







Fatores associados à procura por pronto atendimento entre gestantes e puérperas com COVID-19

Factors associated with demand for emergency health services among pregnant and puerperal women with COVID-19

Factores asociados a la búsqueda de servicios médicos de urgencia por embarazadas y puérperas con COVID-19

Paulo César Condeles^I ; Jéssica Aparecida da Silva^I ; Monika Wernet^{II} ;
Luciano Marques dos Santos^{III} ; Suzel Regina Ribeiro Chavaglia^I ; Mariana Torreglosa Ruiz^I 

^IUniversidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, Brasil; ^{II}Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, Brasil;

^{III}Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar fatores associados à procura por pronto atendimento entre gestantes e puérperas com infecção pela COVID-19. **Métodos:** estudo transversal, com coleta de dados realizada entre agosto de 2021 e janeiro de 2022, baseado nas respostas de 258 mulheres que estiveram gestantes ou pariram durante a pandemia, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** entre as entrevistadas, 27,1% tiveram COVID-19, sendo mais comumente relatados os sintomas perda de olfato e fadiga. A prevalência de procura por pronto atendimento foi de 30,4%, explicada por casos de maior gravidade, em que houve necessidade de internação ($p < 0,001$); portadoras de asma ($p < 0,001$) e de hipertensão crônica ($p < 0,001$). **Conclusão:** o Pronto atendimento foi o local de maior procura na presença dos sintomas, principalmente nos casos de maior gravidade e comorbidades, embora os resultados sejam divergentes das orientações constantes nos protocolos nacionais e internacionais voltados para assistência à população obstétrica.

Descritores: COVID-19; Gravidez; Período Pós-Parto; Emergências.

ABSTRACT

Objective: to identify factors associated with demand for emergency health services from pregnant/puerperal women with COVID-19. **Method:** in this cross-sectional study, data were collected between August 2021 and January 2022 from the responses of 258 women who were pregnant or gave birth during the pandemic, after research ethics committee approval. **Results:** 27.1% of respondents had COVID-19, with loss of smell and fatigue being the most commonly reported symptoms. The highest prevalence of seeking emergency hospital care (30.4%) was accounted for by the more serious cases, who sought emergency care needing hospitalization ($p < 0.001$), patients with asthma ($p < 0.001$) and chronic hypertension ($p < 0.001$). **Conclusion:** the emergency facility was the service most accessed in the presence of symptoms, especially in cases of greater severity and comorbidities, although the results are at variance with the guidelines contained in national and international protocols on care for the obstetric population.

Descriptors: COVID-19; Pregnancy; Postpartum Period; Emergencies.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores asociados a la búsqueda de servicios médicos de urgencia por embarazadas y puérperas con infección por COVID-19. **Método:** estudio transversal, cuya recolección de datos tuvo lugar entre agosto de 2021 y enero de 2022, a partir de las respuestas de 258 mujeres que estuvieron embarazadas o dieron a luz durante la pandemia, previa aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Institución. **Resultados:** entre las encuestadas, el 27,1% tuvo COVID-19, siendo más comunes los síntomas como pérdida del olfato y cansancio. La prevalencia de búsqueda de atención en urgencias fue del 30,4%, explicada por casos de mayor gravedad, en los que hubo necesidad de hospitalización ($p < 0,001$); asma ($p < 0,001$) e hipertensión crónica ($p < 0,001$). **Conclusión:** el Servicio de Urgencias fue el lugar más buscado ante la presencia de síntomas, especialmente en los casos de mayor gravedad y comorbilidades, aunque los resultados sean divergentes de las directrices contenidas en los protocolos nacionales e internacionales dirigidos a la atención de la población obstétrica.

Descriptores: COVID-19; Embarazo; Periodo Posparto; Urgencias Médicas.

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgados em meados do mês de fevereiro de 2022, apontavam cerca de 425 milhões de casos de infecção pelo SARS-CoV-2 (agente causador da COVID-19) e mais de 5,8 milhões de óbitos pela doença¹. Dados alarmantes visto que, o vírus, até então, detectado pela primeira vez na China, no final de dezembro de 2019, com rápida dispersão e propagação global, gerou a pandemia pela COVID-19, decretada em 11 de março pela OMS².

As alterações fisiológicas da gestação predis põem gestantes a infecções virais e formas mais graves da COVID-19^{3,4}, sendo consideradas grupo de risco para infecção e prioritário para assistência e testagem³. Esta vulnerabilidade justifica-se

uma vez que o período gestacional é um estado imunológico único, particular, onde a gestante deve adquirir tolerância ao embrião/feto alógeno e ao mesmo tempo proteger-se e ao conceito, de patógenos⁵, com maior predisposição à aquisição de doenças.

Além das alterações imunológicas, durante a gestação, as modificações fisiológicas no trato respiratório, como edema e aumento da expansão pulmonar, tornam a gestante mais suscetível às infecções virais respiratórias. Assim, na associação de infecção pelo SARS-CoV-2 e gestação, observam-se aumento dos processos inflamatórios, principalmente no primeiro e terceiro trimestres, quando ocorrem modificações imunes importantes, exacerbando a gravidade dos casos⁶.

As alterações fisiológicas também podem dificultar a avaliação dos quadros, uma vez que, normalmente, a gestante apresenta respiração costal, taquipneia pelo aumento da expansão pulmonar e pelo crescimento fetal e hemodiluição materna, que, além de aumentar o volume circulante, eleva a frequência cardíaca e pode causar hipotensão⁷, podendo ser esses sinais confundidores na avaliação dos casos graves da COVID-19.

Embora já existam na literatura estudos sobre o perfil das gestantes, puérperas e neonatos infectados pela COVID-19, a produção ainda é incipiente. A escassez é ainda mais notável, principalmente em âmbito nacional. Os poucos estudos publicados utilizam-se de dados secundários de sistema de notificação de casos ou são estudos de caso ou de revisão e, muitas vezes, não contemplam o acesso e nem a evolução dos casos.

As gestantes e puérperas totalizam mais de 20 mil casos da COVID-19 notificados da doença no país e representam 1% de todos os casos notificados. Embora o número de casos pareça pequeno, tendo em vista a magnitude da doença no território nacional, o índice de óbitos é extremamente alto, representando evolução de 9,5% dos casos de infecção em gestantes e/ou puérperas⁸. Esses altos índices já tinham sido retratados em um estudo que apontou índice de mortalidade materna por COVID-19 no Brasil de 12,7%⁹. Os dados são excessivamente altos quando comparados a números internacionais, apresentados em estudo de revisão que apontou índice de mortalidade materna por COVID-19 de 1,8%¹⁰.

A associação entre o aumento da mortalidade materna e a pandemia da COVID-19 pode ser justificada por vários fatores. Em relação à dificuldade de acesso aos serviços são descritos: hesitação em procurar assistência, por medo da doença; problemas financeiros e/ou de transporte que dificultam o acesso aos serviços de saúde e isolamento materno de gestantes infectadas em regiões distantes, o que compromete o atendimento em tempo hábil, em quadros graves, entre outros⁹. Dessa forma, verifica-se que, nos casos de infecção, o acesso aos serviços de saúde é primordial para a evolução satisfatória dos quadros.

As condutas em relação às gestantes e puérperas infectadas dependem da classificação de risco da doença. São classificados como assintomáticos casos em que as mulheres apresentaram exame de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) positivo para a infecção, contudo não apresentam sintomas. Nesses casos, recomendam-se o isolamento e o monitoramento por teleatendimento, atentando para o período entre o sétimo e 14º dias da doença, que coincide com período de piora da infecção. Classificam-se como leves casos em que a mulher apresenta sintomas, mas não tem dispneia. Nesses casos, devem-se coletar a PCR e os exames de comprometimento sistêmico; como tratamentos, indicam-se repouso, hidratação, analgésicos e/ou antitérmicos sintomáticos. Cabe aos profissionais orientar a gestante/puérpera verbalmente e por escrito sobre sinais de piora e onde buscar assistência nestes casos. Casos leves devem ser monitorados duas a três vezes na semana e do sétimo ao 14º dia, diariamente¹¹.

Casos de gravidade moderada são caracterizados pela persistência dos sintomas e/ou saturação de oxigênio inferior a 95%. Para casos moderados, indicam-se a realização de tomografia de tórax e raio X e internação para tratamento da infecção. Já os casos graves, caracterizados por saturação inferior a 95% e desconforto respiratório, indicam a internação em Centros de Terapia Intensiva (CTI)¹¹. Dessa forma, nos casos leves a graves da infecção pela COVID-19 na gestação/puerpério, recomenda-se procurar pelo pronto atendimento (PA) para diagnóstico e/ou tratamento.

O ineditismo deste estudo, assim como seu potencial de produção de evidências e inovação no campo do conhecimento, consiste no fato de ser uma pesquisa quantitativa, com recorte transversal. A produção de estudos nacionais e internacionais com esse desenho ainda é incipiente na literatura, com predomínio de estudos de revisão, com inclusão em âmbito internacional. A escassez de literatura é ainda maior quando se buscam estudos que abordem a via de acesso aos serviços de saúde quando da presença da infecção nessa população e os fatores associados, justificando a realização deste estudo.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar fatores associados à procura por pronto atendimento entre gestantes/puérperas com infecção pela COVID-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir de inquérito *on-line* com mulheres que tiveram gestações e/ou partos durante o período pandêmico. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2021 a janeiro de 2022.

Foram incluídas no estudo todas as mulheres que eram seguidoras de uma rede social sobre COVID-19 voltada para população obstétrica; tenham tido experiência de estar gestante durante a pandemia; tenham sido convidadas por seguidores (técnica de bola de neve); tivessem acesso à internet; com idade superior a 18 anos e preencheram o formulário *on-line* do *Google Forms*®, após o consentimento de sua participação. Foram excluídos da análise formulários que não tivessem informações completas sobre as variáveis de interesse.

A amostra se deu por conveniência, e 300 gestantes/puérperas consentiram em participar do estudo, no entanto, 42 não completaram os dados obstétricos, sendo excluídas da amostra (perdas amostrais). Assim, o estudo se baseou nas respostas de 258 gestantes/puérperas.

Ao consentirem em participar do estudo, as mulheres foram direcionadas para questionário com dados sociodemográficos (idade, cor, se viviam com companheiro, ocupação, estado onde residia e sistema de saúde utilizado - suplementar ou Sistema Único de Saúde). A seguir, a respondente assinalava a opção de gestante ou puérpera e, nesses casos, prosseguia no questionário, sinalizando dados clínicos e obstétricos (número de gestações, doenças prévias ou adquiridas durante a gestação). Após os dados obstétricos, era questionado se ela tinha tido a infecção da COVID-19 e, caso respondesse afirmativamente, era direcionada para o formulário sobre a doença (sintomas, momento do diagnóstico, onde buscou atendimento, método diagnóstico e se houve a necessidade de internação). A variável dependente foi a procura por pronto atendimento entre gestantes/puérperas com COVID-19, e as variáveis independentes foram as sociodemográficas, clínicas e obstétricas.

Os dados coletados por meio do *Google Forms*® foram importados para planilha do aplicativo *Microsoft Excel*® e, após, para o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Realizou-se análise descritiva dos dados relativos às variáveis sociodemográficas e obstétricas (números absolutos e percentuais; média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos). Foram aplicados o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher, considerando nível de significância de 5%. Foram calculadas razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%. A análise múltipla foi aplicada por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, incluindo no modelo variáveis com valor de $p < 0,20$ na bivariada.

Ressalta-se que todas as Recomendações de Qualidade e Transparência da Pesquisa em Saúde da EQUATOR Network foram seguidas na execução do estudo, respeitados todos os preceitos éticos previstos no Brasil para pesquisas com seres humanos, incluindo as Orientações para Pesquisa em Ambiente Virtual, determinadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) em 2021. O projeto foi aprovado pelo parecer 4.649.652 de 14 de abril de 2021, contemplado como objetivo contido no projeto maior aprovado, intitulado “Inquérito Nascer e Covid-19”.

RESULTADOS

A média de idade encontrada foi de $32,1 \pm 5,34$, variando de 19 a 45 anos. A maioria declarava-se branca (70,5%), vivia com companheiro (86%), residia na Região Sudeste do Brasil (65,1%) e exercia atividade remunerada ($n=243$).

Os estados que contaram com maior número de participantes no inquérito foram São Paulo (35,6%), seguido por Minas Gerais (24,8%) e Paraná (5,4%); 74% dos estados brasileiros foram representados no presente estudo. Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins não tiveram respondentes. No entanto, houve respondentes de outros países, como Portugal, Estados Unidos e Itália, com uma participante cada.

No que se refere aos dados obstétricos, 70,5% eram puérperas, e 29,5% estavam gestantes no momento da coleta. A maioria (55,8%) das respondentes era primigesta ($n=144$), não apresentava doenças crônicas prévias (75,6%) e não desenvolveu nenhuma doença relacionada à gestação (79%). As doenças crônicas mais citadas foram obesidade ($n=31$; 12%); asma ($n=14$; 5,4%) e hipertensão arterial ($n=9$; 3,5%). As doenças gestacionais mais citadas foram o diabetes gestacional ($n=29$; 11,2%); síndrome hipertensiva gestacional ($n=18$; 7%) e ganho excessivo de peso durante a gravidez ($n=5$; 1,9%).

Dados relacionados aos casos da COVID-19 na gestação/puerpério estão retratados na Tabela 1.

Quando questionadas se tiveram a infecção da COVID-19 durante a gestação/puerpério, 27,1% ($n=70$) responderam afirmativamente. Os sintomas mais relatados pelas mulheres foram: perda de olfato ($n=45$; 65,2%); fadiga/cansaço ($n=42$; 60,9%), cefaleia e perda de paladar (ambos com $n=39$; 56,5%). As infecções foram detectadas com maior frequência no terceiro ($n=17$; 27%) e no segundo trimestre gestacional ($n=16$; 25,4%).

Quando surgiram os sintomas da infecção, as mulheres procuraram com maior frequência o pronto atendimento hospitalar ($n=21$; 30,4%) e clínicas particulares ($n=15$; 21,7%). O método mais utilizado para o diagnóstico foi a PCR ($n=57$; 82,6%); nove realizaram exame sorológico (13,0%); sete fizeram teste rápido (10,1%) e três foram submetidas à tomografia computadorizada de tórax ($n=3$; 4,3%).

Tabela 1: Distribuição dos dados da COVID-19 das gestantes e puérperas diagnosticadas com a doença (n=70). Brasil, 2022

Variável	n	f (%)
Infecção pela COVID-19		
Tiveram COVID-19	70	27,1
Não tiveram COVID-19	188	72,9
Sintomas mais frequentes da COVID-19 relatados		
Perda de olfato	45	65,2
Fadiga/cansaço	42	60,9
Cefaleia	39	56,5
Perda de paladar	39	56,5
Coriza	36	52,2
Tosse seca	29	42,0
Febre	28	40,6
Diarreia	8	11,6
Não apresentou sintomas	3	4,3
Período de diagnóstico da COVID-19*		
Terceiro trimestre de gestação	17	27,0
Segundo trimestre de gestação	16	25,4
Puerpério	11	17,5
Não souberam responder	10	15,9
Primeiro trimestre de gestação	9	14,3
Local de atendimento†		
Pronto atendimento hospitalar	21	30,4
Clínica particular	15	21,7
Unidade Básica de Saúde	9	13,0
Laboratório	8	11,6
Farmácia	6	8,7
Não buscou assistência	5	7,2
Maternidade onde teria o bebê	4	5,8
Buscou o profissional da ESF	1	1,4
Método diagnóstico‡		
PCR	57	82,6
Exame sorológico	9	13,0
Teste rápido	7	10,1
Tomografia computadorizada	3	4,3
Dia de diagnóstico após início dos sintomas§		
Terceiro dia	14	22,2
Quinto dia	12	19,0
Quarto dia	10	15,9
Sétimo dia	9	14,3
Segundo dia	6	9,5
Primeiro dia	2	3,2
Sexto dia	2	3,2
Décimo dia	2	3,2
Décimo quinto dia	2	3,2
Contactantes	4	6,3

* Das 70 mulheres diagnosticadas com COVID-19, 7 não responderam a esta questão; † das 70 mulheres diagnosticadas com COVID-19, uma não respondeu a esta questão; ‡ das 70 mulheres diagnosticadas com COVID-19, uma não respondeu a esta questão; § das 70 mulheres diagnosticadas com COVID-19, 7 não responderam a esta questão.

ESF: Estratégia Saúde da Família; PCR: Reação em Cadeia da Polimerase.

Ainda em relação ao diagnóstico, o exame foi realizado com maior frequência no terceiro (n=14; 22,2%) e no quinto (n=12; 19%) dia do surgimento dos sintomas. Quatro mulheres (6,3%) tiveram contato com casos positivos das infecções e eram assintomáticas. Das mulheres diagnosticadas com COVID-19, quatro (1,6%) necessitaram de internação.

Na Tabela 2, apresenta-se a análise bivariada da associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas com a procura por pronto atendimento entre infectadas pela COVID-19.

Tabela 2: Associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e procura por pronto atendimento entre infectadas pela COVID-19 entre gestantes/puérperas que responderam ao inquérito. Brasil, 2022

Variável	Procura por PA devido à COVID-19	Procura por outras unidades	RP	IC95%	Valor de p
Idade, anos			0,561	(0,201-1,569)	0,268
18-35	18 (42,8)	24 (57,2)			
>35	8 (29,6)	19 (70,4)			
Cor de pele			1,626	(0,499-5,297)	0,418
Branca	21 (40,4)	31 (59,6)			
Não branca	5 (29,4)	12 (70,6)			
Estado civil			1,752	(0,420-7,340)	0,437
Vive com companheiro	23 (39,7)	35 (60,3)			
Não vive com companheiro	3 (27,3)	8 (72,7)			
Ocupação			5,412	(0,633-46,234)	0,090
Remunerada	23 (40,4)	34 (59,6)			
Não remunerada	1 (11,1)	8 (88,9)			
Plano de saúde			0,648	(0,191-2,195)	0,484
Tem plano de saúde	20 (35,7)	36 (64,3)			
Não tem plano de saúde	6 (46,2)	7 (53,8)			
Usuários do SUS			1,238	(0,458-3,343)	0,674
Sim	11 (40,7)	16 (59,3)			
Não	15 (35,7)	27 (64,3)			
Número de gestações			0,321	(0,114-0,907)	0,029
Primigesta	9 (24,3)	28 (75,7)			
Multigesta (duas ou mais)	15 (50,0)	15 (50,0)			
Obesidade			0,991	(0,216-4,542)	0,991
Sim	3 (37,5)	5 (62,5)			
Não	23 (37,7)	38 (62,3)			
Hipertensão crônica			1,650	(1,358-2,004)	0,168
Sim	0	3 (100,0)			
Não	26 (39,4)	40 (60,6)			
Diabetes mellitus			1,619	(1,343-1,952)	0,433
Sim	0	1 (100,0)			
Não	26 (38,2)	42 (61,8)			
Asma			2,879	(2,063-3,991)	0,023
Sim	3 (100,0)	0			
Não	23 (34,8)	43 (65,2)			
Doença adquirida na gestação			3,175	(0,690-14,598)	0,123
Sim	5 (62,5)	3 (37,5)			
Não	21 (34,4)	40 (65,6)			
Síndromes hipertensivas na gestação			5,478	(0,539-55,721)	0,113
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)			
Não	23 (35,4)	42 (64,6)			
Diabetes gestacional			1,708	(0,226-12,925)	0,600
Sim	2 (50,0)	2 (50,0)			
Não	24 (36,9)	41 (63,1)			
Internação			2,955	(2,103-4,150)	0,008
Sim	4 (100,0)	0			
Não	22 (33,8)	43 (66,2)			

PA: pronto atendimento; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; SUS: Sistema Único de Saúde.

As variáveis ser primigesta ($p=0,029$), ter asma ($p=0,023$), necessidade de internação após a avaliação ($p=0,008$), exercer ocupação remunerada ($p=0,090$), ser hipertensa crônica ($p=0,168$), ter adquirido doença na gestação ($p=0,123$) e diagnóstico de síndrome hipertensiva na gravidez ($p=0,113$) foram inseridas no modelo de regressão. Na Tabela 3, são apresentadas as variáveis inseridas no modelo de regressão de Poisson, a razão de prevalência, o valor de p , os respectivos intervalos de confiança e o modelo de regressão com ajustado à variância robusta.

Tabela 3: Modelo de Regressão de Poisson entre procura por pronto atendimento entre gestantes/puérperas com COVID-19 e variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas, entre gestantes e puérperas que responderam ao inquérito. Brasil, 2022

Variável	RP	IC 95%	Valor de p
Necessidade de internação	0,586	0,533-0,645	0,000
Síndrome hipertensiva na gestação	0,848	0,635-0,848	0,262
Doença adquirida na gestação	0,796	0,597-1,059	0,118
Asma	0,571	0,526-0,620	0,000
Hipertensão Crônica	1,349	1,071-1,700	0,011
Primigesta	1,084	0,954-1,232	0,217
Ocupação remunerada	0,919	0,800-1,054	0,227
Regressão de Poisson com Variância Robusta			
Necessidade de internação	0,585	0,545-0,628	0,000
Asma	0,585	0,545-0,628	0,000
Hipertensão Crônica	1,170	1,091-1,255	0,000

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

As variáveis necessidade de internação após a avaliação ($p=0,000$), ter asma ($p=0,000$) e ser hipertensa crônica ($p=0,011$) explicaram a procura por pronto atendimento entre gestantes/puérperas com COVID-19, por meio do modelo de regressão.

Após ajuste com variância robusta, a procura por pronto atendimento entre gestantes/puérperas com COVID-19 permaneceu explicada por casos de maior gravidade, em que houve necessidade de internação; portadoras de asma e de hipertensão crônica.

DISCUSSÃO

As unidades de pronto atendimento foram os locais de maior procura entre gestantes/puérperas infectadas pela COVID-19, entretanto a prevalência de procura foi de 30,4%, a qual pode ser considerada baixa, uma vez que o protocolo em vigência no país sugere ao menos a avaliação inicial das gestantes/puérperas nessas unidades e em casos de agravamento dos sintomas¹¹, destacando ainda a ressalva de que apenas três respondentes estavam assintomáticas, sendo o exame um achado da infecção.

Embora com diferenças nos protocolos assistenciais, tanto o Colégio Britânico quanto o Colégio Americano de Obstetrícia, que são referências na área, preconizam essa avaliação inicial. O Colégio Britânico recomenda que gestantes e puérperas sejam avaliadas quanto a fatores de risco, como comorbidades, e as condutas devem ser baseadas no nível de saturação de oxigênio das infectadas. Casos moderados e graves, baseados na presença ou não de pneumonia e comprometimento respiratório, indicam necessidade de hospitalização; para casos leves ou assintomáticos, orienta-se monitorar saturação no domicílio¹². O Colégio Americano indica avaliação inicial por serviço ou profissional de saúde e monitoramento no domicílio em casos de dispneia; se sensação de peso ou dor no peito e confusão mental, o serviço de emergência deve ser acionado¹³.

A prevalência da COVID-19 na amostra foi de 27,1%. Esse percentual foi semelhante a dados de um estudo realizado na França, em que se obteve o mesmo percentual¹⁴, contudo divergiu de estudos realizados nos Estados Unidos^{15,16} e na França¹⁷, em que o percentual variou de 0,6 a 3,7% e de um estudo realizado no México, em que 48% das gestantes/puérperas sintomáticas testaram positivo para a infecção¹⁸, indicando grande heterogeneidade em relação a esse percentual.

As gestantes/puérperas infectadas e sintomática relataram com maior frequência a perda de olfato, seguida de fadiga/cansaço. Esses dados se contrapõem a outros estudos que demonstraram que a tosse e a febre¹⁹⁻²² foram os sintomas mais frequentes nessa população. Estudo multicêntrico apontou que apenas 19,6% das infectadas apresentaram sintomas, e a febre foi o sintoma associado à maior gravidade dos casos²². Estudo com dados secundários apontou associação entre ocorrência de sintomas respiratórios associados à maior mortalidade²¹.

A infecção foi mais detectada no terceiro trimestre gestacional, semelhantemente a outros estudos sobre a doença na população obstétrica^{19,23-28}, e as primigestas foram as que mais procuraram o pronto atendimento, assim como em outros estudos^{16,19-20,29}.

Dentre as variáveis que explicaram a procura por pronto atendimento, destaca-se a hipertensão crônica, que acometeu 3,5% das gestantes/puérperas. Essa condição também se apresentou associada à infecção em outros estudos^{14,15,17}, contudo com frequência inferior aos dados reportados (0,9% a 2,3%)^{14,15,17}. A asma também foi uma condição associada à maior procura por pronto atendimento, sendo que 5,4% declararam possuir a doença crônica. O

índice de asma e a associação com a COVID-19 foram exatamente os mesmos apresentados em estudo com dados brasileiros da infecção²². A asma foi associada à infecção e a casos de maior gravidade da doença, com distribuição semelhante nos estudos (2,2% a 5,4% das infectadas)^{15,18,19,21,30,31}. A obesidade foi citada como comorbidade mais frequente (12%), mas não foi associada à procura de atendimento. A obesidade foi associada à COVID-19 em vários estudos sobre a doença entre gestantes/puérperas^{9,14,15,17,18,21,22,30,31}, contudo foi detectada com maior frequência entre os casos (16,3% a 48,6% das infectadas)^{14,15,18,22}.

Por fim, a internação foi associada à procura na totalidade dos casos. Este estudo é ratificado por estudo brasileiro, que apontou que a maioria das gestantes/puérperas brasileiras infectadas foi internada²². Contudo, por se tratar de inquérito, baseado nas respostas das entrevistadas, uma limitação consistiu em a gravidade dos casos não pode ser classificada. Estudo francês apontou que 32,8% dos casos em gestantes foram considerados leves e apenas 3,6% foram graves¹⁴; já estudo realizado no Peru apontou que, dos casos positivos, 4,8% foram classificados como graves e 7,3% como moderados²⁰.

A procura explicada pela necessidade de internação reforça que, de fato, os prontos atendimentos são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e os serviços ambulatoriais são pontos fundamentais nas regionais de saúde³².

A COVID-19 é uma doença ainda em elucidação, apresentando características difusas, que necessita ser esclarecida por meio de novos estudos. As mulheres no ciclo gravídico-puerperal denotam transformações fisiológicas e imunológicas próprias do período, que as deixam em estado de vulnerabilidade para a ocorrência de agravos e doenças. Preconiza-se que, na vigência de sintomas, a gestante/puérpera procure uma unidade de saúde e, preferencialmente, de pronto atendimento para avaliação criteriosa e posteriores encaminhamentos. No entanto, vimos que a procura foi aquém do esperado, sendo que, em casos de sintomas, as gestantes/puérperas buscaram outras vias, como a autotestagem e a automedicação, não recomendadas nestes casos. Assim faz-se necessário reforçar a necessidade dessa avaliação para melhor evolução dos casos.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, cita-se a possibilidade de vieses: recordatório, uma vez que os dados foram baseados nas respostas das participantes; e, de prevalência, uma vez que gestantes/puérperas falecidas pela doença não compuseram a casuística dos casos.

Outra limitação se deu pelo fato de ser um inquérito *on-line*, não permitindo a classificação de gravidade dos casos. No entanto, este estudo surge como potencial para novos estudos com novos desenhos. Destaca-se também que o estudo será replicado com a mesma amostra, a partir da coorte de gestantes/puérperas infectadas, e poderão desvelar novos resultados que auxiliem na elucidação da temática.

CONCLUSÃO

O pronto atendimento foi o local de maior procura na presença dos sintomas, explicada por casos de maior gravidade, em que houve necessidade de internação, e de portadoras de asma e de hipertensão arterial crônica.

A baixa prevalência de procura diverge das orientações que constam nos protocolos nacionais e internacionais voltados para assistência à população obstétrica, o que pode impactar diretamente ou indiretamente na maior gravidade e letalidade dos casos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022 [cited 2022 Jun 10]. Available from: World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [internet]. 2022 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://covid19.who.int/>.
2. Choi KR, Jeffers KS, Logsdon MC. Nursing and the novel coronavirus: risks and responsibilities in a global outbreak. J Adv Nurs [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 76:1486-87. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.14369>.
3. Poon LC, Yang H, Kapur A, Melamed N, Dao B, Divakar H, et al. Global interim guidance on coronavirus diseases 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: information for healthcare professionals. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 149:273-86. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13156>.
4. Whitehead CL, Walker SP. Consider pregnancy in COVID-19 therapeutic drug and vaccine trials. The Lancet [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 395:e92. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31029-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31029-1).
5. Mor G, Aldo P, Alvero AB. The unique immunological and microbial aspects of pregnancy. Nat Rev Immunol [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 24]; 17:469-82. DOI: <https://doi.org/10.1038/nri.2017.64>.
6. Liu H, Wang L, Zhao S, Kwak-Kim J, Mor G, Liao A. Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. J Reprod Immunol [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 139:1-4. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jri.2020.103122>.

7. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Modificações do Organismo Materno. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 139-173.
8. Rodrigues A, Lacerda L, Francisco RPY. Brazilian Obstetric Observatory [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 24]. Available from: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/.
9. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Ketz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynecol obstet* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 151(1):154-56. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.
10. Oliveira KF, Oliveira JF, Wernet M, Paschoini MC, Ruiz MT. COVID-19 and pregnancy: a scoping review on pregnancy characteristics and outcomes. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 16:e12956. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fijn.12956>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fluxo de manejo clínico de gestantes na atenção especializada. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Fluxo-de-manejo-clinico-de-gestantes.pdf>.
12. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2022-01-11-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v14.3.pdf>.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Coronavirus (COVID-19), pregnancy, and breastfeeding: a message for patients [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-andbreastfeeding#:~:text=ACOG%20strongly%20recommends%20that%20all,COVID%2D19%20than%20nonpregnant%20wome>n.
14. Hcini N, Maamri F, Picone O, Carod J, Lambert V, Mathieu M, et al. Maternal, fetal and neonatal outcomes of large series of SARS-CoV-2 positive pregnancies in peripartum period: a single-center prospective comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 257:11-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.068>.
15. Ko JY, De Sisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) diagnosis. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 73(Suppl 1):s24-s31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciab344>.
16. Karasek D, Baer RJ, McLemore MR, Bell AJ, Blebu BE, Casey JA, et al. The association of COVID-19 infection in pregnancy with preterm birth: a retrospective cohort study in California. *The Lancet Regional Health Americas* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 2(100027):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100027>.
17. Epelboin S, Labrosse J, De Mouzon J, Fouque P, Gervaise-Boyer MJ, Levy R, et al. Obstetric outcomes and maternal morbidities associated with COVID-19 in pregnant women in France: a national retrospective cohort study. *Plos Med* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 18(11):e1003857. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003857>.
18. Ríos-Silva M, Murillo-Zamora E, Mendoza-Cano O, Trujillo X, Huerta M. COVID-19 mortality among pregnant women in Mexico: a retrospective cohort study. *J Global Health* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 10(2):1-8. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020512>.
19. Ayed A, Embaireeg A, Benawadh A, Al-Fouzan W, Hammoud M, Al-Hathal M, et al. Maternal and perinatal characteristics and outcomes of pregnancies complicated with COVID-19 in Kuwait. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 20(754):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03461-2>.
20. Saenz IHH, Estrada JCE, Castillo KCD, Taya RM, Coronado JC. Maternal and perinatal characteristics of pregnant women with COVID-19 in a national hospital in Lima, Peru. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 66(2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2245>.
21. Bonatti AT, Miller N, Carvalhaes MABL, Jensen R, Parada CMGL. Factors associated with death among postpartum women with COVID-19: a Brazilian population-based study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 29:e3507. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.5446.3507>.
22. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the inter COVID multinational cohort study. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 175(8):817-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050>.
23. Quiancheng X, Jian S, Lingling P, Lei H, Xiaogan J, Weihua L, et al. Coronavirus disease 2019 in pregnancy. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 95:376-383. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.065>.
24. Dashraat P, Wong JLI, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 222(6):521-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>.
25. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 55(5):586-92. DOI: <https://doi.org/10.1002/uog.22014>.
26. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 99(7):823-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>.
27. Stumpfe FM, Titzmann A, Schneider MO, Stelzl P, Kehl S, Fasching PA, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: a review of the current literature and possible impact on maternal and neonatal outcome. *Ge Fra* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 80:380-90. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1134-5951>.
28. Sahin D, Tanacan A, Erol SA, Anuk AT, Yetinski FDY, Keskin HL, et al. Update experience of a tertiary pandemic center on 533 pregnant women with COVID-19 infection: a prospective cohort study from Turkey. *Int J Gynecol Obst* [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 24]; 152:328-34. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13460>.



29. Chen H, Guo J, Wang C, Lou F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 395:809-15. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30360-3).
30. Koumoutsea EV, Vivanti AJ, Shehata N, Benachi A, Gouez AL, Desconclois C. COVID-19 and acute coagulopathy in pregnancy. *J Thromb Haemost* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 18:1648–52. DOI: <https://doi.org/10.1111/jth.14856>.
31. Blauvelt CA, Chiu C, Donovan AL, Prah M, Shimotake TK, George RB, et al. Acute respiratory distress syndrome in a preterm pregnant patient with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 24]; 136 (1): 46-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003949>.
32. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo da rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2013.