

Enferm Bras. 2023;22(6):978-95

doi: [10.33233/eb.v22i6.5395](https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5395)

ARTIGO ORIGINAL

Assistência ao pré-parto e trabalho de parto frente à pandemia de COVID-19

Luana Aparecida Rodrigues¹, Laryssa de Col Dalazoana Baier¹, Ana Paula Xavier Ravelli², Suellen Vienscoski Skupien³, Caroline Gonçalves Pustiglione Campos⁴

¹Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), PR, Brasil

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

³Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Curitiba, PR, Brasil

⁴Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR Brasil

Recebido em: 14 de fevereiro de 2023; Aceito em: 12 de dezembro de 2023.

Correspondência: Luana Aparecida Rodrigues: lu-rodriques1915@hotmail.com

Como citar

Rodrigues LA, Baier LCD, Ravelli APX, Skupien SV, Campos CGP. Assistência ao pré-parto e trabalho de parto frente à pandemia de COVID-19. *Enferm Bras.* 2023;22(6):978-95. doi: [10.33233/eb.v22i6.5395](https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5395)

Resumo

Introdução: A pandemia de COVID-19 impactou a assistência ao parto, responsável por oferecer proteção ao binômio mãe-filho. **Objetivo:** Caracterizar a assistência prestada durante o pré-parto e trabalho de parto e a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudo multicêntrico, retrospectivo, quantitativo, realizado com 72 puérperas que tiveram seus filhos entre outubro e dezembro de 2021 em um Hospital Universitário Materno-Infantil da 3ª Regional de Saúde do Paraná. A coleta de dados se deu por meio telefônico, com aplicação de um questionário estruturante sobre o pré-natal, pré-parto, parto e nascimento durante a pandemia do COVID-19. **Resultados:** A amostra foi composta majoritariamente por mulheres brancas (75%), de idade média de 26 anos, com cônjuge (90,3%), ensino médio completo (35,6%), e renda familiar média de dois salários mínimos (28,9%). As medidas de prevenção contra a COVID-19 foram mantidas (95,8%), a estratificação de risco mais prevalente foi a habitual (63,4%), houve alimentação no trabalho de parto (37,5%), com presença do acompanhante (95,8%) e 50% relataram ter utilizado um ou mais métodos não farmacológicos. O tipo de parto

mais desejado foi o normal (70,8%), sendo que aquelas que utilizaram algum método evoluíram para tal (64,3%) ($p < 0,016$). *Conclusão:* A pandemia ocasionou diversas modificações na assistência ao pré-parto e trabalho de parto devido às adequações implementadas, que afetaram o cuidado ao binômio mãe-filho. A assistência deve considerar os aspectos biopsicossociais da parturiente, e os métodos não farmacológicos têm sua importância para redução da dor no trabalho de parto.

Palavras-chave: trabalho de parto; enfermagem; COVID-19; dor do parto.

Abstract

Pre-partum care and labor in light of the COVID-19 pandemic

Introduction: The COVID-19 pandemic has impacted childbirth care, which is responsible for offering protection to the mother-child binomial. *Objective:* To characterize the assistance provided during pre-delivery and labor and the use of non-pharmacological methods for pain relief during the COVID-19 pandemic. *Methods:* Multicenter, retrospective, quantitative study, carried out with 72 puerperal women who had children between October and December 2021 at a Maternal-Infant University Hospital of the 3rd Health Regional of Paraná. Data collection took place by telephone, with the application of a structuring questionnaire on prenatal care, pre-delivery, delivery, and birth during the COVID-19 pandemic. *Results:* The sample consisted mostly of white women (75%), with a mean age of 26 years, with a spouse (90.3%), high school education (35.6%), and an average family income of two minimum wages (28.9%). Preventive measures against COVID-19 were maintained (95.8%), the most prevalent risk stratification was the usual (63.4%), there was food during labor (37.5%), with the presence of the companion (95.8%) and 50% reported having used one or more non-pharmacological methods. The most desired type of delivery was normal (70.8%) and those who used some method evolved to this (64.3%) ($p < 0.016$). *Conclusion:* The pandemic caused several changes in pre-delivery and labor care due to the adjustments implemented, which affected the care of the mother-child binomial. Assistance should consider the parturient's biopsychosocial aspects, and non-pharmacological methods are important to reduce pain during labor.

Keywords: obstetric labor; nursing; COVID-19; labor pain.

Resumen

Atención preparto y trabajo de parto ante la pandemia del COVID-19

Introducción: La pandemia del COVID-19 ha impactado la atención del parto, la cual se encarga de brindar protección al binomio madre-hijo. *Objetivo:* Caracterizar la asistencia brindada durante el preparto y trabajo de parto y el uso de métodos no farmacológicos

para el alivio del dolor durante la pandemia de COVID-19. *Métodos:* Estudio multicéntrico, retrospectivo, cuantitativo, realizado con 72 puérperas que tuvieron hijos entre octubre y diciembre de 2021 en un Hospital Universitario Materno-Infantil de la 3ª Región Sanitaria de Paraná. La recolección de datos se realizó por vía telefónica, con la aplicación de un cuestionario estructurador sobre la atención prenatal, parto, parto y nacimiento durante la pandemia de COVID-19. *Resultados:* La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres blancas (75%), con edad promedio de 26 años, con cónyuge (90,3%), enseñanza media completa (35,6%) y renta familiar promedio de dos salarios mínimos (28,9%). Se mantuvieron las medidas preventivas frente al COVID-19 (95,8%), la estratificación de riesgo más prevalente fue la habitual (63,4%), hubo alimentación durante el trabajo de parto (37,5%), con presencia acompañante (95,8%) y el 50% refirió haber consumido uno o más métodos no farmacológicos. El tipo de parto más deseado fue el normal (70,8%) y las que utilizaron algún método evolucionaron a este (64,3%) ($p < 0,016$). *Conclusión:* La pandemia provocó varios cambios en la atención del parto debido a los ajustes implementados, lo que afectó la atención al binomio madre-hijo. La asistencia debe considerar los aspectos biopsicosociales de la parturienta, donde los métodos no farmacológicos son importantes para reducir el dolor durante el trabajo de parto.

Palabras-clave: trabajo de parto; enfermería; COVID-19; dolor de parto.

Introdução

O cenário pandêmico de COVID-19 tornou-se uma preocupante problemática visto sua rápida progressão trazendo desafios, principalmente, na assistência à saúde da população [1]. A COVID-19 é uma doença infecciosa que pode ocasionar diversos sintomas que se manifestam de forma leve, moderada ou grave e seu modo de transmissão se dá sobretudo pelo contato direto com um indivíduo contaminado, por aerossóis ou por gotículas através da tosse ou espirro [2,3]. Adotando-se medidas como o uso de máscara, distanciamento social, higiene das mãos, vacinação, desinfecção dos ambientes, isolamento em casos suspeitos ou confirmados, podem contribuir para a redução da transmissão de COVID-19 [4].

Diversas consequências são observadas especialmente nos grupos com maior vulnerabilidade, dentre eles as mulheres no ciclo gravídico consideradas grupo de risco [5]. A assistência prestada as mulheres devem-se basear em cuidados em todo o processo de parturição que respeitem os desejos, medos, anseios e seus limites [6], oportunizando vigor mental e físico que elevam as chances de um parto sem

intercorrências com positivas memórias e o profissional enfermeiro é o ponto determinante desses resultados [7].

No ano de 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu as boas práticas de parto e nascimento visando diminuir as ações intervencionistas desnecessárias, baseadas em evidências científicas e categorizadas. Na categoria A estão dispostas as práticas úteis que devem ser realizadas, dentre elas estão o uso de métodos não farmacológicos, liberdade de posição, oferta de alimentos, entre outras [8,9].

O emprego dos métodos não farmacológicos para alívio da dor proporciona maior segurança e diminuem o número de intervenções desnecessárias a essa mulher [10]. Executadas grande parte pelos enfermeiros, as técnicas como o banho, uso da bola suíça, a massagem, musicoterapia são métodos eficazes para amenizar a dor do trabalho de parto, além disso, a presença de um acompanhante (direito previsto em lei, número 11.108/ 2005) [11] fornece a essa mulher segurança e apoio, a livre escolha de posição para parir e a ingesta alimentar também são garantidos proporcionando maior conforto a essa mulher [12].

No contexto da pandemia, houve necessidade de reorganizar a assistência prestada com intuito de que o binômio mãe-filho não fossem afetados diretamente, oportunizando maior bem-estar e acolhimento nesse período [13]. Para tal, os serviços especializados, como os obstétricos, necessitam encontrar-se capacitados para prestar assistência e adotar condutas frente a casos de COVID-19 nas mulheres acompanhadas [13].

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a assistência prestada durante o pré-parto e trabalho de parto e a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante a pandemia de COVID-19.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa multicêntrica do tipo quantitativa (1ª etapa) e qualitativa (2ª etapa) desenvolvidas nos municípios de cinco regionais de saúde (RS) do estado do Paraná: 3ª RS de Ponta Grossa, 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel, 15ª RS de Maringá e 17ª RS de Londrina, para analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança em época de pandemia do novo coronavírus. Salienta-se que esta pesquisa foi realizada no município de Ponta Grossa, abrangendo a terceira regional de saúde do estado.

Este estudo abordou a primeira etapa da pesquisa, por meio de busca das informações disponibilizadas em documentos tais como: prontuário da maternidade,

Carteira de Saúde da Gestante e Carteira de Saúde da Criança, bem como entrevista via telefone com a mulher/usuária para identificar elementos da assistência pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança durante a vigência da pandemia de COVID-19.

As entrevistas aconteceram nos meses de março a junho do corrente ano, porém com levantamento dos dados retrospectivos, ou seja, com a mulher/usuária que teve seus filhos nos meses de outubro de 2021, conforme instrução da coordenação da pesquisa. Isso se deu porque o estudo tem duas etapas, no qual contam-se seis meses a partir da data do parto para o início da segunda etapa.

Assim, a 1ª etapa aconteceu via telefone mediante questionário estruturante sobre o pré-natal, pré-parto, parto e nascimento durante a pandemia de COVID-19. A construção do instrumento de coleta de dados contempla a caracterização socioeconômica e demográfica das mulheres/usuárias e criança, assim como: a) caracterização das mulheres; b) caracterização dos recém-nascidos; c) dados relativos ao pré-natal, parto e nascimento; d) puerpério e atenção integral à saúde da criança.

Destaca-se ainda que a população do estudo foi constituída a partir de cálculo amostral enviado pela coordenação do estudo para cada regional participante abrangendo a maternidade de referência para o parto da 3ª RS, que atende o Risco Habitual ou Risco Intermediário atendidas exclusivamente pelo SUS, no intuito de verificar a assistência pré-natal e o segmento na Atenção Primária de Saúde.

Foi realizado o cálculo amostral em cada tipo de hospital com maternidade em cada uma das cinco RS com base no número de partos do ano de 2015, considerando N tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra; n° primeira aproximação para o tamanho da amostra; EO (Erro Amostral) tolerável. Assim, a 3ª RS obteve o n = 432 mulheres, porém, mediante às dificuldades encontradas com as entrevistas via telefone celular, este estudo foi desenvolvido com n=72 mulheres.

Destaca-se que a margem de erro foi de 5%, um nível de confiança de 95%, mas por se tratar de um estudo de seguimento e que podem ocorrer perdas ao longo do período de investigação por mudança de endereço ou número telefônico e desistência da participação da pesquisa por parte das mulheres, definiu-se um acréscimo de 10% como margem de segurança para atender o número amostral.

Os critérios de inclusão foram: terem realizado o parto nos hospitais/maternidades em estudo durante a vigência da pandemia de COVID-19, aceitarem participar da pesquisa, residirem na área urbana e nos municípios das respectivas RS, neste estudo a terceira regional, bem como não apresentarem nenhum tipo de agravo e/ou problema de saúde que possa impedir sua participação.

A coleta de dados se deu mediante o aceite das participantes, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A referida pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas regulamentares com pesquisa com seres humanos, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, autorizada pelas Diretorias dos Hospitais com Maternidade das quatro Regionais de Saúde e analisada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (4.736.260) para sua aprovação.

Os dados obtidos foram organizados em planilha do Excel e a análise estatística descritiva dos dados numéricos, média e desvio-padrão, realizada por meio do software PSPP versão 1.4.2-g3990e1. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, considerando Médias aritméticas, Desvios Padrões e correlação de Pearson entre as variáveis.

Resultados

A amostra foi constituída por 72 mulheres residentes do Município de Ponta Grossa, Paraná, atendidas em um Hospital Universitário dos Campos Gerais. A média de idade das participantes foi de 26 anos com um desvio padrão de 4,98 (idade mínima 18 e máxima 38 anos). A raça referida prevalente foi a branca (n = 54, 75%). Com relação ao estado civil, a grande maioria apresentava um companheiro (n = 65, 90,3%), verificou-se que a maior parcela das mulheres tinha como nível de escolaridade o Ensino médio completo (n = 26, 35,6%). A renda familiar foi em média cerca de até dois salários mínimos (n = 21, 28,9%) (Tabela I).

A respeito da assistência prestada no trabalho de parto e parto, as medidas de prevenção contra a COVID-19 que foram adotadas nesse período obtiveram os seguintes resultados: distanciamento social (n = 55, 76,4%), uso de máscara (n = 56, 80,6%), etiqueta respiratória (n = 54, 75%) e higiene das mãos (n = 57, 79,2%). Ainda, das participantes, três (4,2%) relataram que nenhuma medida preventiva foi praticada.

Relacionado a estratificação de risco gestacional na admissão, 45 (63,4%) foram classificadas como risco Habitual, 14 (19,7%) como risco Intermediário, 5 (7,0%) como Alto Risco e 7 (9,9%) não havia registro em prontuário. No momento que foram questionadas se haviam se alimentado durante o trabalho de parto, 27 (37,5%) responderam que se alimentaram, já 45 (62,5%) não se alimentaram. O acompanhante esteve presente juntamente com a parturiente em 69 (95,8%) dos partos, visto que a instituição permitia a presença, já 1 (01,4%) mulher não teve a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto e 2 (02,8%) não informaram.

Tabela I - Perfil sociodemográfico de mulheres assistidas durante o pré-parto, parto e puerpério. Ponta Grossa, Paraná. 2023. (n=72)

| Variáveis | n | % |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| Idade | | |
| 18-22 anos | 23 | 31,9 |
| 23-27 anos | 28 | 38,9 |
| 28-32 anos | 13 | 18,1 |
| 33-38 anos | 08 | 11,1 |
| Raça | | |
| Branca | 54 | 75,0 |
| Negra | 02 | 02,8 |
| Indígena | 01 | 01,4 |
| Parda | 14 | 19,4 |
| Não informada | 01 | 01,4 |
| Situação conjugal | | |
| Com cônjuge | 65 | 90,3 |
| Sem cônjuge | 07 | 09,7 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto | 08 | 11,1 |
| Ensino fundamental completo | 08 | 11,1 |
| Ensino médio incompleto | 12 | 16,7 |
| Ensino médio completo | 26 | 36,1 |
| Ensino superior incompleto | 04 | 05,6 |
| Ensino superior completo | 07 | 09,7 |
| Não informado | 07 | 09,7 |
| Renda | | |
| Até 1/2 salário mínimo | 03 | 04,2 |
| Entre 1/2 e 1 salário mínimo | 09 | 12,3 |
| Entre 1 e 2 salários mínimos | 21 | 28,8 |
| Entre 2 e 3 salários mínimos | 15 | 20,5 |
| Entre 3 e 4 salários mínimos | 05 | 06,8 |
| Entre 4 e 5 salários mínimos | 07 | 09,6 |
| Não informado | 12 | 16,4 |
| Auxílio financeiro do governo | | |
| Não | 46 | 63,9 |
| Sim | 25 | 34,7 |
| Não informado | 01 | 01,4 |
| Total | 72 | 100 |

Durante a condução do parto, no que diz respeito à oferta da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, dentre as parturientes, 50% realizaram um ou mais métodos não farmacológicos, 47,2% não praticaram nenhum método e 2,8% não informaram. Dentre as mulheres que utilizaram algum método não farmacológico, houve predominância do banho de relaxamento (42,2%), em contraste à aromaterapia, método empregado com menor frequência no estudo (1,4%) (Figura I).

Ao caracterizar o tipo de parto desejado pela mulher, 51 (70,8%) tinham como opção o parto normal, 20 (27,8%) desejavam cesárea e 1 (1,4%) não informou. Ao contrastar o tipo de parto desejado e o realizado, observou-se que foram feitos menos partos normais do que esperado pelas parturientes (n = 42, 58,3%) enquanto os índices de cesárea foram mais elevados do que o desejado (n = 30, 41,7%) por desejo materno súbito ou indicação obstétrica.

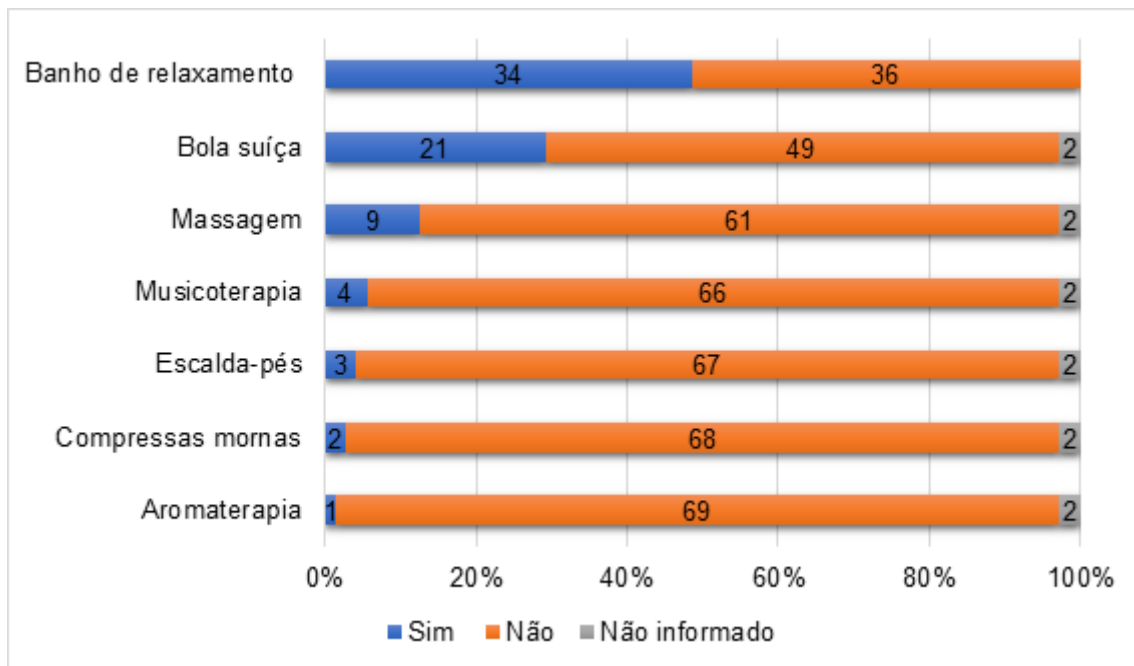


Figura I - Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto. Ponta Grossa, Paraná. 2023. (n = 72)

Ao correlacionar a oferta dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto e o tipo de parto realizado, grande parcela das mulheres que realizaram um ou mais tipos de métodos evoluíram para parto normal 27 (64,3%), enquanto apenas 9 (30,0%) parturientes que informaram ter realizado algum método não farmacológico evoluíram para parto cesáreo. Dessa forma, identificou-se que a utilização dos métodos favoreceu o parto normal ao parto cesáreo nas parturientes do estudo ($p < 0,016$) (Tabela II).

Tabela II - Associação entre utilização de métodos não farmacológicos e tipo de parto realizado. Ponta Grossa, Paraná. 2023. (n = 72)

| Tipo de parto | Utilizou método não farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto? | | | Total n (%) | p-valor |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|----------------|---------|
| | Sim n (%) | Não n (%) | Não informado n (%) | | |
| Normal | 27 (64,3) | 14 (33,3) | 01 (02,4) | 42 (58,3) | 0,016 |
| Cesárea | 09 (30,0) | 20 (66,7) | 01 (03,3) | 30 (41,7) | |
| Total | 36 (50,0) | 34 (47,2) | 02 (02,8) | 72 (100) | |

Discussão

O período gestacional traz consigo mudanças significativas e singulares à cada mulher, estas, exteriorizadas também no momento do acolhimento para o parto. As modificações físicas, sentimentais como o medo, anseios, incertezas, as imaginações, a busca por respostas e a inquietação sobre seu corpo se fazem muito presentes nesse momento [14].

No processo de parturição estão abrangidos e considerados os aspectos socioeconômicos, socioculturais e biológicos nos quais cada mulher apresenta suas particularidades e a assistência prestada deve considerá-las, só assim cada uma será envolvida ativamente no seguimento de seu parto [15].

O parto realizado em ambiente hospitalar contribuiu para a diminuição das taxas de morbimortalidade neonatal e materna, contudo o protagonismo da mulher passou a ser ocultado e as ações de intervenção muitas vezes desnecessárias durante o parto se acentuaram. Quando o modelo humanístico de atenção ao parto e nascimento foi adotado, as taxas supracitadas também continuaram em redução, mas, além disso, considerou-se o protagonismo da mulher no processo de parir [16].

Nessa perspectiva de humanização, por meio da portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde, foram estabelecidas as diretrizes de auxílio a mulher gestante por meio da Rede Cegonha, que determina que as práticas de parto e nascimento sejam asseguradas e seguras [17]. As principais ações preconizadas pela Rede Cegonha durante o parto e nascimento foram o acolhimento com classificação de risco, permanência de acompanhante em todos os momentos, utilização das boas práticas, consulta no puerpério e visita da equipe de saúde no hospital atuantes de maneira horizontal na assistência obstétrica [17,18].

O Ministério da Saúde [16] desenvolveu uma Diretriz Nacional de assistência ao Parto Normal, e explicitou recomendações a serem executadas no momento da assistência ao parto, como: informações de local do parto, profissionais assistentes no parto, comunicação e estabelecimento de confiança entre profissionais e mulher, fornecer apoio emocional e físico, ingestão hídrica e alimentos, avaliação fetal, considerar crenças, utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor como banho de aspersão/imersão, massagem, acupuntura, musicoterapia e hipnoterapia [16].

O cenário pandêmico culminou em modificações no cuidado assistencial dentro dos serviços obstétricos, devendo contar com profissionais capacitados para adotar condutas com as parturientes frente à pandemia, com suspeita ou infecção confirmada trazendo novas configurações das boas práticas durante o parto focadas na proteção do binômio mãe-bebê [18].

Considerando os aspectos instituídos pela Rede Cegonha, a correta estratificação de risco gestacional é de extrema importância para redução de morbimortalidades e deve ser realizada e registrada desde o pré-natal até o momento da admissão para o parto garantindo atenção adequada ao binômio, onde o enfermeiro tem responsabilidade de realizar durante as consultas de pré-natal e no ambiente obstétrico [19]. No estudo de Carneiro *et al.* [20], desenvolvido no estado do Paraná considerando a 9ª regional de Saúde com uma amostra composta por 397 mulheres

atendidas em uma maternidade, apenas 30 (7,6%) não apresentavam classificação de risco gestacional, 242 (60,9%) foram estratificadas em risco habitual, 50 (12,6%) risco intermediário e 75 (18,9%) como alto risco, corroborando os expostos do atual estudo, no que diz respeito a baixos índices de ausência de estratificação e maior índice de mulheres estratificadas como risco habitual.

A estratificação de risco durante a pandemia deve-se basear em vulnerabilidades que essa gestante possa apresentar se houver a infecção pelo coronavírus, visto que quando há infecção elevam-se as chances de pré-eclâmpsia, mortalidade da mãe, maior encaminhamento para unidade de terapia intensiva (UTI), partos prematuros e morbidade do neonato [21].

A evolução do trabalho de parto ocorre de maneira distinta para cada parturiente, podendo prolongar-se por muitas horas acarretando a mulher cansaço e redução energética, por isso permitir a alimentação nesse período traz benefícios como reposição de energia e maior conforto [16]. Estudos apontam que o fato de se alimentar durante o trabalho de parto contribui para maior ocorrência de náuseas e êmese, enquanto outros autores explicitaram que as presenças dessas alterações não estão ligadas à alimentação ou ausência dela no trabalho de parto, sendo recomendada a ingestão alimentar [16,22].

A presença do acompanhante com a mulher no processo de parir é direito assegurada por lei. A parturiente tem livre escolha de quem irá acompanhá-la, elevando as chances de melhor condução do parto, fortalecendo a segurança proporcionando suporte emocional, diminuindo o tempo de trabalho de parto e redução dos índices de cesárea [8,23].

No presente estudo o acompanhante esteve participante em quase todos os partos (95,8%), uma vez que a instituição permitia a presença e apresentavam algum tipo de vínculo fortemente estabelecido com a mulher. Em casos positivos de COVID-19 na parturiente, o acompanhante ainda assim poderá estar presente desde que não haja troca de acompanhante e não ser pertencente a grupos de risco [24].

Considerada fisiológica, a dor do trabalho de parto é experimentada de forma única para cada mulher. Preparar, por meio de cuidados, a parturiente é uma responsabilidade do profissional da saúde e para que ela possa suportar a sensação dolorosa a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor é essencial [25]. Em casos em que a parturiente participa ativamente, os resultados se mostram favoráveis, com melhorias na assistência e na evolução do parto conforme respostas corporais decorrentes do uso dos métodos [25]. No estudo desenvolvido por Palharini *et al.* [25], os principais métodos são o banho de imersão, acupuntura, massagem, técnicas de relaxamento, aromaterapia e musicoterapia.

Um estudo foi realizado com intuito de avaliar a utilização de métodos não farmacológicos bem como a motivação e satisfação em utilizá-los, praticado em uma unidade de internação obstétrica [26]. O uso dos métodos não farmacológicos foi elevado: na amostra formada por 586 mulheres, cerca de 457 (77,9%) das puérperas relataram ter feito uso de algum método no trabalho de parto, e os principais métodos conhecidos por elas foram o banho (83,1%), a deambulação (81,4%) [26]. Já os resultados de satisfação obtiveram nota máxima (10 pontos) para 150 mulheres (32,8%) [26].

Diferentes estudos demonstraram que as mulheres fizeram uso de um ou mais métodos. O banho de aspersão/imersão foi o mais utilizado, ficando em primeiro e terceiro lugar em dois estudos [26,27], corroborando o atual estudo, cujo principal método utilizado foi o banho de relaxamento, seguido do uso da bola suíça. Dentre as parturientes que realizaram os métodos não farmacológicos, grande parcela utilizou mais de um método para alívio da dor no trabalho de parto.

O banho de relaxamento deve ser recomendado rotineiramente, pois auxilia na vasodilatação e melhora de fluxo sanguíneo propiciando relaxamento muscular e redução do cortisol e conseqüentemente da dor [28]. Recomenda-se que no banho a água esteja com temperatura entre 37-38°C e que a duração seja de, no mínimo, 20 minutos [27].

A combinação da bola suíça com o banho de aspersão contribui para reduzir significativamente a dor e conseqüentemente ansiedade da mulher, com redução dos índices de analgesia e tempo de trabalho de parto em cerca de 41,18 minutos quando em uso do banho e 76,16 minutos em uso da bola [29].

A massagem, por sua vez, realiza papel analgésico estabelecendo equilíbrio e estabilizando emoções, reduzindo a dor lombar sobretudo na primeira fase do trabalho de parto e contribuindo para redução dos níveis de estresse, além de aumentar o fluxo sanguíneo, oxigenação tecidual e reduzir a ansiedade [27]. Embora apresente diversos benefícios, essa técnica foi pouco relatada pelas parturientes.

A aromaterapia auxilia no controle da frequência cardíaca e respiratória e na redução do estresse, podendo ser aplicada em diversos momentos do parto [30]. Considerada uma prática complementar integrativa (PIC), eleva o bem-estar da mulher, apresentando-se como uma opção de baixo custo [30]. Estudo abordou a utilização da aromaterapia através da inalação de óleos essenciais, realizado por enfermeiros obstetras, com repercussões positivas na redução de dor no trabalho de parto [32]. Esta prática, considerada de fácil realização, foi a que obteve menores índices de utilização no atual estudo.

Utilizada pelos feridos na guerra da Criméia através da precursora da enfermagem Florence Nightingale, considerada também uma PIC, de baixo custo, a musicoterapia age no propósito de romper o ciclo medo, tensão e dor, com elevação dos níveis de dopamina e redução do cortisol, causa o relaxamento e consequentemente reduz a dor, melhorando a experiência do parto [32]. Um estudo buscou identificar a utilização da musicoterapia para alívio da dor com 9 mulheres, 5 delas relataram muitos benefícios como melhor controle na respiração, distração, redução estresse frente a dor [32]. O atual estudo contou com resultados baixos de utilização da musicoterapia como método não farmacológico.

O termo “escalda-pés” designa uma PIC com um conjunto de técnicas associadas como a utilização de plantas medicinais, óleos essenciais e aromaterapia que o compõem, consistindo em um método de relaxamento em que os pés ficam mergulhados em óleos, plantas por no mínimo 15 minutos, associando com a massagem nos pés os pontos de reflexo são atingidos, trazendo relaxamento instantâneo [33]. Assim como a musicoterapia, poucas mulheres utilizaram este método no presente estudo.

As aplicações de compressas mornas durante o trabalho de parto auxiliam para aumentar a vasodilatação e fluxo de sangue, relaxamento muscular e analgesia em decorrência da elevação dos níveis de endorfina através da utilização de compressas úmidas com temperatura de 45°C em região de sacro e períneo e os resultados foram significativos na redução da dor [33]. No presente estudo houve baixas taxas de emprego das compressas durante o trabalho de parto.

Estudos realizados durante a pandemia de COVID-19 relatam que os usos dos métodos não farmacológicos para alívio da dor devem continuar a ser oferecidos às mulheres, mas de maneira individualizada, em especial, o banho de aspersão é muito aconselhável para redução da dor no trabalho de parto [34].

Reconhece-se que decidir o tipo de parto ao qual se deseja criar em cada mulher diversas expectativas em relação ao nascimento de seu filho, refletindo ao final as lembranças e sensações associadas a como se sucedeu o parto [35]. Em estudo com 35 gestantes quando questionadas sobre a escolha do tipo de parto, 26 (83,9%) tinham como escolha o parto normal e as demais mulheres o parto cesáreo e a principal justificativa foi por medo da dor [35] convergindo com os resultados do presente estudo, em que a maioria das mulheres tinha como escolha o parto normal.

O cenário de pandemia pode ter contribuído para a elevação de partos do tipo cesárea. Um estudo multicêntrico contou com a participação de 221 mulheres, e destas, 156 estavam gestando e 65 eram puérperas. A partir de tal, a pesquisa investigou como havia sido ou seria o parto dessas mulheres: quando questionadas sobre o tipo de parto,

cerca de 5% relataram que o médico indicou cesárea tendo como justificativa a pandemia, mesmo sem a mulher estar contaminada [36]. O cenário pandêmico influenciou equivocadamente a elevação da escolha pela realização de cesáreas, visto que não há prejuízos no parto vaginal em mulher infectadas ou não por COVID-19 [36].

Os resultados obtidos sobre o tipo de parto realizado, no presente estudo, evidenciaram que o parto cesáreo foi realizado com maior frequência do que o desejado pelas parturientes da amostra quando indagadas sobre qual tipo de parto desejavam realizar.

Quando os métodos não farmacológicos para alívio da dor são utilizados pela equipe/acompanhante, estes estão associados a elevação de partos naturais com início de trabalho de parto espontâneo com mais tranquilidade, principalmente quando desenvolvidos por profissionais da Enfermagem [26-28]. Os dados alcançados no estudo atual mostram uma associação, já que mulheres que realizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor acabaram evoluindo para parto normal e poucas evoluíram para cesárea indicando que a utilização dos métodos contribuiu para elevação dos índices de partos normais nas mulheres da amostra.

Corroborando os achados, estudo desenvolvido em um hospital de Belo Horizonte, nos anos de 2015 até 2018, contou com uma amostra de 9.489 mulheres e evidenciou que a realização dos métodos não farmacológicos pode estar diretamente associada ao tipo de parto realizado, revelando que das 4.383 (100%) mulheres que utilizaram algum tipo de método não farmacológico, 3.730 (85,1%) evoluíram para parto normal enquanto apenas 653 (14,9%) evoluíram para parto cesárea, validando que houve associação entre a utilização de métodos não farmacológicos com números mais altos de parto normal [37].

Em concordância com os cuidados assistenciais evidenciados acima, um estudo apresentou que os cuidados prestados pela Enfermagem durante a assistência ao parto e nascimento vigentes na pandemia devem basear-se na realização de triagem respiratória para o vírus classificando o risco dessa mulher, utilização rigorosa de máscara, realizar o acolhimento e apoio a parturiente, distanciamento entre os leitos quando não houver quartos individuais, uso de álcool em gel, utilização dos métodos não farmacológicos exceto o banho de imersão em banheira, adequação do plano de parto respeitando o direito da mulher e encorajar participação do acompanhante em todo momento de trabalho de parto e nascimento [38]. Conforme evidenciado no estudo, foram mantidas em quase sua totalidade as medidas de prevenção contra a COVID-19.

A pandemia impôs que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, reorganizassem os cuidados e o relacionamento no atendimento as gestantes,

preservando, assim, a qualidade assistencial e o uso das boas práticas como proteção e segurança a mulher em todo período de parturição.

Conclusão

O período de gestação ocasiona mudanças significantes na vida da mulher, no qual estão abarcados aspectos biológicos, socioeconômicos, socioculturais e o profissional que prestará a assistência precisa considerá-los para que a parturiente seja a protagonista de seu parto, colocando em exercício as boas práticas de parto e nascimento as quais são preconizadas.

A utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor realiza uma estimulação corporal que contribui positivamente a mulher na evolução do parto com a redução da sensação dolorosa, elevando as chances de desfechos oportunos ao binômio mãe-filho.

O cenário pandêmico trouxe efeitos que impactaram grupos de risco como as gestantes. Diversas modificações no cenário da assistência materno-infantil foram observadas e necessárias ao momento, com intuito de proteção a mãe e filho para que estes não fossem atingidos diretamente, as adequações no processo assistencial foram readaptadas para dar seguimento a prática do que se faz recomendado pela OMS para um parto e nascimento seguros.

A caracterização transversal traz limitações ao presente estudo visto a dificuldade em estabelecer uma relação direta entre causa e consequência além da escassez e necessidade de mais estudos que abordem a assistência ao pré-parto e trabalho de parto em cenário de pandemia.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse

Fontes de financiamento

Não houve fontes de financiamento

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Rodrigues LA, Baier LDD, Ravelli APX, Skupien SV; *Coleta de dados:* Rodrigues LA; *Análise e interpretação dos dados:* Rodrigues LA, Baier LDD, Ravelli APX, Skupien SV, Campos CGP; *Análise estatística:* Campos CGP; *Redação do manuscrito:* Rodrigues LA, Baier LDD, Ravelli APX, Skupien SV; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Rodrigues LA, Baier LDD, Ravelli APX, Skupien SV, Campos CGP

Referências

1. Brasil. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio [Internet]. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. [citado 2023 fev 9]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>

2. Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang WC, Wang CB, Bernardini S, et al. The COVID-19 pandemic. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2020;57(6):365-388. doi: 10.1080/10408363.2020.1783198
3. Ministério da Saúde. Atenção às Gestantes no Contexto da Infecção COVID-19 causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2023 feb 9]. Disponível em: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/publicacao/atencao-gestantes-contexto-infeccao-COVID-19-causada-novo-coronavirus-sars-cov-2>
4. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para assistência a gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19 [Internet]. [cited 2023 feb 9]. Brasília; 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-COVID-19/>
5. Oliveira MA, Silva NEF, Pereira JCN, Oliveira MA, Silva SL, Caminha MFC, et al. Recomendações para assistência perinatal no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2021;21:65-75. doi: 10.1590/1806-9304202100S100004
6. Cordeiro EL, Silva JM, Silva LSR, Pimentel RVT, Veloso ACF, Cabral MMO, et al. A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. *Rev Enferm UFPE*. 2018;2154-62. doi: 10.5205/1981-8963-v12i8a236334p2154-2162-2018
7. Carvalho SS, Silva CS. Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020; 18(63). doi: 10.13037/ras.vol18n63.6290
8. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Genebra, 1996. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>
10. Oliveira LS, et al. Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Braz J Health Rev*. 2020;3(2):2850-2869. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-128>.
11. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Institui o Código Civil. Casa Civil: Brasília, DF, 2005.
12. Pereira ALF, Dantas F. Assistance characteristics of normal deliveries attended by obstetrical nurses. *Journal of Nursing UFPE*. 2012;6(1):76-82. doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-le.0601201211

13. Estrela F, Silva KKA, Cruz MA, Gomes NP. Gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: reflexões e desafios. *Physis (Rio J.)*. 2020;30. doi: 10.1590/S0103-73312020300215
14. Filho PMB. Ações educativas durante a assistência do pré-natal: percepção de gestantes atendidas na Unidade Básica de Barra do Sotero- Croatá – CE [TCC]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2018.
15. Silva ALS, et al. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery*. 2015;19(3):424-431. doi: 10.5935/1414-8145.20150056
16. Brasil. Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Ministério da Saúde: Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília*; 2011.
18. Rondelli G, Jardim DMB, Hamad GBN, Luna ELG, Marinho WJM, Mendes LL, et al. Assistência às gestantes e recém-nascidos no contexto da infecção COVID-19: uma revisão sistemática. *DESAFIOS [Internet]*. 2020;7(3):48-74. doi: 10.20873/uftsuple2020-8943.
19. Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, Tacla MTGM, Zani AV, et al. Cuidado gravídico-puerperal em rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gerentes. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019;72:151-58. doi: 10.11606/d.7.2015.tde-29062015-150220
20. Carneiro EC, et al. Atenção à saúde da gestante: preditores sociodemográficos e obstétricos. *RECIEN [Internet]*. 2021;11(35). doi: 10.24276/rrecien2021.11.35.120-130
21. Healy CM. COVID-19 in pregnant women and their newborn infants. *JAMA Pediatr*. 2021; 175(8):781-783. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.1046
22. Tillet J, Hill C. Comer e beber durante o trabalho de parto: reexaminando as evidências. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2016;30(2):85-87. doi: 10.1097/jpn.000000000000168
23. Holanda SM, Castro RCMB, Aquin OS, Pinheiro AKB, Lopes LG, Martins, et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto Enferm*. 2018;27. doi: 10.1590/0104-070720180003800016
24. Brasil. Nota Técnica nº. 9/2020. Recomendações para o trabalho de parto, parto, e puerpério durante a pandemia da COVID -19 [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf
25. Palharini LA, Figueirôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2018; 25:1039-1061. doi: 10.1590/S0104-59702018000500008

26. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves AC. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Av Enferm.* 2019;37(1):47–55. doi: 10.15446/av.enferm.v37n1.72045
27. Coelho KC, Rocha JMS, Lima ALS. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *RECIEN.* 2018;8(22). doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.14-21
28. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract.* 2018; 24(3). doi: 10.1111/ijn.12642
29. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Cavalcanti ACU, Melo PS, Barbieri M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2016;29:686-692. doi: 10.1590/1982-0194201600096
30. Paviani BA, Trigueiro TH, Gessner R. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. *Rev Min Enferm.* 2019;23:1-8. doi: 10.5935/1415-2762.20190110
31. Silva MA, Sombra IVS, Silva JSJ, Silva JCB, Dias LRFM, Calado RSF, et al. Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Rev Enferm. UFPE.* 2019;13(2). doi: 10.5205/1981-8963-v13i2a237753p455-463-2019
32. Perdigão LKC. Musicoterapia e aromaterapia para alívio da dor em trabalho de parto: uma intervenção do enfermeiro especialista [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Viana do Castelo; 2018. Disponível em:
http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2178/1/Ligia_Perdigao.pdf
33. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Ministério da Saúde: Brasília; 2018. Available from:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf
34. Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante pandemia da COVID-19 [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Available from:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamentodurante-a-pandemia-da-COVID-19>
35. Silva MMJ, Silva SCB, Melo AG. Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. *Investig. Enferm.* [Internet]. 2019;21(2). Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116384>
36. Gazar TN, Menezes SSV, Codeiro GO, Ferreira ATA, Meneses TAS, Araújo RLMS. Direitos reprodutivos em tempos de pandemia COVID-19: compreendendo o acesso de gestantes e puérperas aos serviços de saúde. *Rev Feminismos* [Internet]. 2021;9(1). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42365>

37. Paulo JG. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto: série histórica de 2015 a 2018 [TCC]. [Internet]. [citado 2023 feb 9]. Belo Horizonte: UFMG; 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/36092>
38. Mouta RJO, Prata JA, Silva SCSB, Silva SCSB Zveiter M, Medina ET, et al. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para o cuidado seguro às parturientes e aos neonatos no contexto da pandemia COVID-19. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [Internet]. 2020;9(8). doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5362>



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.