância com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal no Brasil (Brasil, 2017), as recomendações de qualidade dos cuidados da saúde materna e neonatal segundo a OMS (Figura 1) e as recomendações da OMS para os cuidados durante o parto (Quadro 1).

Propõe-se um modelo teórico, reorganizado e adaptado para o objeto de estudo. Este modelo, retratado na Figura 2, é um Diagrama Acíclico Direcionado (DAG), que organiza de forma sistemática as relações entre fatores sociodemográficos, fatores obstétricos e as práticas

de assistência ao parto e nascimento, no contexto da pandemia de covid-19. Ademais, apresenta as associações potenciais entre as práticas de assistência ao parto e os fatores obstétricos e sociodemográficos e as práticas recomendadas e não recomendadas, baseados na literatura.

O modelo analítico-conceitual foi desenvolvido com base no entendimento de que os problemas de saúde coletiva são, em sua maioria, bastante complexos para serem conceituados e abordados a partir de uma análise de nível único, devendo ser analisados à luz de vários níveis, alinhados de acordo com sua influência: individual (conhecimento, atitudes, habilidades), interpessoal (rede social), organizacional (meio ambiente), comunitário (valores culturais, normas) e política pública/contexto ambiental (Beharry; Pun, 2011; Golden; Earp, 2012; McLeroy *et al.*, 1988; Strategic Advisory Group Of Experts, 2014; WHO, 2014).

Nesse contexto, a infecção pela covid-19 relacionou-se a todos os fatores descritos no modelo, tendo em vista que a infecção pelo vírus se relaciona tanto com os fatores obstétricos e sociodemográficos quanto com as práticas recomendadas e não recomendadas.

A subdivisão das práticas recomendadas e não recomendadas foi consolidada com base nas recomendações para os procedimentos operacionais padrões nos cuidados essenciais intraparto e nos processos descritos pela OMS, sustentados em evidências científicas (Brasil, 2017; WHO, 2018).

A estrutura permite compreender como esses elementos se inter-relacionam e impactam a adoção de práticas recomendadas e não recomendadas durante o trabalho de parto, parto e nascimento. O modelo é ancorado em uma variável principal denominada Práticas de Assistência ao Parto e Nascimento, que pode ser dividida em dois eixos: 1. Práticas Recomendadas; e 2. Não Recomendadas.

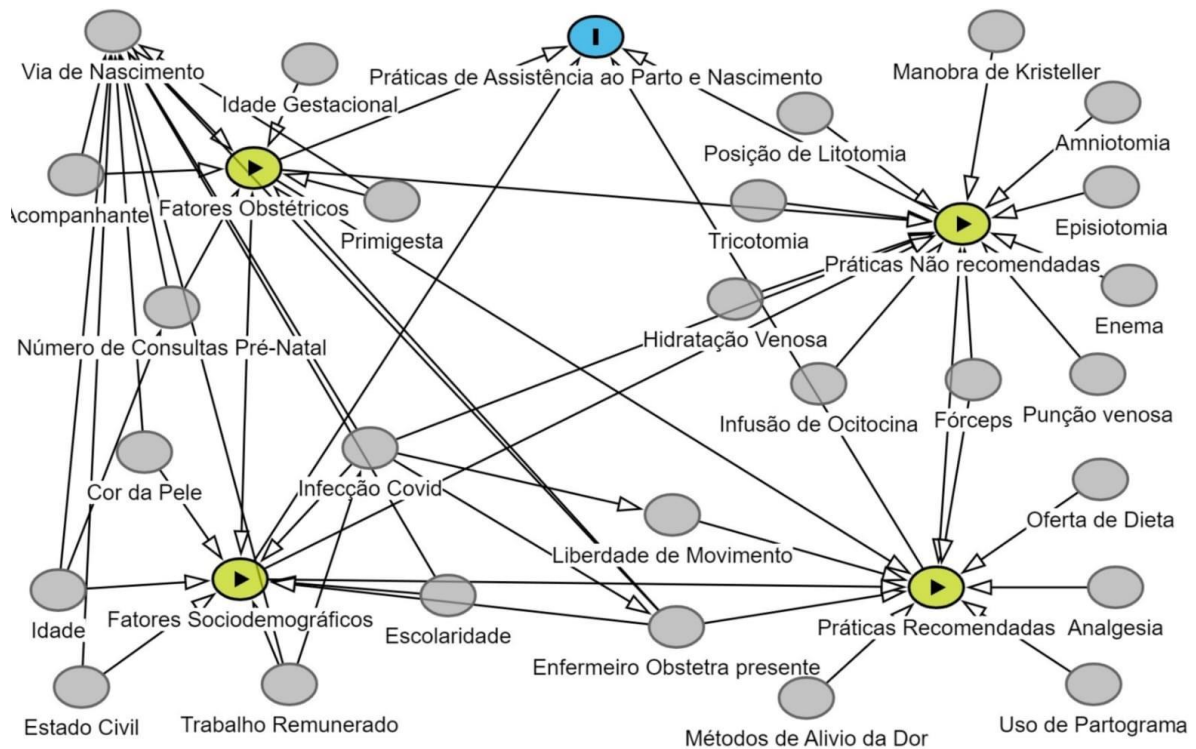
As práticas recomendadas são cuidados de maternidade respeitosos mantendo a dignidade privacidade e confidencialidade da mulher, garantindo a ausência de maus tratos e uma comunicação eficaz entre profissionais e paciente. As práticas não recomendadas são procedimentos realizados rotineiramente sem respaldo científico, que não interferem positivamente no processo do parto (WHO, 2018),

Foram utilizadas nesse estudo as seguintes práticas, descritas a seguir:

- Recomendadas – indica que a intervenção, ou opção, deve ser implementada, considerando: analgesia, uso de partograma, oferta de dieta, manobras de alívio da dor, liberdade de movimento e presença de enfermeiro obstetra; presença de acompanhante.
- Não recomendadas – indica que a intervenção, ou opção, não deve ser

realizada, considerando: tricotomia, enema, punção venosa, fórceps, episiotomia, manobra de Kristeller, infusão de ocitocina, hidratação venosa e posição de litotomia.

Figura 2 - Modelo analítico-conceitual das práticas obstétricas durante a pandemia da covid-19.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025. Adaptada de modelos previamente desenvolvidos em outras realidades e contextos: Strategic Advisory Group of Experts, modelo de Beharry *et al.* 2011, Modelo Socioecológico e Modelo de Crenças de Saúde (Brasil, 2021; McLeroy *et al.*, 1988; Beharry; Pun, 2011; Golden; Earp, 2012; Strategic Advisory Group Of Experts, 2014; WHO, 2014, 2018; Monteschio *et al.*, 2020).

4. MÉTODOS

Esta seção compõe-se das duas etapas desenvolvidas neste estudo, que se relacionam entre si e buscam, conjuntamente, responder à pergunta de pesquisa e justificar seu objetivo geral.

4.1 Etapa 1 – Práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia de covid-19: Revisão sistemática da literatura - Artigo 1

Refere-se a uma revisão sistemática, realizada com base nas recomendações do “*Cochrane Handbook for Systematic Intervention Reviews*” (Higgins; Green, 2017) e relatada com base nas etapas recomendadas pelo PRISMA (Page *et al.*, 2021).

A questão de pesquisa desta revisão foi “Quais foram os modelos de práticas de assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento utilizados nos diversos países durante a pandemia de covid-19?”

Por fim, a pergunta foi elaborada a partir da estratégia PECO, que representa um acrônimo, sendo: P População de interesse (Pessoas gestantes/Puérperas), E- Exposição (Modelos de intervenção ao parto), C- Controle (Não se aplica), O- Desfecho (*Outcome*) (Modelos de Assistência ao parto, covid-19).

4.1.1 Protocolo e registro

O protocolo do estudo foi registrado na Plataforma PROSPERO, com o número de registro CRD42024509029 (Anexo C).

4.1.2 Estratégia de busca e critérios de elegibilidade

A estratégia de busca foi elaborada com os termos da PICOS, adaptados às diferentes bases de dados Pubmed (MEDLINE) e Embase. Os termos da População-Conceito-Contexto (PCC), quando disponíveis como indexadores (MESH e Entree), foram utilizados simultaneamente com os termos “texto”. As buscas foram realizadas, sem restrições de idioma, no mês de janeiro de 2024.

Os termos de pesquisa sinônimos incluídos foram separados por operadores booleanos “OR” e cada grupo de termos sinônimos da PCC foi agrupado por “AND”. Além disso, foram analisadas as listas de referência das publicações incluídas.

Foram incluídos estudos observacionais que compreendiam a análise sobre a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento no período da pandemia da covid-19, com idiomas português e inglês. Os critérios de exclusão foram: (1) Revisões sistemáticas e metanálises; (2) Cartas ao editor; e (3) Relatos de caso.

Abaixo, encontra-se a chave utilizada:

a) Chave Pubmed (MEDLINE)

("delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "deliveries obstetric"[All Fields] OR "Obstetric Deliveries"[All Fields] OR "Obstetric Delivery"[All Fields]) AND ("Episiotomy"[MeSH Terms] OR "Amniotomy"[MeSH Terms] OR "Artificial Rupture of Membranes"[All Fields] OR "Fundal pressure"[All Fields] OR "Kristeller maneuvers"[All Fields] OR ("offer"[All Fields] OR "offered"[All Fields] OR "offering"[All Fields] OR "offerings"[All Fields] OR "offers"[All Fields]) AND ("diet"[MeSH Terms] OR "diet"[All Fields])) OR "freedom of movement"[All Fields] OR "partogram"[All Fields] OR ("non pharmacological"[All Fields] AND ("method s"[All Fields] OR "methods"[MeSH Terms] OR "methods"[All Fields] OR "method"[All Fields] OR "methods"[MeSH Subheading]) AND ("pain"[MeSH Terms] OR "pain"[All Fields]) AND ("relief"[All Fields] OR "reliefs"[All Fields])) OR "enema"[All Fields] OR "trichotomy"[All Fields] OR ("supine position"[MeSH Terms] OR ("supine"[All Fields] AND "position"[All Fields]) OR "supine position"[All Fields] OR "lying"[All Fields] OR "deception"[MeSH Terms] OR "deception"[All Fields]) AND "down"[All Fields] AND ("deliveries"[All Fields] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "obstetric"[All Fields]) OR "Obstetric Delivery"[All Fields] OR "delivery"[All Fields])) OR "oxytocin infusion"[All Fields] OR "analgesia"[All Fields]

b) Chave EMBASE

'obstetric delivery'/syn AND 'coronavirus disease 2019'/syn OR 'Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2'/syn AND 'episiotomy'/syn OR 'amniotomy'/syn

4.1.3 Seleção dos estudos, análise de risco de viés e extração das informações

A seleção dos estudos foi desempenhada por dois revisores independentes, que analisaram os títulos e resumos dos artigos identificados por meio da plataforma Rayyan®. Em seguida, os estudos que responderam aos critérios de inclusão foram submetidos à leitura do texto completo. As discordâncias foram resolvidas por acordo entre os pares. Na

persistência da dúvida, foi requisitado um terceiro e quarto revisores. Os artigos que responderam aos critérios de elegibilidade foram incluídos na revisão. Os mesmos dois revisores realizaram a extração de dados por meio da metodologia SWiM.

Nessa esteira, a diretriz SWiM inclui uma lista de verificação de nove itens para garantir a transparência dos relatórios: (1) Agrupamento de estudos para síntese; (2) Descrição da métrica padronizada e os métodos de transformação usados; (3) Descrição dos métodos de síntese; (4) Critérios utilizados para priorizar resultados para resumo e síntese; (5) Investigação da heterogeneidade nos efeitos relatados; (6) Certeza de evidência; (7) Métodos de apresentação dos dados; (8) Relatórios de resultados e (9) Limitações da síntese (Campbell *et al.*, 2020).

4.1.4 Qualidade metodológica

Todos os estudos incluídos foram analisados pelos autores de forma independente quanto à qualidade metodológica e ao risco de viés, empregando a escala de Newcastle-Ottawa, adaptada para estudos observacionais (Brasil, 2014). Realizou-se uma avaliação dos estudos utilizando os seguintes domínios: (i) tamanho e representatividade da amostra (0–4 pontos); (ii) comparabilidade entre localização de realização do estudo (0–2 pontos) e (iii) descrição das práticas obstétricas (0–3 pontos). Considerou-se um estudo de baixa qualidade se recebeu menos de cinco estrelas, média qualidade 5 a 6 estrelas e de alta qualidade se recebeu sete estrelas ou mais.

4.1.5 Análise dos dados

Os dados foram associados por síntese narrativa e os resultados formatados em tabelas de forma descritiva, utilizando a metodologia SWiM. (*Synthesis Without Meta-Analysis*) (Campbell *et al.*, 2020).

4.2 Etapa 2 - Avaliação dos perfis de intervenções obstétricas durante a pandemia da covid-19 em hospitais públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil- Artigo 2

4.2.1 Delineamento e local do estudo

Trata-se de estudo observacional com delineamento transversal, aninhado a uma coorte a partir dos dados do estudo “Parto e aleitamento materno em filhos de mães infectadas

por SARS-CoV-2”. Foi realizado em três maternidades públicas referências e exclusivas para atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a presença de equipe multidisciplinar, incluindo profissionais da enfermagem obstétrica, da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil, no período de 2020 a 2022.

As maternidade do estudo são maternidades da rede SUS, localizadas no município de Belo Horizonte. Contam com assistência de enfermagem obstétrica bem implantada, sendo o número de partos/mês em cada uma das três maternidades distintos: uma maternidade conta com 951 partos/mês, a outra maternidade conta com 250 partos/mês, e a terceira maternidade conta com 260 parto/mês. O número de prontuários analisados por maternidade foi calculado com base nos partos/mês de cada instituição.

Os dados do projeto “Parto e amamentação em filhos de mães infectadas com SARS-CoV-2”, ao qual este estudo está vinculado, foram coletados nos prontuários das instituições hospitalares, por meio de um questionário semiestruturado adaptado da pesquisa “Nascimento em Belo Horizonte: trabalho de parto e Pesquisa de Nascimento” (Vasconcelos *et al.*, 2014).

4.2.2 Amostra

A amostra foi constituída por meio de sorteio aleatório entre as mulheres que pariram nos respectivos hospitais durante os três meses de alta incidência de covid-19 (maio, junho e julho) de 2020, no Brasil.

Além disso, incluiu-se, neste trabalho, todas as puérperas com parto hospitalar com gestação única que tiveram como produto de seus conceitos com 22 semanas ou mais e recém-nascidos vivos e com mais de 500 gramas de peso ao nascer, admitidas nas três maternidades selecionadas por ocasião do parto. Para o cálculo amostral, considerou-se o delineamento de estudo de coorte. A distribuição do número de gestantes por maternidade participante respeitou a proporção do número total de nascimentos de cada maternidade selecionada. Foram utilizados como parâmetros para o cálculo uma razão de nove gestantes do grupo não exposto (sem covid-19) para cada gestante do grupo exposto (com covid-19), uma prevalência do desfecho de 50%, para uma *Odds Ratio* de 1,5, um nível de confiança de 95% e um poder de 80%. Haja vista os parâmetros citados, estimou-se uma amostra de 2.267 gestantes. Devido às dificuldades na coleta no período pandêmico, foram eleitas 1.717 puérperas para este estudo.

Por se tratar de um estudo transversal aninhado a um coorte, a coleta compreendeu três etapas distintas e independentes. A primeira consistiu na coleta em prontuário eletrônico

hospitalar retrospectiva; a segunda e a terceira, na coleta telefônica, dividida em duas etapas: a primeira entre 6 e 12 meses pós-parto e a segunda entre 12 e 24 meses pós-parto. As gestantes foram acessadas em horários diversos e o contato telefônico foi realizado por pesquisadores capacitados (considerou-se pelo menos cinco tentativas). Nos casos de negativa das gestantes quanto à sua participação na pesquisa ou de insucesso nas tentativas de contatá-las, elas foram excluídas/substituídas. A amostra da coleta de dados ficou constituída de 480 gestantes que responderam ao contato telefônico durante o processo de coleta de dados. O perfil da amostra apresentou, por essa razão, valores distintos do número amostral para algumas variáveis.

4.2.3 Variáveis analisadas

As variáveis do estudo foram selecionadas com base no modelo analítico descrito na seção 3.4, Figura 2.

As variáveis foram divididas em três categorias, e se encontram no questionário de coleta hospitalar (Idade em anos; Infecção pela Covid-19; Número de consultas de pré-natal; Primigesta, Idade Gestacional no parto; Acompanhante durante o parto; Via de Nascimento; Hidratação venosa; Oferta de dieta; Liberdade de movimentação; Uso de partograma; Métodos não farmacológicos para alívio da dor; Enema; Tricotomia; Posição deitada de costas com as pernas levantadas; Manobra de Kristeller; Aminiotomia; Infusão de ocitocina; Analgesia; Episiotomia; Punção de acesso venoso periférico; Uso de fórceps) e no questionário de ligação telefônica(Escolaridade; Cor de Pele) Trabalho remunerado; conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis selecionadas para o estudo.

Fatores sociodemográficos e de saúde	Fatores obstétricos	Práticas obstétricas
Idade (Em anos) Escolaridade (Nível de ensino) Cor de pele (branca, preta, parda, amarela, indígena) Trabalho remunerado (Sim ou não) Infecção pela Covid-19 (Sim ou não)	Número de consultas de pré-natal Primigesta Idade gestacional no parto Presença de enfermeira(o) obstétrica(o) Acompanhante durante o parto Via de nascimento	Hidratação venosa Oferta de dieta Liberdade de movimentação Uso de partograma Métodos não farmacológicos para alívio da dor Enema Tricotomia Posição deitada de costas com as pernas levantadas Manobra de Kristeller Aminiotomia Infusão de ocitocina Analgesia Episiotomia Punção de acesso venoso periférico Uso de fórceps

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.2.4 Análise dos dados

Inicialmente, as variáveis foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (%), com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, quando categóricas. Em relação às variáveis numéricas, após verificada a assimétrica, com base no teste Shapiro-Wilk, os resultados foram apresentados por meio de mediana e intervalo interquartil (IIQ).

Para identificar os perfis das práticas obstétricas, procedeu-se à técnica Análise de Componentes Principais (PCA). Trata-se de um método analítico exploratório que reduz as informações contidas nas variáveis originais observadas em um número menor de variáveis, com perda mínima de informações. A PCA é uma técnica estatística de análise multivariada que transforma linearmente um conjunto original de variáveis inicialmente correlacionadas entre si em um conjunto substancialmente menor de variáveis não correlacionadas que contêm a maior parte da informação do conjunto original. (Hongyu *et al.*, 2016).

As variáveis incluídas no PCA foram: hidratação venosa, oferta de dieta, liberdade de movimentação, uso de partograma, métodos não farmacológicos para alívio da dor, enema,

tricotomia, posição deitada de costas com as pernas levantadas, manobra de Kristeller, aminiotomia, infusão de ocitocina, analgesia, episiotomia, punção de acesso venoso periférico e uso de fórceps.

As variáveis “hidratação venosa, enema, tricotomia, manobra de kristeller, aminiotomia e uso de fórceps” não atingiram cargas fatoriais satisfatórias, razão pela qual foram retiradas do modelo. O coeficiente de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) foi estimado como medida de adequação da PCA, com valores entre 0,5 e 1,0 considerados aceitáveis para este índice. Autovalores superiores a 1 foram considerados na definição do número de componentes, com base no gráfico *screen plot*. A estrutura do componente foi obtida a partir dos indicadores que apresentaram cargas fatoriais superiores 0,3 ou inferiores a -0,3. Fatores com alta carga fatorial (acima de 0,30, com base no critério adotado) em mais de um componente foram considerados naquele componente com maior carga fatorial.

Os dados foram analisados mediante a utilização do software Stata, versão 16.0.

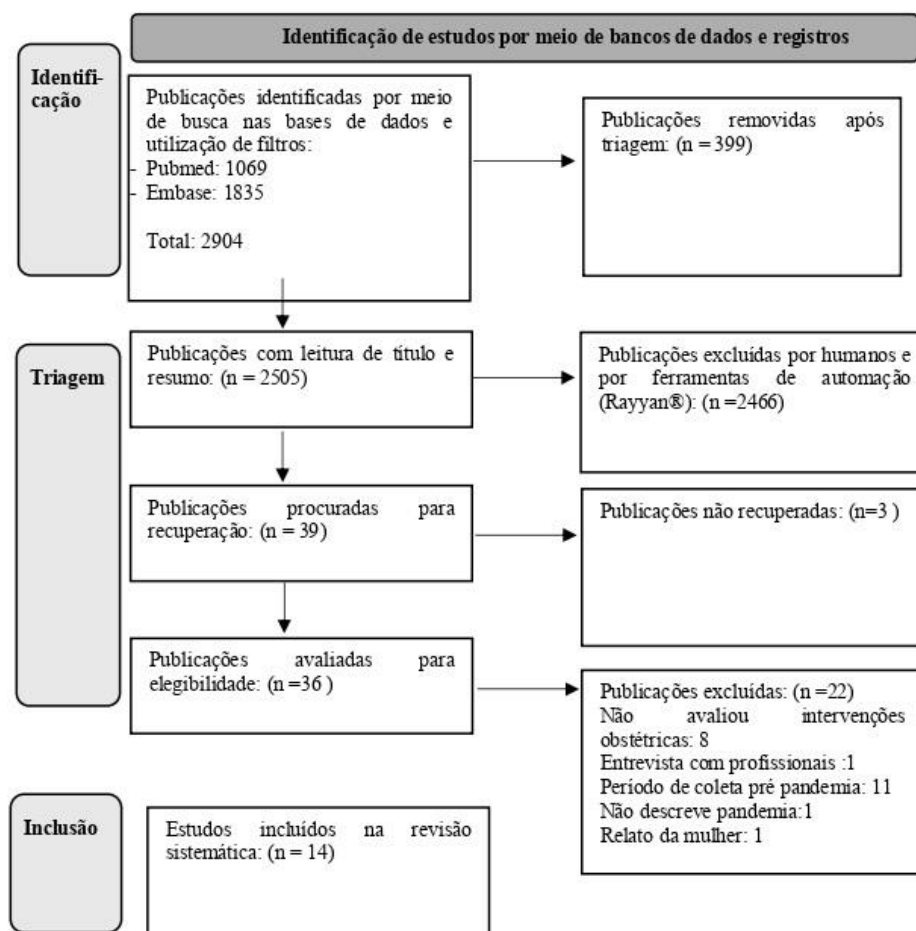
5. RESULTADOS

Esta seção também divide-se em duas etapas, cada uma apoiada em seus diferentes aspectos e nos objetivos específicos estudados nesta dissertação.

5.1 Etapa 1 - práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia da covid-19: Revisão sistemática da literatura

A estratégia de busca retomou 2.904 citações, das quais 399 foram excluídas por duplicidade. Assim, 2.106 títulos e resumos foram avaliados com o auxílio da ferramenta de automação Rayyan®. Após esta etapa, 36 estudos foram incluídos e submetidos à leitura do texto completo. Posteriormente, após a leitura, foram incluídos 14 estudos nesta revisão sistemática, os quais atenderam aos critérios de inclusão (Figura 3).

Figura 3 - Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Page *et al.*, 2021.

Em relação aos locais onde os estudos foram desenvolvidos, a Europa concentrou a maior parte (64%), seguido da Ásia (14%), América (14%) e África (7%). Observa-se que, em 50% dos artigos, foi realizada coleta por questionários online; em 42%, a coleta foi realizada em prontuários e 8% por meio de entrevista com as mulheres.

A maioria dos estudos que compõem a amostra foram estudos de coorte ou transversais. O objetivo, em sua maioria, era analisar o impacto da pandemia de covid-19 na assistência ao parto, nos resultados de parto e nascimento e nos resultados neonatais.

Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto a autoria, localidade, tamanho amostral e instrumento de coleta.

Autor	Ano	Localização	Desenho metodológico	Tamanho da amostra	Instrumento de coleta
Europa					
Costa <i>et al.</i>	2022	Portugal	Estudo transversal	1845 mulheres	Questionários semiestruturados online
Drandic <i>et al.</i>	2022	Eslovênia; Croácia; Bósnia; Sérvia	Estudo Transversal	4817 mulheres	Questionário online
Hidalgo <i>et al.</i>	2022	Espanha	Estudo de coorte	276 mulheres	Prontuários
Miani <i>et al.</i>	2022	Europa (Bósnia. Croácia, França, Itália, Luxemburgo, Romênia, Servia, Eslovênia, Espanha, Suíça, Suécia, Portugal, Noruega, Alemanha, Letônia).	Estudo transversal	27173 mulheres	Questionário online
Nedberg <i>et al.</i>	2022	Noruega	Estudo transversal	3326 mulheres	Questionário online
Pavlista	2022	República Tcheca	Coorte retrospectiva	872 partos	Prontuário eletrônico
Poskiene <i>et al.</i>	2023	Lituânia	Coorte retrospectiva	1185	Prontuário
Verhoeven <i>et al.</i>	2022	Holanda	Estudo descritivo	5913 mulheres	Registros eletrônicos
Wagner	2021	Áustria	Estudo de coorte	423.320	Prontuário
Ásia					
Chen <i>et al.</i>	2024	China	Estudo de Coorte	360 mulheres	Prontuário eletrônico
Mortazavi F.	2022	Irã	Estudo transversal	601 mulheres	Entrevista mulheres no pós-parto imediato
África					
Millimonou <i>et al.</i>	2023	Guiné	Estudo observacional	1298 mulheres	Prontuário eletrônico
Fors <i>et al.</i>	2023	Equador	Estudo transversal	1598 mulheres	Questionário online
América					
Menezes <i>et al.</i>	2023	Brasil	Estudo transversal	1532 mulheres	Prontuário hospitalar

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Foram analisadas as principais práticas obstétricas, sendo classificadas em práticas recomendadas e práticas não recomendadas durante o trabalho de parto, o parto e o nascimento.

Nas práticas recomendadas, os estudos citaram a presença de acompanhante em 60% dos artigos, descrevendo a permissão ou não do acompanhante durante a pandemia. A escolha de posição durante o parto foi citada em 20% dos estudos; o oferecimento de dieta foi descrito em apenas 6%; os métodos não farmacológicos para alívio da dor em 26,6%; o uso de analgesia em 46%; e, por fim, a liberdade de movimento em 13,3% dos estudos.

Em seguida, o estudo de Menezes *et al.* (2023) comparou o período antes e durante a pandemia, no qual foi observado um aumento na implementação de práticas recomendadas, que incluíram oferta de dieta alimentar com um aumento de 48% para 98%, métodos não farmacológicos para alívio da dor de 43% para 67%, e administração de analgesia de 14% para 29%.

Já nas práticas que não devem ser realizadas, a episiotomia foi citada em 80% dos estudos, a manobra de Kristeler em 26,6% dos estudos e o uso de enema em apenas um estudo, representando 6,6% da amostra. Ademais, o parto instrumental foi mencionado em 66,6% dos estudos, a tricotomia foi citada em 13,3% e o uso de amniotomia encontrou-se descrito em 33,3% dos estudos.

Cabe destacar que houve redução nas intervenções não recomendadas no período pré e pandemia, como: uso indevido de infusão de ocitocina de 45% para 28%, amniotomia de 30% para 15%, manobra de Kristeller de 15% para 0,94%, posição de litotomia durante o parto de 71,23% para 6,54% e uso rotineiro de episiotomia de 15% para 2% (Menezes *et al.*, 2023).

Ademais, no estudo de Fors *et al.* (2023), realizado no Equador, não houve diferenças significativas na frequência da Manobra de Kristeller (antes da covid-19: 27,8%; durante a covid-19: 22,4%) e na ruptura de membranas (antes da covid-19: 28,7%; durante a covid-19: 29,3%). Exame vaginal, enemas e tricotomia diminuíram significativamente durante a pandemia em mais de 10%, 20% e 25%, respectivamente. (Fors *et al.*, 2023).

Quanto à cesária, 73,3% dos estudos citaram sua utilização; já a indução ao parto foi descrita em 33,3% dos estudos. Em vários estudos desta revisão sistemática, foi observado que os impactos da pandemia no sistema de saúde não alteraram as taxas de cesarianas (Justman *et al.*, 2020; Ornaghi *et al.*, 2022; Parizek *et al.*, 2023; Nandi *et al.*, 2022; Verhoeven *et al.*, 2022).

Contraditoriamente, Hidalgo *et al.* (2022) relataram que a taxa de cesariana foi significativamente maior no período pandêmico, o que também coincidiu com um aumento no

uso de ocitocina intraparto. Entre as possíveis causas desse aumento, os autores citaram o fato de a cesariana ter sido considerada uma alternativa mais segura e rápida para proteger mãe e filho dos possíveis efeitos da infecção (Hidalgo *et al.*, 2022).

O Quadro 4 apresenta as principais práticas obstétricas, divididas por autor.

Quadro 4 - Autor/Prática Obstétrica descrita

	Episiotomia	Manobra de kristeler	Enema	Parto Instrumental	Cesária	Presença de acompanhante	Posição no parto	Oferecimento de dieta	Metódos para alívio da dor	Tricotomia	Uso de analgesia	Amniotomia	Liberdade de movimento	Indução ao parto com uso de medicação
Chen <i>et al.</i> , 2024	*			*										*
Costa <i>et al.</i> , 2022	*	*		*	*	*	*							
Drandic <i>et al.</i> , 2022,	*				*	*	*		*				*	
Fors <i>et al.</i> , 2023		*	*			*				*		*		
Hidalgo <i>et al.</i> , 2022	*			*	*				*		*	*		*
Menezes <i>et al.</i> , 2023	*	*				*	*	*	*	*	*	*	*	*
Miani <i>et al.</i> , 2022,	*			*	*	*						*		
Millimonou <i>et al.</i> , 2023	*			*	*									*
Mortazavi F, 2022	*			*	*	*					*			
Nedberg <i>et al.</i> , 2022	*	*		*	*	*			*			*		
Pavlista, 2022				*	*	*					*			
Poskiene <i>et al.</i> , 2023	*			*	*						*			*
Verhoeven <i>et al.</i> , 2022	*				*						*			
Wagner <i>et al.</i> , 2021	*			*	*	*					*			

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Com relação à avaliação da qualidade metodológica dos estudos, apenas três foram classificados com qualidade alta (21,4%), sete estudos tiveram a classificação média (50%) e quatro tiveram a classificação baixa (28,5%), conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Escala de Newcastle-Ottawa para análise da qualidade dos estudos.

Autor ano	Seleção (máximo 4 estrelas)	Comparab ilidade (máximo 2 estrelas)	Avaliaç ão dos resultados (máximo 3 estrelas)	Qualida de
Chen <i>et al.</i> , 2024	**	*	**	Baixa
Costa <i>et al.</i> , 2022	**	*	***	Média
Drandic <i>et al.</i> , 2022,	***	*	***	Alta
Fors <i>et al.</i> , 2023	**	*	**	Média
Hidalgo <i>et al.</i> , 2022	**	*	**	Média
Menezes <i>et al.</i> , 2023	***	*	***	Alta
Miani <i>et al.</i> , 2022,	****	*	***	Alta
Millimo <i>et al.</i> , 2023	**	*	**	Baixa
Mortazavi F. , 2022	**	*	*	Baixa
Nedberg <i>et al.</i> , 2022	***	*	**	Media
Pavlista, 2022	***	*	**	Média
Poskiene <i>et al.</i> , 2023.	***	*	**	Média
Verhoeven <i>et al.</i> , 2022	***	*	**	Média
Wagner <i>et al.</i> , 2021	***	*	**	Média

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

5.2 Etapa 2 - Avaliação dos perfis de intervenções obstétricas durante a pandemia da covid-19 em hospitais públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - Artigo 2.

Neste estudo, foram avaliadas 1.717 pacientes, sendo a mediana da idade de 31 anos (IIQ: 26 – 36). A escolaridade mais prevalente foi a de ensino médio completo (59,4%) e a cor da pele predominante autodeclarada foi a parda (57,2%). Por fim, 311

(64,8%) possuíam um trabalho remunerado e 34 (4,3%) apresentaram algum sinal ou sintoma da covid-19 (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil da amostra.

Variável	Mediana e IIQ*			
	31 (26 -36)			
Idade				
	n	%	IC 95%**	
Escolaridade				
Ensino superior	68	14,1	11,3	17,5
Ensino médio completo	285	59,3	54,9	63,6
Ensino fundamental completo	102	21,2	17,8	25,1
Educação primária completa	25	5,21	3,53	7,60
Cor da pele				
Branca	88	18,3	15,1	22,0
Preta	102	21,2	17,8	25,1
Parda	276	57,5	53,0	61,8
Amarela	12	2,5	1,4	4,3
Indígena	2	0,4	0,1	1,6
Trabalho remunerado				
Sim	311	64,7	60,3	68,9
Não	169	35,2	31,0	39,6
Suspeita ou confirmação de Covid				
Não	749	95,6	93,9	96,8
Sim	34	4,3	3,1	6,0

Notas: *IIQ = Intervalo interquartilico; **IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Em relação às variáveis gineco-obstétricas, 78,3% das mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natais, e 62,6% não eram primíparas. A mediana da idade gestacional do parto foi de 39 semanas. A maioria das mulheres teve acompanhamento da enfermagem obstétrica (91,8%), com acompanhante durante o parto com 90,4%, e o tipo de trabalho de parto mais observado na amostra foi o espontâneo (51,8%) (Tabela 2)

Tabela 2 - Caracterização das variáveis gineco-obstétricas.

Variável	n	%	IC 95%*	
Número de consultas pré-natal				
≥6	956	78,3	75,9	80,5
<6	264	21,6	19,4	24,0
Primigesta				
Sim	642	37,3	35,1	39,7
Não	1.075	62,6	60,2	64,8
Idade gestacional do parto**	39 (38 – 40)			

Presença do profissional Enfermeiro obstetra				
Não	104	8,18	6,79	9,82
Sim	1.167	91,8	90,1	93,2
Variável	n	%	IC 95%*	
Presença de acompanhante durante o parto				
Sim	1.259	90,4	88,7	91,8
Não	133	9,5	8,1	11,2
Trabalho de parto				
Espontâneo	746	51,8	49,2	54,4
Induzido sem sucesso	173	12,0	10,4	13,8
Induzido com sucesso	450	31,2	28,9	33,7
Não entrou em trabalho de parto	69	4,8	3,8	6,0

Notas: *IC 95% = Intervalo de confiança de 95%; ** Mediana e Intervalo interquartilico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas sobre as práticas obstétricas utilizadas durante o trabalho de parto e de nascimento. Em relação às práticas obstétricas consideradas úteis e que devem ser estimuladas, 98,8% tiveram oferecimento de dieta; 91,3%, liberdade de movimentação; 60,50%, uso de partograma durante o TP; e 66,3%, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

No que tange às práticas consideradas ineficazes e que devem ser eliminadas, enema foi observado em apenas 0,09% e tricotomia em 0,35%. Em relação à posição do parto, 7,91% pariram em posição de litotomia. A manobra de Kristeller foi utilizada em 0,67% das mulheres.

Quanto às práticas obstétricas, frequentemente usadas de modo inadequado, 8,5% receberam hidratação venosa; 28,3% tiveram infusão de ocitocina; 28,4% utilizaram analgesia durante o TP e o parto; 98,3% das mulheres não tiveram realização de episiotomia; e 62,6% não tiveram uso de acesso venoso periférico (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização das práticas obstétricas durante o trabalho de parto

Variável	n	%	IC 95%*	
Práticas obstétricas consideradas úteis e que devem ser estimuladas				
Oferta de dieta				
Não	14	1,1	0,6	1,9
Sim	1.176	98,8	98,0	99,3
Liberdade de movimentação e movimento				
Não	103	8,6	7,1	10,3
Sim	1.091	91,3	89,6	92,8
Uso de partograma				
Não	491	39,5	36,8	42,2
Sim	752	60,5	57,7	63,1

Métodos não farmacológicos para alívio da dor				
Não	406	33,6	30,9	36,3
Sim	802	66,3	63,6	69,0
Variável	n	%	IC 95%*	
Práticas obstétricas consideradas ineficazes e que devem ser eliminadas				
Enema				
Não	1.145	99,9	99,3	99,9
Sim	1	0,09	0,01	0,61
Tricotomia				
Não	1.149	99,6	99,0	99,8
Sim	4	0,3	0,1	0,9
Posição deitada de costas com as pernas levantadas no momento do parto				
Não	1.070	92	90,3	93,5
Sim	92	7,9	6,4	9,6
Manobra de Kristeller				
Não	1.186	99,3	98,6	99,6
Sim	8	0,6	0,3	1,3
Práticas obstétricas frequentemente usadas de modo inadequado				
Hidratação venosa				
Não	1.073	91,4	89,7	92,9
Sim	100	8,5	7,0	10,2
Infusão de ocitocina				
Não	881	71,5	68,9	74
Sim	350	28,4	25,9	31
Analgesia				
Não	887	71,5	69,0	74,0
Sim	352	28,4	25,9	30,9
Episiotomia				
Não	1.166	98,3	97,3	98,9
Sim	20	1,6	1,0	2,6
Acesso				
Não	720	62,6	59,7	65,3
Sim	430	37,3	34,6	40,2

Nota: *IC 95% = Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Os resultados da análise de componentes principais estão apresentados na Tabela 4. A partir do ponto de corte adotado, com base no *screen plot* para autovalores superiores a 1, foram extraídos três componentes, com uma variância total explicada de 47,73%. As variáveis “hidratação venosa, enema, tricotomia, manobra de Kristeller, aminiotomia e uso de fórceps”, por não atingirem cargas fatoriais satisfatórias, foram removidas do modelo

Assim, o componente 1 foi composto por mulheres que tiveram infusão de

ocitocina, fizeram uso de analgesia e acusaram a presença de acesso venoso periférico. O componente 2, por sua vez, foi constituído por mulheres que não fizeram uso de partograma, não receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor, tiveram seus filhos em posição de litotomia e sofreram episiotomia. Por fim, o componente 3 incluiu mulheres que tiveram oferta de dieta e liberdade de movimentação durante o TP e parto. A análise atingiu um KMO satisfatório (superior a 0,5).

Fatores com alta carga fatorial (superior a 0,30, com base no critério adotado) em mais de um componente foram considerados naquele componente com maior carga fatorial.

Tabela 4 - Cargas fatoriais dos componentes da análise de componentes principais.

Variável	Componente		
	1	2	3
Oferta de dieta			0,5150
Liberdade de movimentação e movimento			0,5762
Uso de partograma		-0,4753	
Métodos não farmacológicos para alívio da dor		-0,3943	
Posição deitada de costas com as pernas levantadas no momento do parto		0,5836	
Episiotomia		0,4399	
Infusão de ocitocina	0,5722		
Analgesia	0,5226		
Acesso venoso periférico	0,5291		
Autovalor	1,92	1,28	1,08
Variância explicada (%)	21,39	35,66	47,73
KMO	0,623		

Nota: Para facilitar a compreensão, foram eliminadas as cargas fatoriais inferiores a 0,3 e consideradas apenas a maior carga quando apareceram em dois componentes. KMO Kaiser-Mayer-Olkin

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

6. DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo demonstraram perfis divergentes de coexistência de intervenções obstétricas em mulheres com perfis obstétricos análogos. Tendo em vista que as mulheres vinculadas aos perfis formados tenderam a receber o mesmo conjunto de intervenções, é preciso, primeiramente, entender os benefícios e malefícios de cada intervenção, particularmente quanto à influência de sua coexistência nos resultados obtidos e como o contexto de pandemia pode ter impactado a mudança desses perfis identificados na análise dos resultados associado a dados da literatura atual.

Nesse sentido, o perfil sociodemográfico da população avaliada caracterizou-se por mulheres jovens, pardas, que possuem ensino fundamental completo e que trabalhavam fora durante o período da pandemia. Sua taxa de infecção foi considerada baixa, com suspeita ou infecção confirmada pela covid-19 de 2%. No entanto, esse percentual pode estar subestimado, pois no Brasil o número de testes de covid-19 era reduzido e havia uma demora importante na divulgação dos resultados. Os testes oferecidos demoravam, em média, sete dias úteis para a emissão do resultado, agravando as possibilidades de criticidade da doença e retardando a estratégia dos cuidados no momento certo. Esses eram problemas importantes de acesso ao atendimento adequado da covid-19 por gestantes e puérperas (Silva *et al.*, 2023).

Além disso, resultados desse estudo demonstraram idade média de 30,8 anos, que se equipara a estudo semelhante realizado na Alemanha, no qual a idade materna média das mulheres que pariram foi de 33 anos. Acrescenta-se que a idade em que as mulheres estão parindo nos últimos anos vem aumentando, e que a proporção de mulheres alemãs que pariram com mais de 35 anos cresceu 37%, em 2018 (Ratiu *et al.*, 2024).

O número médio de consultas pré-natais identificado neste estudo foi de 7,82, valor compatível com o recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza que gestantes com risco habitual realizem no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro), sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que até a 34ª semana sejam realizadas consultas mensais (Brasil, 2000).

A consulta de pré-natal é de extrema importância para informar às mulheres sobre o processo de trabalho de parto e de nascimento, devendo fornecer informações

que lhes permitam escolhas autônomas. No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a Rede Cegonha, pela proposição de ações estruturadas a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico, que se refere ao transporte sanitário e à regulação. Nessa conjuntura, o eixo pré-natal é ressaltado como elemento fundamental para a garantia do atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres (Brasil, 2011), incluindo os momentos epidemiológicos críticos, como o da covid-19.

O primeiro perfil de práticas obstétricas foi formado por intervenções frequentemente utilizadas de forma inadequada na assistência ao trabalho de parto, incluindo parturientes que tiveram infusão de ocitocina, uso de analgesia e punção de acesso venoso periférico e foram submetidas à episiotomia.

As intervenções realizadas durante a assistência ao trabalho de parto e nascimento devem ocorrer de forma criteriosa, em situações com indicação clínica de real necessidade. No entanto, tais intervenções ocorrem, muitas vezes, arbitrariamente, atingindo muitas mulheres que são assistidas nos hospitais do país, incluindo o uso indiscriminado de ocitocina (WHO, 2018). Ressalta-se que a ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, cuja ação é central no trabalho de parto, pois é responsável pelo estímulo das contrações uterinas (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018).

Embora a OMS não recomende esse método, compondo o grupo de práticas realizadas de forma inadequada na assistência obstétrica, a ocitocina sintética é rotineiramente utilizada em muitas maternidades brasileiras, com o objetivo de aumentar e acelerar as contrações (Nucci; Nakano; Teixeira, 2018). Os dados encontrados por este estudo revelaram o uso de ocitocina para 28,43% das mulheres assistidas nas instituições investigadas, valor considerável, mas abaixo da média nacional, de 40%, para administração entre as parturientes brasileiras (Leal *et al.*, 2014). A baixa proporção de infusão de ocitocina no nosso estudo pode-se dever ao fato das instituições em análise serem instituições em que a assistência ao trabalho de parto/parto já esteja seguindo modelos de assistência humanizada bem implantados.

A prática de indução ao parto apresentou aumento significativo durante o período da covid-19, segundo estudo de Millimonou *et al.* (2023). Esta pode ter sido uma prática intencional para acelerar o trabalho de parto e reduzir a quantidade de tempo que as mulheres permaneceram nas instalações, diminuir o medo das mulheres de infecção, evitar aglomerações e manter o distanciamento social em um contexto de falta

de espaço em maternidades lotadas (Millimonou *et al.*, 2023). Desse modo, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto também foi significativamente maior no período pandêmico do que no período pré-pandêmico (Hidalgo *et al.*, 2022).

A prática da episiotomia é uma intervenção obstétrica que consiste em realizar um corte na região perineal para ampliar a área de saída do bebê, acelerando, com isso, o processo de nascimento, não devendo ser utilizada de forma usual (WHO, 2018). Por constituir-se em um ato cirúrgico, o procedimento deve ser informado à mulher e autorizado por ela antes de sua realização, devendo ser apontados os possíveis riscos e benefícios. Esse tipo de intervenção vem sendo utilizada, muitas vezes, sem a prestação de informações adequadas às mulheres em grande parte das instituições brasileiras, apesar de sua recomendação ser para apenas 10 a 15% dos casos (Guimarães *et al.*, 2018). No entanto, esse estudo identificou que 1,69% das mulheres foram submetidas à episiotomia durante a assistência ao parto, desvelando, portanto, um cenário mais próximo à recomendação da OMS para que essa prática seja desestimulada (WHO, 2018).

Esta pesquisa encontrou que a punção venosa ocorreu em 37% das parturientes. Na maior parte dos casos, está associada ao uso de ocitocina sintética para indução, aceleração ou correção de alterações na evolução do trabalho de parto, sendo considerada, na maioria das vezes, uma intervenção desnecessária (Silveira *et al.*, 2022).

O segundo perfil levou em consideração o uso de práticas obstétricas evidentemente prejudiciais e que devem ser abolidas na assistência obstétrica, considerando mulheres que não utilizaram partograma, não receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor e que pariram na posição de litotomia.

Nesse contexto, o partograma é uma ferramenta desenvolvida para melhorar a comunicação entre mulheres e profissionais da saúde. Apurou-se que 60,50% das mulheres das instituições investigadas fizeram uso de partograma durante o trabalho de parto, percentual superior ao encontrado em estudo realizado por Gimeno *et al.* de 2021, que demonstrou a necessidade de melhorar a adesão ao uso do partograma na assistência obstétrica pelos profissionais de saúde. Destaca-se que o uso dessa ferramenta compõe o perfil das práticas que são úteis e beneficiam a mulher no processo de parto.

O uso de analgesia durante o processo de parto é comum e apresenta benefícios para a parturiente, tornando o processo de parir menos doloroso. Por isso, ainda que a analgesia seja caracterizada como prática utilizada de forma inadequada no parto

vaginal, sua utilização deve ser garantida e disponibilizada às mulheres que a requererem, com avaliação e monitoramento do bem-estar materno e fetal. Cabe lembrar que existem opções de analgesia local e métodos não farmacológicos para alívio da dor. Dessarte, um estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2019) revelou que a utilização de analgesia local foi menor em proporções de gestantes que tiveram o acompanhamento de profissionais da Enfermagem Obstétrica (Silva *et al.*, 2019).

Além disso, os métodos não farmacológicos são uma opção para substituir a analgesia durante o trabalho de parto e nascimento e para auxiliar as parturientes a lidar com suas queixas algicas (Mascarenhas *et al.*, 2019). Nesse estudo, os métodos não farmacológicos de alívio da dor foram utilizados por 66,39% das mulheres. Os mais utilizados foram avaliados com base na literatura: banho de chuveiro, banho de banheira, massagem e uso da bola, banquinho e cavalinho. Conforme trabalho realizado por Klein e Gouveia (2022), a maior parte das mulheres que utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor evoluiu para partos vaginais, contribuindo para a redução da ansiedade e da dor, fatores elencados como os grandes responsáveis pelo aumento do número de cesáreas eletivas (Mascarenhas *et al.*, 2019).

O terceiro perfil evidenciou práticas que são úteis e beneficiam a mulher no trabalho de parto, considerando parturientes que tiveram livre oferta de dieta e liberdade de movimento. Nessa pesquisa, 91,37% das mulheres tiveram liberdade de movimentação durante o processo de parturição. A liberdade de movimento durante o trabalho de parto auxilia na progressão do trabalho de parto, ajuda a enfrentar a dor e diminui o risco de episiotomia (Klein; Gouveia, 2022). Por isso, é indicada como prática obstétrica útil e que deve ser recomendada (WHO, 2018). Durante a pandemia, a maioria das posições de parto foi estimulada, dando preferência às verticalizadas. Porém, houve orientação de que o parto na água fosse evitado devido à presença de vírus nas fezes, com elevado potencial de contaminação (Amorim *et al.*, 2021).

A liberdade de movimento, por sua vez, foi descrita em apenas dois estudos analisados na revisão sistemática (Drandic *et al.*, 2022; Menezes *et al.*, 2023), o que demonstra uma fragilidade nos estudos, tendo em vista que a pandemia alterou o fluxo de atendimento e movimentação de pacientes. Portanto, a restrição de movimento pode ter sido imposta nesse período e não foi corretamente analisada.

Destaca-se, também, nesse estudo, o elevado percentual de 90,45% das mulheres com acompanhante durante o parto. Esse dado demonstra, no contexto da pandemia da covid-19, a garantia do direito das mulheres ao acompanhante, assegurado pela Lei

11.108/2005, que garante às parturientes a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, nascimento e puerpério em serviços de saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2005). Esse achado contradiz outros estudos, nos quais a presença de acompanhante foi negada à gestante, abrangendo, em média, 60% dos relatos (Costa *et al.*, 2022; Drandic *et al.*, 2022; Fors *et al.*, 2023; Miani *et al.*, 2022; Mortazavi; Mehrabadi, 2022).

O estudo de Pavlista (2022) evidenciou que a ausência de acompanhante no parto não teve efeito nas variáveis associadas ao trabalho de parto, concluindo que a ausência do pai ou acompanhante no nascimento não interferiu nos principais resultados perinatais. Essa informação apresenta-se como um retrocesso às práticas recomendadas pela OMS, já que a presença do acompanhante é direito da parturiente, previsto em lei conforme abordado anteriormente (Brasil, 2005)

O apoio contínuo proporcionado pelo acompanhante durante o trabalho de parto/parto atua como fator protetor à fisiologia do parto, ao favorecer a redução de intervenções e práticas danosas e agressivas em um momento em que a mulher e o recém-nascido encontram-se vulneráveis às intervenções obstétricas (Monguilhott *et al.*, 2018)

Ademais, a maioria das mulheres que compuseram esta pesquisa (91,82%) teve acompanhamento de profissionais da enfermagem obstétrica. Estudos demonstram a importância da presença da enfermeira obstetra para a diminuição de intervenções, haja vista que este tipo de profissional utiliza técnicas humanizadas para a condução de um parto respeitoso e focado no bem-estar do binômio mãe-filho. Nesse sentido, uma pesquisa realizada por Alves *et al.* (2019) apontou que os partos assistidos pela Enfermagem Obstétrica são dotados de maior quantidade de boas práticas, além de possuírem menos intervenções à fisiologia do parto e do nascimento, enfatizando, assim, a importância da atuação deste tipo de profissional no trabalho de parto e parto vaginal de risco habitual (Alves *et al.*, 2019).

É possível associar a importância da assistência das enfermeiras obstétricas com a garantia das intervenções obstétricas consideradas úteis, conforme identificado por este estudo, na alta proporção de uso do partograma, dos métodos não farmacológicos para alívio da dor e da liberdade de movimentação no trabalho de parto. Além disso, o cuidado ofertado por essas profissionais permitiu o enfrentamento ao emprego das práticas consideradas ineficazes, que medicalizam e patologizam o processo de nascimento, ainda que na pandemia de covid-19, o que foi evidenciado pelo baixo uso

da ocitocina e da episiotomia nos partos.

Em um contexto de potencial piora dos indicadores materno-infantis, devido à necessidade de reorganização das práticas de saúde nos serviços de atenção obstétrica, destaca-se a expressiva melhoria na redução de intervenções desnecessárias, como o uso de episiotomia, a manobra de Kristeller e a posição de litotomia, bem como o uso apropriado de tecnologias benéficas, como a presença de acompanhantes, a assistência por enfermeiras obstetras, a possibilidade de deambulação e a oferta de métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor (Leal *et al.*, 2019).

O período pandêmico trouxe várias mudanças na assistência à saúde, com as novas medidas de proteção para propagação do vírus, e isso pode ter afetado a assistência e a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e as mulheres. Em estudos realizados nesse período, as mulheres relataram que a comunicação dos profissionais de saúde foi parcialmente ou não eficaz, e que sentiram que nem sempre ou nunca estiveram envolvidas nas escolhas médicas, além de que nem sempre ou nunca foram tratadas com dignidade (Costa *et al.*, 2022; Drandic *et al.*, 2022; Miani *et al.*, 2022).

Essas mudanças no processo de assistência podem ter acarretado a violência obstétrica (VO) que, apesar de ainda não estar bem descrita na literatura, vem sendo caracterizada como qualquer agressão ou dano físico, verbal ou psicológico durante o período gravídico-puerperal (Campos *et al.*, 2020). A investigação sobre a prevalência da violência obstétrica tem implicações profundas para as iniciativas e políticas de saúde pública (Fors *et al.*, 2023).

Nesse aspecto, é importante caracterizar que a OMS define que qualquer procedimento médico ou cirúrgico realizado durante a gravidez, o parto ou o pós-parto, pode ser considerado uma violação aos direitos obstétricos. Entre essas intervenções, citamos: indução ao parto, episiotomia, cesária, parto instrumental com o uso de fórceps, analgesia e anestesia, entre outras intervenções (WHO, 2018).

É importante notar que a pandemia teve impactos significativos nos sistemas de saúde a nível mundial. Esses fatores destacam a necessidade de estratégias para enfrentar o medo de infecção em futuras pandemias e para garantir a prestação de cuidados de alta qualidade, seguros e compassivos às mulheres, promovendo o seu bem-estar físico e mental durante este período crítico (Fors *et al.*, 2023).

Após a análise realizada, fica evidente a necessidade de problematizar os critérios que são levados em consideração na organização e no planejamento de um

protocolo de atendimento para a situação do parto, nascimento e internação em situações pandêmicas. Isto se deve ao fato que foram encontradas contradições entre um protocolo de cuidados habituais e o protocolo de cuidados de saúde covid-19 (Fors *et al.*, 2023).

As estratégias de saúde pública podem concentrar-se na melhoria da formação dos prestadores de cuidados de saúde para promover cuidados respeitosos e empáticos, garantindo práticas de consentimento informado e implementando mecanismos robustos de notificação para abordar prontamente casos de violência obstétrica. Discutir esta questão não só melhora a qualidade dos cuidados prestados às grávidas, mas também promove uma perspectiva social mais saudável sobre o parto, promovendo a confiança nos sistemas de saúde. Em última análise, as implicações práticas desta investigação giram em torno da criação de experiências de parto mais seguras e compassivas, impactando, assim, positivamente os resultados de saúde pública tanto para as mães quanto para os bebês (Fors *et al.*, 2023).

Apesar do rigor metodológico adotado neste estudo e de resultados consonantes com a literatura publicada, há limitações que devem ser consideradas, citando-se o fato de a amostra não ser representativa da cidade de Belo Horizonte e da população brasileira, tendo em vista que foi realizada em hospitais da rede pública do município. Como é sabido, na rede privada o número de cesarianas é muito superior em comparação com o da rede pública. Ademais, os dados foram coletados em prontuários disponibilizados pelas instituições, com potencial perda de informações relevantes. Acrescenta-se que o estudo foi realizado em maternidades que adotam modelos de assistência aos partos já bem implantados, com atuação efetiva de profissionais enfermeiros obstétricos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa dissertação demonstraram a existência de distintos perfis de assistência ao parto nas instituições investigadas, que divergem quanto ao uso das boas práticas da assistência ao parto e ao nascimento, oscilando entre o respeito à fisiologia e à medicalização. Portanto, faz-se necessário melhorar a assistência ao trabalho de parto, ao parto e ao nascimento, visando à promoção da autonomia, do protagonismo e do bem-estar das mulheres.

Embora os resultados apontem avanços em direção à adesão a um modelo de assistência baseado em evidências científicas, ainda há necessidade de melhorias e aprimoramento nos cuidados a essas mulheres. Nesse sentido, as estratégias apontadas precisam ser melhoradas, como a implementação de novos currículos na formação profissional, principalmente de enfermeiros obstetras, e o monitoramento contínuo da assistência. Reforça-se, por fim, a necessidade de aprimorar a capacitação dos profissionais responsáveis por apoiar o parto, a fim de promover uma participação mais ativa da mulher, como agente principal de seu próprio cuidado, durante o processo de parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ALDERETE, G *et al.* Repercussões da pandemia da covid-19 na atenção à mulher no trabalho de parto e parto: estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, p. e86841, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.86841>.

ALMEIDA, Malena da Silva *et al.* A identidade da enfermagem obstétrica no centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0024pt>. Acesso em: 20 setembro 2024

ALMEIDA, Rebeca Aranha Arrais Santos *et al.* Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da Covid-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, e20220206, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GwSrKHnpCX9b7zWmXwkWHnq/?lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

ALVES, Rayssa Stéfani Sousa *et al.* Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e22910615523-e22910615523, 2021.

ALVES, Taynara Cassimiro de Moura *et al.* Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, ed. 4, p. 54-60, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/2210/605>. Acesso em: 21 fev. 2024.

AMORIM, Melania Maria Ramos *et al.* covid-19 e Gravidez. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 355-372, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HDsF4bR73c9h6Shr6g5BLHC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

BEHARRY, Ambika Koonj; PUN, Kit Fai. Managing innovation practices of SMEs in the Caribbean: An exploratory study. **First International Technology Management Conference**. IEEE, 2011, p. 324-328.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM**, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 142, n. 67, p. 1, 8 abril 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 20 fev. 2024

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 7 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2021/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19-3.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica No 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Infecção covid-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal [Internet]. 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/505116/>. Acesso em: 20 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica No 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da covid-19. [Internet]. 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf 13. Acesso em: 20 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso

em: 21 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.228**, de 1º de julho de 2022. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º jul. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985**, de 5 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. Revoga portarias no âmbito do Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria GM / MS nº 5.350 , de 12 de setembro de 2024 . Altera a Portaria de Consolidação GM / MS nº 3 , de 28 de setembro de 2017 , para dispor sobre a Rede Alyne . *Diário Oficial da União* : seção 1 , Brasília , DF , 13 set . 2024 Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. *Diário Oficial da União* : seção 1, Brasília, DF, 13 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à saúde**. Brasília, DF; 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024

BRASIL. **Ministério da Saúde. Rede Cegonha:** diretrizes para a organização da atenção à saúde materna e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à pandemia de Covid-19** [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas** – Elaboração de revisão sistemática e metanálise dos estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico [Internet] 1ª edição. Brasília, DF – 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/diretrizes_metodologias_estudos_observacionais.pdf Acesso em: 20 set 2020.

ÇALIK, Kıymet Yeşilçiçek; KARABULUTLU, Özlem; YAVUZ, Canan. First do no

harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: file:///C:/Users/mathe/Downloads/s12884-018-2054-0.pdf. Acesso em: 18 fev. 2024.

CAMPBELL, M. *et al.* Synthesis without meta-analysis (SWiM) in systematic reviews: reporting guideline. **BMJ**, v. 368, 16 jan. 2020.

CAMPOS, V.; MORAIS, A.; SOUZA, Z.; ARAÚJO, P. Práticas convencionais de parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. **Rev Baiana Enferm**, v. 34, n. e35453, 2020.

CHEN A, Acharya *et al.* Association of maternal SARS-CoV-2 infection at the time of admission for delivery with labor process and outcomes of vaginal birth: A cohort study. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 103, n. 1, p. 103-110. 2023.

CLESSE, Christophe *et al.* The evolution of birth medicalisation: A systematic review. **Midwifery**, v. 66, p. 161-167, 2018.

COSTA, Raquel *et al.* Regional differences in the quality of maternal and neonatal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: results from the IMAGiNE EURO study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 159, p. 137-153, 2022.

CZERESNIA, Ricardo Mamber *et al.* SARS-CoV-2 and pregnancy: a review of the facts. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 09, p. 562-568, 2020.

DE MENEZES, Fabiana Ramos *et al.* Influence of the COVID-19 pandemic on labor and childbirth care practices in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 91, 2023.

DE OLIVEIRA, Patricia Santos *et al.* Enfermeira obstetra e os fatores que influenciam o cuidado no processo de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20200200, 2021.

DRANDIĆ, Daniela *et al.* Women's perspectives on the quality of hospital maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: results from the IMAGiNE EURO study in Slovenia, Croatia, Serbia, and Bosnia-Herzegovina. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 159, p. 54-69, 2022.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros *et al.* Nurse-midwives reconfiguring care in the scope of labor and births in COVID-19 times. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. Suppl 1, p. e20200863, 2021.

FORS, Martha *et al.* Unveiling the intersection: exploring obstetric violence in the Era of COVID-19 in Ecuador. **BMC public health**, v. 23, n. 1, p. 2554, 2023.

GARCIA, Larissa Valenzuela; TELES, Jéssica Machado; BONILHA, Ana Lucia de

Lourenzi. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 7, supl., p. S356-S363, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2024.

GEBREHANA, Alemayehu Kasu *et al.* Quality intrapartum care and associated factors in East Africa: multilevel analysis of recent demographic and health survey. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 5, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1507224>. Acesso em: 8 jan. 2025.

GOLDEN, Shelley D.; EARP, Jo Anne L. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. **Health Education & Behavior**, v. 39, n. 3, p. 364-372, 2012.

GOVINDASWAMI, Balaji *et al.* Prevention of prematurity: advances and opportunities. **Clinics in Perinatology**, v. 45, n. 3, p. 579-595, 2018. DOI: 10.1016/j.clp.2018.05.013.

GUIMARÃES, Nadja Nayara Albuquerque *et al.* Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, ed. 4, p. 1046-53, 2018. DOI 10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/231010/28667/110430#:~:text=Conclusão%3A%20a%20literatura%20evidenciou%20que,rigi dez%20perineal%2C%20macrossomia%20e%20prematuridade>. Acesso em: 21 fev. 2024.

HIDALGO-Lopezosa *et al.* Vaginal birth after caesarean section before and during covid-19 pandemic. Factors associated with successful vaginal birth. **Women and Birth**. 2022.

HIGGINS, Julian *et al.* Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4 (updated August 2023). **Cochrane**, 2023. Available from www.training.cochrane.org/handbook.

HIGGINS, Julian; GREEN, Sally (ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. Versão 5.2.0. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd. 2017.

HONGYU, Kuang; SANDANIELO, Vera Lúcia Martins; DE OLIVEIRA JUNIOR, Gilmar Jorge. Análise de componentes principais: resumo teórico, aplicação e interpretação. **E&S Engineering and science**, v. 5, n. 1, p. 83-90, 2016. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/eng/article/view/3398/2744>. Acesso em: 25 fev. 2024

JUSTMAN, Naftali *et al.* Lockdown with a price: the impact of the COVID-19 pandemic on prenatal care and perinatal outcomes in a tertiary care center. **The Israel Medical Association journal: IMAJ**, v. 22, n. 9, p. 533-537, 2020.

KLEIN, Bruna Euzebio; GOUVEIA, Helga Geremias. Utilização de métodos não

farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300). Acesso em: 21 fev. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWfGd/>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MASCARENHAS, Victor Hugo Alves *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 350-357, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900048.

MEDINA, Edymara Tatagiba; MOUTA, Ricardo José Oliveira; CARMO, Cleber Nascimento do; THEME FILHA, Mariza Miranda; LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, e00160822, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822>. Acesso em: 20 dez. 2024.

MIANI, Céline *et al.* Individual and country-level variables associated with the medicalization of birth: multilevel analyses of imagine euro data from 15 countries in the who european region. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, v. 159, p. 9-21, 2022.

MILLIMOUNO, Tamba Mina *et al.* Effect of the COVID-19 pandemic on maternal and neonatal health services in three referral hospitals in Guinea: an interrupted time-series analysis. **Reproductive Health**, v. 20, n. 1, p. 50, 2023.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa *et al.* Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. **Revista de saude publica**, v. 24, n. 1, 2020. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052006258.

MONTESCHIO, Lorena Vicentine Coutinho *et al.* Complicações puerperais em um modelo medicalizado de assistência ao parto. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**. 2020 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/b77RGJ9LYF5hRNZ4C5kFnSK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2024.

MORTAZAVI F, Mehrabadi M. A cross-sectional study of low birth satisfaction among Iranian postpartum women during covid-19 epidemics' fifth wave. medRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory). 2022 Sep 9;

MORTELARO, Priscila Kiselar; CIRELLI, Jéssica Fernandes; NARCHI, Nadia Zanon; CAMPOS, Edemilson Antunes de. **Da Rede Cegonha à Rami: tensionado entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal.** Saúde

NANDI, Vitor Leonardo et al. Measurement of the prevalence of intervention/complication in puerperal women attending a university hospital during the pandemic of COVID-19 by the maternity safety thermometer. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 923-932, 2023.

NEDBERG, Ingvid Hersoug et al. Quality of health care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: Results from the IMAGiNE EURO study in Norway and trends over time. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 159, p. 85-96, 2022.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

ORNAGHI, Sara et al. Indirect impact of SARS-CoV-2 pandemic on pregnancy and childbirth outcomes: A nine-month long experience from a university center in Lombardy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 156, n. 3, p. 466-474, 2022.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, 2021.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 fev. 2024.

PAŘÍZEK, Antonín et al. Laboring alone: perinatal outcomes during childbirth without a birth partner or other companion during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2614, 2023.

PAVLISTA D. The effect of the absence of an accompanying person at birth on the basic perinatal outcomes — a randomized study during the lockdown in the COVID epidemic. **Ginekologia Polska**. 2022 Mar 24;

POŠKIENĖ, Ingrida *et al.* Outcomes of low-risk birth care during the Covid-19 pandemic: A cohort study from a tertiary care center in Lithuania. **Open Medicine**, v. 18, n. 1, p. 20230720, 2023.

RATIŮ, Dominik *et al.* Shifting Trends in Obstetrics: An 18-year Analysis of Low-risk Births at a German University Hospital. **In vivo**, v. 38, p. 390-398, 2024. Disponível em: <https://iv.iiajournals.org/content/invivo/38/1/390.full.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2024.

SANTOS, Maryelle Peres da Silva *et al.* Humanization of childbirth: challenges of the

Apice On Project. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1793-1802, 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2022.v27n5/1793-1802/en/>. Acesso em: 18 fev. 2024.

SCHRECK, Rafaela Siqueira Costa; DA SILVA, Kênia Lara. Ações de humanização das enfermeiras obstétricas mineiras: resistência e contraconduta à medicalização do parto. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/42252>. Acesso em: 21 fev. 2024.

SILVA, Michele Alves *et al.* Perfil de gravidade em gestantes e puérperas frente a covid-19. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 722-731, 2023. Disponível em: <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/781>. Acesso em : 18 fev, 2024.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues da *et al.* Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 235-242, 2019.

SILVEIRA, Nara Beatriz *et al.* Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e2611225319-e2611225319, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25319>. Acesso em: 21 fev. 2024.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; PRATA, Ana Paula. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, p. e20200551, 2020.

VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S49-S58, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nHsybvJMNbHThZpVnwrFwdw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2024.

VERHOEVEN, Corine JM *et al.* More home births during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. **Birth**, v. 49, n. 4, p. 792-804, 2022.

WAGNER, Michael *et al.* Perinatal and postpartum care during the COVID-19 pandemic: A nationwide cohort study. **Birth**, v. 49, n. 2, p. 243-252, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth**. Genebra: WHO. 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Acesso

em: 20 dez. 2021.

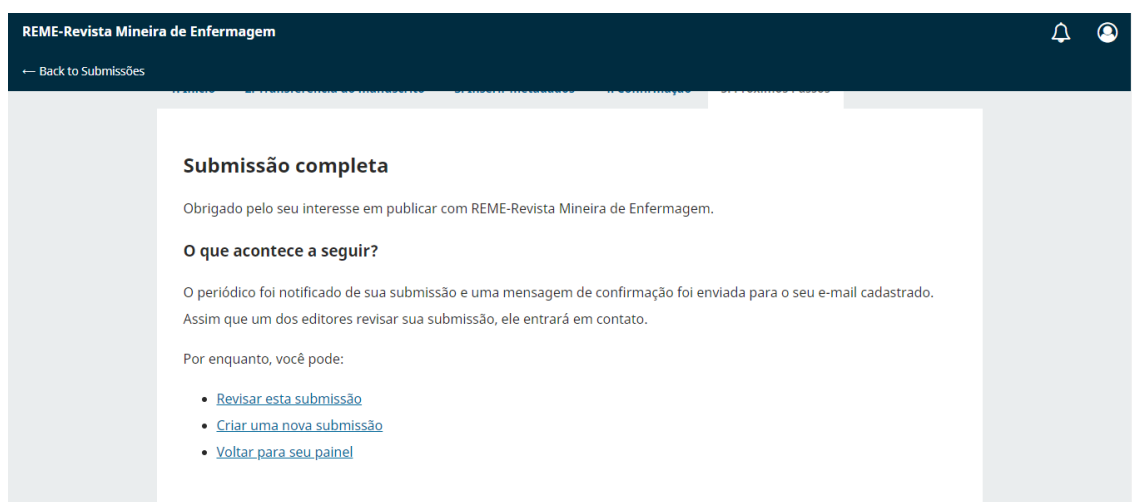
ZAIGHAM, Mehreen et al. Large gaps in the quality of healthcare experienced by Swedish mothers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study based on WHO standards. **Women and Birth**, v. 35, n. 6, p. 619-627, 2022.

ANEXOS

ANEXO A – PRODUTOS CIENTÍFICOS RELACIONADOS A ESTA DISSERTAÇÃO.

A publicação dos produtos desta dissertação em periódicos de elevado impacto traduz uma conquista que consolida a divulgação do conhecimento produzido, bem como elege a possibilidade de sua aplicação na prática. Espera-se que as publicações tenham impacto positivo para a Escola de Enfermagem da UFMG, no âmbito de seu Programa de Pós-graduação, e, sobretudo, nacional e internacionalmente.

- A) Artigo 1, EM PROCESSO DE SUBMISSÃO – Título: Práticas de assistência ao parto e nascimento durante a pandemia de covid-19: revisão sistemática da literatura.



- B) Artigo 2, ACEITO PARA A PUBLICAÇÃO – Título: Perfis de intervenções obstétricas durante a covid-19 e a defesa dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

29-Sep-2024

Prezado (a) Mr. .

Macie, Thalita Beatriz Santos; Abreu, Mery Natali Silva; Faria, Ana Paula Vieira; Schreck, Rafaela; Moreira, Carolina Machado; Manzo, Bruna Figueiredo; Silva, Thales Philipe Rodrigues da; Matozinhos, Fernanda Penido

É com imenso prazer que agradecemos a submissão do seu trabalho à REBEn. O manuscrito "PERFIS DE INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS DURANTE A COVID-19 E A DEFESA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL" foi oficialmente aceito para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem. Os comentários do(s) revisor(es) que revisaram seu manuscrito estão incluídos no rodapé deste documento. O escritório editorial entrará em contato, por ocasião da publicação, com as informações necessárias referentes a taxa de publicação, traduções e revisão.

Antecipamos aqui alguns pontos importantes para serem revisados na versão final do manuscrito:

1. Assegure-se de que seu artigo está em conformidade com as práticas de Ciência Aberta. Se você utilizou texto derivado de preprints para compor suas referências, avalie se esse preprint já foi publicado em formato de artigo. Se for o caso, substitua a referência ao preprint pela referência ao artigo completo com DOI.
2. Caso sua pesquisa tenha sido depositada em servidores preprints após a submissão à REBEn, é importante informar a esses servidores que seu trabalho foi aceito. Assim que for publicado, informe o DOI para uniformizar o preprint e a submissão, aumentando as chances de citações do seu paper.
3. A REBEn oferece a oportunidade de publicação GRATUITA de seu banco de dados no ScieloData. Estamos à disposição para auxiliá-los no processo.

ANEXO C - REGISTRO PROSPERO: REGISTRO DO ESTUDO NA PLATAFORMA PROSPERO DO ARTIGO: PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ID	Title	Status	Last edited
CRD42024509029	Context of the COVID 19 pandemic: analysis of birth care models in maternity hospitals in Belo Horizonte/Minas Gerais	Registered	09/02/2024 