

**FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO**



**GESTAR E PARIR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR PUÉRPERAS**

PRISCIELY SOUZA DE PALHANO

CAMPO GRANDE/MS

2022

PRISCIELY SOUZA DE PALHANO

**GESTAR E PARIR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR PUÉRPERAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Soraia Geraldo Rozza Lopes

CAMPO GRANDE/MS

2022

PRISCIELY SOUZA DE PALHANO

GESTAR E PARIR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS POR PUÉRPERAS.

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Campo Grande, MS, 25 de fevereiro de 2022

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Nome Completo (Presidente)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra Nome Completo (Membro Titular)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra Nome Completo (Membro Titular)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Dra Nome Completo (Membro Suplementar)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profa. Dra Nome Completo (Membro Suplementar)
Instituto Integrado de Saúde
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me iluminado, e norteado a minha jornada, e ter me dado resiliência e disciplina para superar os diferentes obstáculos.

Aos meus pais Lucimar e Cicero, que sempre foram minha base, e motivadores constante aos meus sonhos e minha irmã Graciely pelo seu jeito atencioso e minha querida avó Euza que sempre foi fruto de inspiração e sabedoria para meu crescimento.

Por fim, dedico também ao marido Wellington, meu porto seguro, pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão nos meus momentos de fraqueza, de insegurança e de estranho mau humor em determinadas fases desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Chegou o momento de agradecer, quem me ajudou concretizar esta dissertação de mestrado. Esta, foi realizada sob a orientação científica da Prof^a Doutora Soraia Geraldo Rozza Lopes, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, professora exemplar, exigente e paciente, que aceitou ser minha orientadora e acreditou no meu trabalho e desempenho, deu-me a liberdade necessária, principalmente na escolha desta temática. Agradeço por ter dividido comigo as expectativas, pelo interesse e dedicação ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, refletido nas sugestões, conselhos e críticas construtivas e pelo tempo que lhe dispensou.

O hospital maternidade, campo de coleta de dados, pela oportunidade de acesso as participantes deste estudo, mesmo em momento de restrições, devido ao período pândemico.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf), pela oportunidade, cordialidade e adaptação frente ao momento de adversidade da pandemia da COVID-19. Aos professores do PPGSD, pela dedicação, e excepcional adaptação ao ensino remoto, e contribuição para o meu crescimento pessoal, profissional e intelectual por meio dos ensinamentos e exemplos. E a Secretaria Acadêmica, pela eficiência, dedicação e simpatia. Meu muito obrigada.

Às Dras. Ana Paula de Assis Sales e Margarete Maria de Lima, pelas contribuições no exame de qualificação, que muito enriqueceram este estudo.

As mulheres entrevistadas, que contribuíram com a dimensão e a forma do objeto de pesquisa. Agradeço a todas e a cada uma em particular.

RESUMO

Introdução: Os desfechos obstétricos globais pioraram durante a pandemia da COVID-19, havendo um aumento nas mortes maternas, além de maior sofrimento psicológico, quando comparados a população geral, isso provavelmente é resultado das complicações, econômicas, sociais, e relacionadas à saúde que afetam o ciclo gravídico e puerperal, bem como as incertezas sobre os efeitos da COVID-19 no feto. **Objetivo:** Compreender os significados atribuídos pelas puérperas ao vivenciar o gestar e parir durante a pandemia da COVID-19. **Metodologia:** Realizou-se um estudo qualitativo interpretativo, no qual, foram entrevistadas 30 mulheres no puerpério imediato, sem comorbidades ou complicações perinatais, que vivenciaram sua gestação e partos neste período pandêmico, e tiveram seus partos conduzidos em uma maternidade classificada como de risco habitual. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semidirigidas. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra pela pesquisadora. A amostra foi por conveniência. Utilizamos a análise temática por meio das premissas de análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon e discutimos os dados considerando o referencial do internacionalismo simbólico. A coleta de dados procedeu nos meses de julho e agosto de 2021 e estudo foi guiado pelo instrumento do COREQ. **Resultados:** Foram apresentados na forma de dois artigos científicos. O primeiro, demonstra os sentimentos vivenciados no gestar e parir, no qual emergiu duas categoriais principais: 1) *eu vivia com medo durante o gestar e parir*; 2) *outros sentimentos vivenciados no gestar e parir*. Já o segundo artigo identificou a ausência de interação dos elementos simbólicos e dos elementos de proteção vivenciados no gestar e parir em tempos da Covid-19 e foram agrupadas em duas categorias: 1) *ausência de interação dos elementos simbólicos no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19*; 2) *os elementos de proteção vivenciados no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19*. **Considerações Finais.** Mesmo após dois anos do surgimento da COVID-19, evidenciamos importantes investigações acerca da temática, o que, com certeza, ratifica a problemática e sustenta a relevância deste estudo e indica a necessidade de intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos obstétricos, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos mentais e físicos e promoção dos cuidados assistenciais.

Descritores: Gravidez; Parto; Infecções por Coronavírus; Emoções manifesta; Acontecimentos que Mudam a Vida; Fatores de Proteção.

ABSTRACT

Introduction: Global obstetric outcomes worsened during the COVID-19 pandemic, with an increase in maternal deaths, in addition to greater psychological suffering, when compared to the general population, this is probably a result of the economic, social, and health-related complications that affect the pregnancy and puerperal cycle, as well as uncertainties about the effects of COVID-19 on the fetus. **Objective:** To understand the meanings attributed by postpartum women when experiencing pregnancy and giving birth during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** An interpretative qualitative study was carried out, in which 30 women were interviewed in the immediate postpartum period, without comorbidities or perinatal complications, who experienced their pregnancy and childbirth in this pandemic period, and had their deliveries conducted in a maternity hospital classified as usual risk. . Data collection was carried out through semi-structured interviews. The interviews were audio recorded and fully transcribed by the researcher. The sample was for convenience. We used thematic analysis through the premises of conventional content analysis by Hsieh and Shannon and discussed the data considering the referential of symbolic interactionism. Data collection took place in July and August 2021 and the study was guided by the COREQ instrument. **Results:** They were presented in the form of two scientific articles. The first demonstrates the feelings experienced during pregnancy and childbirth, in which two main categories emerged: 1) I lived in fear during pregnancy and childbirth; 2) other feelings experienced in gestating and giving birth. The second article identified the lack of interaction of symbolic elements and protection elements experienced in gestating and giving birth in times of Covid-19 and were grouped into two categories: 1) lack of interaction of symbolic elements in gestating and giving birth during the pandemic from COVID-19; 2) the protective elements experienced in gestating and giving birth during the COVID-19 pandemic. **Final considerations:** Even after two years of the emergence of COVID-19, we highlight important investigations on the subject, which certainly ratifies the problem and supports the relevance of this study and indicates the need for assertive interventions that contribute to guaranteeing obstetric rights, with a focus on in the recovery of autonomy, prevention of mental and physical damage and promotion of care.

Descriptors: Pregnancy; Parturition; Coronavirus Infections; Expressed Emotion; Life Change Events; Protective Factors.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Sentimentos de medo vivenciado no gestar e parir em tempos da Covid-19.....	32
Quadro 2	Outros sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da Covid-19.....	32
Quadro 3	Ausência de interação simbólicas no gestar e parir em tempos da Covid-19.....	33
Quadro 4	Elementos de proteção no gestar e parir em tempos da Covid-19.....	34

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Características sociodemográfico	36
Tabela 2	Informações relacionadas a gestação	36

LISTA DE SIGLAS

AAMI	Associação de Amparo à Maternidade e a Infância
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavírus
EPI	Equipamento de Proteção Individual
MERS	Síndrome respiratória do Oriente Médio
MS	Mato Grosso do Sul
NICE	O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados
OMS	Organização Mundial da Saúde
OOBR COVID-19	Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19
SARS-CoV-2	Coronavírus
SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
SIVEP Gripe	Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe
TCL	Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de terapia intensiva
VOCs	Variants of concern
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OBJETIVO GERAL	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4 MÉTODO	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local	27
4.3 Participantes do estudo	28
4.4 Coleta de dados	29
4.5 Análise dos dados	31
4.6 Aspectos éticos	34
4.7 Riscos e benefícios aos participantes	35
5 RESULTADOS	37
5.1 Artigo 1: Sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da covid-19	37
5.1.1 Introdução	38
5.1.2 Método	39
5.1.3 Resultado	42
5.1.4 Discussão	49
5.1.5 Considerações finais	54
5.1.6 Referência	55
5.2 Artigo 2: Ausência de interação simbólica e elementos de proteção no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19	59
5.2.1 Introdução	60
5.1.2 Método	61
5.2.3 Resultado	64
5.2.4 Discussão	74
5.2.5 Considerações finais	81
5.2.6 Referência	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIA	89
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DADOS PARA PUERPERAS	97

ANEXO A - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO À INSTITUIÇÃO.....	98
ANEXO B – TERMO DE ACEITE DA PSICÓLOGA.....	99
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	101
ANEXO D – CARTA DE CORREÇÃO GRAMATICAL.....	102

INTRODUÇÃO

O coronavírus (SARS-CoV-2) é uma nova cepa que desenvolve a COVID-19, uma doença emergente, e desde que foi relatada pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019 (LI *et al.*, 2020), mais de 340 milhões de pessoas tiveram teste positivo e mais de cinco milhões morreram até o momento em todo o mundo. O vírus está documentado em todos os continentes com surtos expressivos no Brasil, com 23.416.748 casos confirmados e 621.855 óbitos até o dia 21 de janeiro de 2022 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Entre estes casos é possível observar também que até o dia 15 de janeiro de 2022, no Brasil, já se registrou mais de 19207 casos de COVID-19 em gestantes e puérperas e destas 1966 evoluíram para óbito, demonstrando uma elevação dos casos de morte materna (OOBR COVID-19, 2022).

As mulheres grávidas ou no pós-parto representam um grupo excepcionalmente vulnerável em qualquer surto de doença infecciosa, devido à sua fisiologia alterada, e sua suscetibilidade à infecções e funções mecânicas e imunológicas comprometidas, e com isto conseqüentemente à infecção por COVID-19 (DASHRAATH *et al.*, 2020). Levando em consideração o risco elevado de morbimortalidade deste grupo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para COVID-19. (BRASIL, 2021a).

Medidas de controle para prevenir a disseminação da infecção e o agravamento dos casos foram implantadas à população mundial e vão desde a mudança no cotidiano como uso obrigatório de máscara em ambientes fechados e higiene das mãos com álcool em gel ao distanciamento social e pessoal, suspensão das aulas, proibição de eventos e até fechamento de fronteiras (ANTUNES *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Na obstetrícia houve algumas mudanças assistenciais, o que exigiu, em alguns casos, o adiamento de muitos serviços de saúde não “essenciais” para prevenir a transmissão dentro das clínicas, levando a reduções significativas na obtenção de cuidados pré e pós-natais (KOTLAR *et al.*, 2021). Aconteceram também restrições de visitas no pós-parto, medidas restritivas de liberdade (isolamento social e quarentena), e em caso de mães infectadas, o uso obrigatório de máscara durante o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2021a; POON *et al.*, 2020; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022).

Considerando ainda o momento pandêmico no Brasil com elevada circulação do SARS-CoV-2 e aumento no número de óbitos maternos, sobre risco aumentado para hospitalização dessa população, além das medidas de distanciamento e isolamento social, o Programa Nacional de Imunizações, decidiu por recomendar a vacinação contra a covid-19 para todas as gestantes

e puérperas (BRASIL, 2021a). Os benefícios dessas vacinas podem superar os riscos de COVID-19 na gestação e no período pós-parto e informações completas acerca do conhecimento das vacinas em gestantes podem evitar hesitações e aumentar a aceitação da vacina (WANG *et al.*, 2021).

Estudos iniciais na população obstétrica não sugeriram maior susceptibilidade das gestantes à morte ou complicações associadas ao vírus quando comparada a população em geral (CHEN *et al.*, 2020). Porém, publicações subsequentes reportaram que os desfechos maternos e fetais globais pioraram durante a pandemia de COVID-19, com um aumento nas mortes maternas, natimortos, rupturas de gravidez ectópica e depressão materna. (CHMIELEWSKA *et al.*, 2021). Os dados iniciais sugerem que as mulheres que estão no período do gestar e do parir estão enfrentando doenças mais graves na segunda onda da pandemia de COVID-19 do que foi observado na primeira onda. No entanto, a verdadeira causa dessa mudança ainda não está clara (KADIWAR *et al.*, 2021).

As epidemias de doenças infecciosas não só prejudicam a saúde física dos pacientes, mas também têm impacto psicossocial na população em geral e desde o início, como foi o caso, da COVID-19. As gestantes apresentam níveis de ansiedade mais favoráveis em comparação com as mulheres não grávidas, e os sintomas obsessivo-compulsivos aumentaram após a pandemia (YASSA *et al.*, 2020). Muitas mulheres no pós-parto também relataram dificuldades com sintomas de estresse, depressão e ansiedade (FAREWELL *et al.*, 2020). Isso pode ser exacerbado devido às incertezas sobre os efeitos da COVID-19 no período do gestar e parir e, também, as mensagens pouco claras sobre as restrições neste grupo (KEATING *et al.*, 2021). Estudos apontam que a rede de apoio social possui papel mediador entre os sintomas de ansiedade e depressão (GAN *et al.*, 2019; YU *et al.*, 2020; AKBARI *et al.*, 2020). Mas, neste momento pandêmico, as mulheres no período do gestar e do parir podem estar sofrendo com a falta de apoio social devido às restrições da pandemia. (KOLKER *et al.*, 2021).

Os estudos realizados pelo Grupo Brasileiro de Estudos da COVID-19 no gestar e no parir sugerem que a maior mortalidade em gestantes no Brasil se deve à problemas crônicos da assistência à saúde da mulher como recursos insuficientes, baixa qualidade do pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica (TAKEMOTO *et al.*, 2020). Logo, a qualidade percebida da assistência obstétrica pode estar sendo vivenciada negativamente pelas mulheres (BRISLANE *et al.*, 2021). E várias fontes de resiliência, incluindo o uso de plataformas virtuais de comunicação, envolvimento em comportamentos de autocuidado e adesão às estruturas e

rotinas, vêm sendo adotadas como ferramentas de proteção neste período pandêmico (FAREWELL et al., 2020).

Essa realidade faz emergir a necessidade de discussão acerca desses marcadores de modo a compreender e superar os inúmeros desafios que permeiam a saúde pública no âmbito materno-infantil, que vão desde o trajeto à unidade de saúde para realização do pré-natal até o pós-parto em âmbito hospitalar. Visto que, não é necessário contrair a COVID-19 para sofrer com este cenário rodeado de incertezas em torno do cuidado perinatal, com mensagens inconsistentes de fontes de informação e falta de redes de apoio. (CHIVERS *et al.*, 2020; BEZERRA *et al.*, 2020). Com base no exposto, percebe-se que neste período da COVID-19 foram realizadas diversas mudanças, de cunho assistencial e de acolhimento a estas gestantes, e alguns questionamentos emergiram: Como a mulher vivencia o período de gestar e parir em época de pandemia da COVID-19? A partir destes questionamentos, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os significados atribuídos pelas puérperas ao vivenciar o gestar e parir durante a pandemia da COVID-19?

1 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados atribuídos pelas puérperas ao vivenciar o gestar e parir durante a pandemia da COVID-19.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura integrativa foi realizada por meio da busca em quatro bases de dados indexadas: SCOPUS (Elsevier); PUBMED (Central - PMC); Science Direct (Elsevier) e Web of Science - (Coleção Principal), utilizando os descritores MeSH Terms (Pregnancy, Parturition, Coronavirus Infections), com cruzamento único, e operador booleano OR. Foi utilizada também a literatura cinzenta como: Boletins informativos, Diretrizes e documentos governamentais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. A seleção dos artigos e dos manuais foi arbitrária, provendo de informações sujeitas ao viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva.

A infecção por coronavírus (COVID-19) é causada pelo novo vírus denominado SARS-CoV-2. (LI *et al.*, 2020). Globalmente, até o momento há 340.543.962 casos confirmados da COVID-19, incluindo 5.570.163 mortes notificadas pela OMS. Após o surgimento da doença em território chinês e a posterior imigração para a Europa, a pandemia avançou para América e o atual cenário epidemiológico coloca o Brasil na terceira posição do ranque mundial de casos de COVID-19, tendo seu primeiro caso registrado em três de janeiro de 2020 e, desde então, os casos vem aumentando de forma alarmante. Até o dia 21 de janeiro de 2022 já se contabilizou 23.416.748 casos confirmados, e destes 621.855 evoluíram para óbito. No momento em que escrevemos este texto, o Brasil, estava apenas atrás dos Estados Unidos e Índia nesses números. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a).

No Brasil, o impacto na saúde materna pelo SARS-CoV-2 é acompanhado pelo Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19, que até o dia 15 de janeiro de 2022, já registrou mais de 19207 casos de COVID-19 em gestantes e puérperas (OOBR COVID-19, 2022). Um estudo publicado no International Journal of Gynecology and Obstetrics, já sinalizava em junho de 2020 o agravo da COVID-19 neste grupo, com ocorrência de 124 óbitos maternos do total de 160 ocorridas no mundo, o que na época já representava 77% das mortes maternas notificadas mundialmente em decorrência desta pandemia. Esta situação acaba implicando na já elevada razão de mortalidade materna brasileira (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a pandemia tem causado impactos com prejuízos globais de ordem social e econômica, tornando-se um problema para saúde pública. Um estudo de coorte, realizado no México, composto por gestantes e não gestantes com COVID-19, identificou, após o emparelhamento do escore de propensão (5.183 gestantes e 5.183 não gestantes pareadas), que as gestantes apresentam maior chance de morte, pneumonia e internação na UTI do que mulheres não grávidas (MARTINEZ-PORTILLA *et al.*, 2021).

Com isso o Brasil vem enfrentando maiores desafios, uma vez que, há uma elevada circulação do SARS-CoV-2 e aumento no número de óbitos maternos pela covid-19, vale ressaltar também que, em janeiro de 2021, foi identificada uma nova variante que gerou preocupação do vírus COVID-19 (Variants of concern - VOCs) em território brasileiro, proveniente de amostras coletadas em Manaus (BRASIL, 2021b).

Em relação aos sintomas da COVID-19 podem variar de leves, como febre, coriza, congestão nasal, dispneia, mal-estar, mialgia e perda do paladar, diarreia, náuseas e vômitos até sintomas graves, como SARS e óbito, especialmente em grupos de risco como idosos, pessoas imunossuprimidos, gestantes, puérperas e portadores de doença crônica. Sendo que as gestantes são mais suscetíveis à COVID-19 devido as alterações fisiológicas da gestação, principalmente no sistema imunológico e respiratório, e decorrente destas adaptações ou eventos adversos da gravidez como: dispnéia, febre, sintomas gastrointestinais ou fadiga, os sintomas da Covid-19 podem se sobrepor, dificultando assim seu diagnóstico clínico (BRASIL, 2021; QIAO, 2020).

Um estudo buscou caracterizar os sintomas e a gravidade da doença entre mulheres grávidas com infecção por COVID-19 em Nova York, com população de cento e cinquenta e oito grávidas, observou que uma em cada cinco mulheres grávidas que contraíram a infecção por COVID-19 desenvolveram a doença com sintomas moderado ou grave e estas apresentaram como queixas principais a tosse e a dor no peito (ANDRIKOPOULOU et al., 2020). A literatura também tem demonstrado desfecho materno e neonatal desfavorável na presença da COVID-19 moderada e grave. Entre as mulheres em idade reprodutiva com infecção por SARS-CoV-2, a gravidez foi associada a hospitalização e aumento do risco de admissão em unidade de terapia intensiva e recebimento de ventilação mecânica (ELLINGTON et al., 2020). Uma revisão de escopo com noventa e cinco publicações identificou que as mulheres no período do gestar e parir tem maior risco de sintomas mais graves do que as pessoas que não estão neste grupo (KOTLAR et al., 2021).

Visto que este vírus é transmitido de pessoa para pessoa principalmente por gotículas respiratórias e também por meio de objetos contaminados, ou por via fecal-oral, seu potencial de transmissão aumenta quando se encontra em ambientes fechados e com aglomerações (BRASIL, 2021a; ONG *et al.*, 2020). Em seu estudo Mizumoto e Chowell (2020) descreveram o surto de transmissão da COVID-19 entre passageiros e membros da tripulação dentro de um cruzeiro asiático em que o número médio da dinâmica de transmissão atingiu valores próximos a 11, o que é maior do que as estimativas médias relatadas na comunidade na China e Cingapura que vão de 1,1 a 7. Neste navio, os casos passaram de um para 454 em apenas 16 dias, o que reforça o poder de disseminação do coronavírus em ambientes fechados.

Após o surgimento da doença, algumas medidas de controle de alto impacto (isolamento social e quarentena) foram adotadas pela China e pela Coreia do Sul, sendo que, mostraram-se eficazes para desaceleração das taxas de crescimento dos casos da COVID-19 (ANTUNES *et al.*, 2020). Muitos governos, incluindo o Brasil, adotaram estas medidas preventivas com o objetivo de minimizar a propagação do vírus, além das medidas de distanciamento social e em caso mais extremos o isolamento pessoal, incluíram-se também o cancelamento de eventos em massa, fechamento temporário de escolas e locais de trabalho, bloqueio de fronteiras, a recomendação para a população ficar em casa e o uso obrigatório de máscara em ambientes fechados e higiene das mãos com álcool em gel (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Mesmo após mais de dois anos de pandemia, a magnitude e a extensão das interrupções nos países não mudaram significativamente, embora todos os países tenham intensificado os esforços para responder aos desafios, gargalos e barreiras dos sistemas de saúde causados pela pandemia da COVID-19 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b).

Para conseguir atingir o objetivo de mitigação dos impactos da pandemia, além das medidas restritivas, diversos países e empresas farmacêuticas empreenderam esforços na produção de uma vacina segura e eficaz. No Brasil, a campanha nacional de vacinação contra a COVID-19 iniciou em 18 de janeiro de 2021, e seria necessário a vacinação de 70% ou mais da população geral para eliminação da doença, a depender da efetividade da vacina em prevenir a transmissão. O objetivo principal da vacinação foi focado na redução da morbimortalidade causada pela COVID-19, bem como na proteção da força de trabalho para manutenção do funcionamento dos serviços de saúde e dos serviços essenciais (BRASIL, 2021b).

Considerando que no Brasil há um aumento no número de óbitos maternos pela COVID-19, bem como complicações obstétricas, tais como parto prematuro, óbito fetal e abortamento, no dia 24 de abril de 2021 foi decidido a inclusão de todas as gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) nos grupos prioritários para vacinação, por meio da nota técnica N° 467/2021 (BRASIL, 2021b). Um estudo coorte, identificou que menos de um terço das mulheres grávidas elegíveis para a vacinação COVID-19 aceitou a vacinação e evidências demonstram que a vacinação contra COVID-19 na gravidez não altera os resultados perinatais (BLAKEWAY *et al.*, 2022). Dados recentes aumentam as evidências que apoiam a segurança da vacinação contra COVID-19 durante a gravidez para reduzir o risco de doença grave associada ao COVID-19 e recomenda a vacinação contra o COVID-19 para mulheres grávidas tardias, grávidas recentemente (incluindo aquelas que estão amamentando), que estão tentando engravidar agora ou que podem engravidar no futuro (LIPKIND *et al.*, 2022).

Sabe-se que se tornou imprescindível a medida de isolamento social, mas durante esse período, as mulheres no período perinatal estão sendo impactadas de forma única. Um estudo internacional identificou que as gestantes e puérperas demonstraram a presença de estresse pós-traumático elevado, ansiedade, depressão e solidão (BASU *et al.*, 2021). Um estudo misto, demonstrou que aproximadamente 12% da amostra relataram alta sintomatologia depressiva e 60% informaram ansiedade moderada ou grave, 40% da amostra relatou ainda se sentir solitária. Os principais temas relacionados ao estresse foram a incerteza em torno do cuidado perinatal, risco de exposição para mãe e bebê, mensagens inconsistentes de fontes de informação e falta de redes de apoio (FAREWELL *et al.*, 2020). Estudo realizado na Austrália identificou que mais da metade (58%) das mulheres relataram estar desgastadas o tempo todo, a maioria ou boa parte do tempo, 84% pontuaram sentimento de ansiedade e 72% referiram vivenciar o estresse (CHRISTIE *et al.*, 2021).

As informações sobre a COVID-19 em gestantes não são numerosas, mas significativas. Dados publicados recentemente, acerca dos aspectos clínicos, mostraram que a maioria das infecções maternas por SARS-CoV-2 ocorre durante o terceiro trimestre e resulta em um pequeno aumento nas internações hospitalares, internações na unidade de terapia intensiva (UTI), ventilação mecânica, parto prematuro e aumento de cesarianas em mães infectadas com SARS-CoV-2 (PARUMS, 2021). Um estudo observou que 17,4% das grávidas desenvolvem complicações graves da síndrome da dificuldade respiratória, 4,3% evoluem para morte materna, e 84% para o parto cesáreo e 36,8% progrediram com parto prematuro (ANTOUN *et al.*, 2020). De modo geral, 83% dos partos prematuros são por indicação médica (HEALY, 2021), e Chen *et al.* (2020) evidenciou que 100% das gestantes tiveram o parto cesáreo. Knight *et al.* (2020), em seu estudo coorte com 427 grávidas no Reino Unido, também observou que 10% mulheres necessitaram de suporte respiratório e 1% das mulheres morreram. Um estudo sueco evidenciou maior risco de as gestantes necessitarem de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) quando comparadas à mulheres não gestantes (COLLIN *et al.*, 2020).

De forma geral, estas revisões concluem uma linha de pesquisa clínica, na qual, a COVID-19 pode estar associada a alta prevalência de partos prematuros e cesarianas. Entretanto, as revisões referem às casuísticas de países e hospitais com avanços e recursos tecnológicos bem distintos daqueles que os países em desenvolvimento têm acesso. Na Itália, pacientes receberam cuidados com o sistema de oxigenação por membrana extracorpórea (SAVASI *et al.*, 2020), e enquanto no Brasil temos limitações para respiradores simples. Estudos realizados com a população de mulheres grávidas infectadas com a COVID-19 no Brasil são limitados a pequenas séries. Um estudo publicado em periódico internacional,

analisado por meio de dados da planilha do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP Gripe), revelou que 978 gestantes e puérperas foram diagnosticadas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e dessas 124 foram a óbito (taxa de letalidade de 12,7%), a maioria dos óbitos maternos aconteceram no período do puerpério, com importante associação a três comorbidades como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, mas o que mais chamou a atenção nesse estudo foram as graves falhas de assistência: 22,6% dos casos fatais não tiveram acesso a um leito de UTI, 14,6% das mulheres não tinham recebido qualquer tipo de assistência ventilatória e 36% não foram intubadas nem receberam ventilação mecânica (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Os dados parecem refletir que as pacientes obstétricas podem enfrentar barreiras para acessar ventiladores e cuidados intensivos. Este não é um problema novo no sistema público de saúde brasileiro e foi agravado pela pandemia COVID-19. As decisões sobre a via de parto e a interrupção da gravidez, na maioria dos casos, não devem ser determinados pela infecção materna por COVID-19. É necessária uma avaliação multidisciplinar, considerando estado geral da paciente, idade gestacional e vitalidade fetal. Em relação à cesariana em gestantes diagnosticadas com COVID-19, entre 26 e 40 semanas de gestação, não há indicação exclusiva para esse procedimento. No entanto, deverão ser mantidas as indicações obstétricas e clínicas considerando-se caso a caso. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade, o parto vaginal é seguro e recomendável (BRASIL, 2021a; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022).

Em um estudo coorte foi identificado que a transmissão transplacentária de SARS-CoV-2 para o feto pode ocorrer (PARUMS, 2021), sendo que as evidências sugerem que a transmissão vertical é incomum, e quando ocorre não parece ser afetada pelo tipo de parto, ou pelo clameamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele, método de alimentação (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022). O aleitamento materno tem sido muito discutido, pois fragmentos de RNA viral foram encontrados em algumas amostras de leite de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, mas, na etapa de isolamento do vírus no leite não foram encontrados vírus viáveis competentes para replicação (BRASIL, 2021a). Os benefícios do aleitamento materno exclusivo se sobrepõem ao potencial risco da transmissibilidade da COVID-19 (BRASIL, 2021; SANTOS *et al.*, 2022). A infecção materna por COVID-19 está associada a um risco aproximadamente dobrado de natimortos e pode estar relacionada a um aumento da incidência de bebês pequenos para a idade gestacional (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022).

Alguns estudos têm apontado que o cenário resultante da pandemia da COVID-19 tem impactado também no bem-estar físico e na saúde mental de parturientes, produzindo estresse, ansiedade e medo. Muitas parturientes acabam não indo ao médico devido à preocupação de que possam ser expostas ao coronavírus no ambiente hospitalar ou a caminho do pré-natal, dúvidas sobre o pós-parto que não são sanadas, sobretudo no que diz respeito a amamentação e aos cuidados neonatais e muitas estão preocupadas com a forma como suas famílias estarão presentes dadas as restrições urbanas e de quarentena. (FAKARI; SIMBAR, 2020; SAHIN; KABAKCI, 2020; SALEHI *et al.*, 2020). Estudo realizado no Reino Unido identificou, também, que a qualidade percebida da assistência obstétrica está sendo influenciada negativamente pelo reagendamento ou cancelamento de consultas pré-natais e exclusão ou incerteza sobre as permissões do parceiro de parto (BRISLANE *et al.*, 2021).

Durante a primeira onda da pandemia de COVID-19 em 2020, foram efetuadas alterações na prestação de serviços de maternidade com o objetivo de reduzir a transmissão nosocomial, isto incluiu a redução de consultas pré e pós-natais e adoção de métodos de consultas remota. (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022). O Ministério da Saúde recomenda a continuidade das ações de cuidado pré-natal, prevenindo ao máximo aglomerações em salas de esperas, com as melhores práticas de higiene e com o rastreamento e isolamento domiciliar de casos suspeitos de síndrome gripal, sendo que é recomendada a realização da coleta de exames e ultrassonografias no dia da consulta presencial para otimização e no sentido de garantir a segurança e manter os cuidados e é orientada a possibilidade de teleconsulta (BRASIL, 2021a). O Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE) recomenda que as mulheres de comunidades de minorias étnicas, pessoas com dificuldades de comunicação ou que vivem com condições médicas, sociais ou psicológicas, que as colocam em maior risco a continuidade da gestação, façam suas consultas de forma presencial (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022).

O cuidado da maternidade é essencial e estudos no Reino Unido e internacionais têm mostrado que mulheres que não comparecem aos serviços pré-natais têm maior risco de morte materna, natimorto e outros resultados perinatais (ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022). Já na assistência à parturientes em ambiente hospitalar, têm sido recomendadas ações que previnam a disseminação da infecção e o agravamento de casos diagnosticados através de medidas que, por sua vez, podem tornar o parto uma experiência estressora. Dentre essas ações podem ser citadas desde a necessidade de antecipação do parto, suspensão de visitas, medidas restritivas de liberdade (distanciamento social, isolamento social

e quarentena), a evitar a participação em qualquer reunião em que uma distância mínima entre os indivíduos não possa ser mantida, realização de procedimentos invasivos em casos mais graves e em caso de mães infectadas é recomendada a manutenção do aleitamento materno, mas é exigido higienização correta das mãos e uso de máscara enquanto estiver amamentando e cuidando do recém-nascido (BRASIL, 2021a; POON *et al.*, 2020).

As mulheres devem ser apoiadas e encorajadas a ter a presença do acompanhante durante o parto e pós-parto, direito este assegurado pela lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005). Contudo, durante a vigência da pandemia, como situação transitória que visa garantir a segurança de mães e recém-nascidos, não se tratando de restrição a direitos das mulheres, mas sim uma medida de contenção temporária, ficou estabelecido que os acompanhantes não podem ser de grupo de risco, não podem estar com sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante, sendo recomendável o uso máscara e a orientação quanto aos cuidados gerais de contato e higienização, além disso, devem ser solicitados a permanecer ao lado da cama da mulher. As visitas hospitalares devem ser suspensas, independentemente da confirmação da COVID-19 (BRASIL, 2021a; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2020).

Algumas maternidades e hospitais, como forma de prevenir a Covid-19, têm adotado algumas mudanças assistenciais com o isolamento no momento do parto, muitas vezes restringindo a entrada do acompanhante, doulas e fotógrafos (BASU *et al.*, 2021). Mas é importante ressaltar que existe um viés no contexto atual, pois temos como contrapartida os direitos das mulheres, o qual garantem à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. No Brasil, esses direitos são garantidos pela Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, conhecida como Rede Cegonha e instituída por meio da Portaria nº 1459/2011 (BRASIL, 2011). O acompanhante no momento do parto desempenha um papel importante como defensor das mulheres e excluí-los dos cuidados com a gravidez pode causar ansiedade adicional para as gestantes (KEATING *et al.*, 2021).

Mulheres no período perinatal são afetadas de forma única pela atual pandemia, sendo que a falta de informações detalhadas e oportunas pode exacerbar o risco de sofrimento psicológico e psicossocial (CHIVERS *et al.*, 2020). Mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados e é imprescindível dar continuidade aos cuidados obstétricos habituais com o pré-natal nas unidades básicas e maternidades, facilitando o acesso das gestantes aos serviços de saúde, garantindo insumos essenciais para hospitais com atendimento obstétrico e dando continuidade aos serviços de planejamento familiar e aborto previsto em lei. (NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2020; KOLKER *et al.*, 2021).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste estudo, o referencial teórico-filosófico utilizado é o Interacionismo Simbólico que teve origem no fim do século XIX com destaque para George Herbert Mead (CHARON, 1989). Em 1937, Herbert Blumer atribuiu à sua abordagem teórico-metodológica a expressão "Interacionismo Simbólico", desenvolvendo as primeiras formulações teóricas do Interacionismo Simbólico a partir de conceitos e princípios básicos extraídos da teoria da Psicologia Social, originalmente elaborados pelo filósofo e cientista social Georg Hebert Mead (1863-1931), e as empregou no estudo do comportamento coletivo (LITTLEJOHN, 1988). O Interacionismo Simbólico articula-se com abordagens qualitativas, o que possibilita a produção de conhecimento apoiado na realidade da prática de enfermagem permitindo que as experiências sejam compreendidas e estudadas (DUPAS, OLIVEIRA, COSTA, 1997).

A abordagem em questão, é uma ferramenta filosófica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira ampla e abrangente, além de mostrar o significado que as coisas têm para as pessoas. Mostra que este significado é decorrente ou resultante da interação dos elementos envolvidos no processo social, e procura saber se esses elementos são significativos toda vez que interagem e como utiliza o processo interpretativo ao agir mutuamente com os objetos mais significativos da sua realidade (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997). O Interacionismo Simbólico é uma abordagem sociológica das relações humanas que considera de suma importância a influência, na interação social, dos significados bem particulares trazidos pelo indivíduo à interação, assim como os significados bastante particulares que ele obtém a partir dessa interação sob sua interpretação pessoal (BLUMER, 1969).

O Interacionismo Simbólico baseia-se em três premissas: a primeira estabelece que os seres humanos agem perante o mundo, com base no significado que este lhe oferece. Nesta perspectiva, o autor descreve que tal premissa abrange tudo passível de observação no universo humano, como exemplo os objetos físicos (árvores ou cadeiras), instituições (escola ou governo) outras pessoas, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), ideias norteadoras (Independência individual ou honestidade), atividades alheias (ordens ou solicitação de outros), além das situações as quais as pessoas se deparam em suas vidas diárias (BLUMER, 1969).

A segunda premissa consiste no fato de que os significados são atribuídos aos elementos e coisas provenientes ou provocados da interação social com outros indivíduos. Diante disso, o interacionismo considera o significado como produto social, criações elaboradas por meio das ações humanas em seu processo de interação. Já a terceira premissa descreve que os

significados são manipulados por um processo interpretativo, utilizado pela pessoa ao se relacionar com elementos que ela entra em contato (BLUMER, 1969).

Para a compreensão da perspectiva teórica, faz-se necessária a compreensão de conceitos pertinentes à sua interação, tais como, mente e *self*, coisas, símbolos, linguagem, sociedade, ação humana, descritos da seguinte forma: A mente é a ação simbólica para o self e surge da interação com outros, dependendo de ambos os selfs e símbolos. O self é estabelecido no processo da experiência social como resultado de suas relações neste processo e representa um processo social no interior do indivíduo envolvendo duas fases analíticas distintas: o "eu" e o "mim" (CHARON, 1989).

O "eu" é a reação do organismo às atitudes dos outros, refere-se ao indivíduo como sujeito, corroborando às características, às tendências espontâneas não socializadas, já o "mim" é a série de atitudes organizadas que o indivíduo adota, reconhecendo o indivíduo como objeto social, com origem na interação (CHARON, 1989). Nesta fase, o indivíduo socializado é capaz de se comunicar, julgar, identificar, participar e até mesmo analisar sua interação com as outras pessoas (MEAD, 1972). Sendo que a natureza do próprio ser humano concebe o *self* sendo social, através da interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida (LITTLEJOHN, 1988).

As coisas a que Blumer se refere incluem o que o ser humano pode observar em seu mundo físico e, conforme o significado que essas coisas têm para o ser humano, suas ações são dirigidas a essas coisas, portanto, é tomado como base o significado das mesmas (LITTLEJOHN, 1988). Os símbolos são o que vemos e como interpretamos e o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica pois é através da interação simbólica que atribuímos os significados e como vivemos a realidade que direciona à nossa maneira de agir (CHARON, 1989). A linguagem é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência e é empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem (LITTLEJOHN, 1988).

Os interacionistas definem a sociedade como constituída de indivíduos que interagem uns com os outros, quando as atividades dos membros ocorrem como resposta de um ao outro, ou em relação ao outro (LITTLEJOHN, 1988). A ação humana é vista como um resultado formado da alta interação, é construída através das indicações que a pessoa faz a si e interpretação do que indica para agir. A pessoa identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, checa-se e elabora o que fazer com os outros pontos (BLUMER, 1969).

O significado surge da interação de duas pessoas, ou seja, o significado que uma coisa tem para uma pessoa cresce na forma pela qual as outras pessoas agem em relação a ele, com relação a essa coisa. O significado é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando interagem. O processo interpretativo é derivado do contexto da interação social o que ocorre é que a pessoa escolhe, checa, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação como um processo formativo, no qual os significados são usados e revisados como um instrumento para as diretrizes da ação (BLUMER, 1969).

Assim, o Interacionismo Simbólico, dentro do paradigma interpretativo, se preocupa em compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana, ou seja, a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem na relação as suas convicções. Este referencial permite aos pesquisadores e profissionais da saúde estabelecer juízo de valor do fenômeno investigado, contribuindo para uma melhor assistência profissional (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A utilização do referencial teórico-filosófico do Interacionismo Simbólico, na assistência a parturiente durante a pandemia COVID-19, favorece no cuidado da mulher em suas diversas fases do gestar ao parir e permite conhecer o ser humano em seus significados mais particulares. O Interacionismo Simbólico é utilizado nas pesquisas com metodologias qualitativas, realizando entrevistas aprofundadas na vida das pessoas e nos mostrando quais os significados que movem suas vidas, como podemos prestar um cuidado humanizado direcionado de que esta pessoa realmente necessita (MATTOS, 2001).

Diante disso, considerando que as puérperas são atores sociais capazes de interagir consigo mesmas e também com outros, o gestar e parir em tempos de COVID-19 – tida como um símbolo - terá um significado diferente para cada um considerando sua interação no ambiente. Entretanto, com o processo interativo, cada mulher poderá construir e até mesmo transformar o significado do gestar e parir como algo contínuo e dinâmico ao interagirem com outras puérperas, profissionais de saúde e rede de apoio (família, amigos), principalmente dentro do contexto do novo mundo, afetado pela pandemia da COVID-19, que ressignificou o viver da população de forma mundial. Cada mulher apoia suas atitudes e ações a partir de um universo de significados, ou seja, a ação está relacionada com o que aquele objeto – cenário da pandemia da COVID-19 - significa para mulher ao gestar e parir neste contexto.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo com abordagem qualitativa interpretativa. O estudo qualitativo é uma atividade situada que localiza o observador no mundo, consiste em um conjunto de práticas interpretativas que dão visibilidade ao mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, entrevistas, fotografias. Busca entender o fenômeno a partir dos significados que as pessoas a ele conferem. A competência da pesquisa qualitativa será o mundo da experiência vivida, pois é nele que a crença individual, ação e cultura entrecruzam-se (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Desta forma, neste estudo utilizamos a pesquisa qualitativa, para compreender que através deste método da pesquisa conseguimos identificar nas pessoas seus valores e atitudes que essencialmente moldam sua percepção de doença, saúde e cuidados de saúde e, portanto, influenciam o seu comportamento (TONG; WINKELMAYER; CRAIG, 2014). Através da abordagem interpretativa orienta-se a premissa para compreender o mundo como ele é percebido e vivido; compreender a natureza fundamental do mundo social ao nível da experiência subjetiva. Esta abordagem procura explicações da consciência individual e da subjetividade na perspectiva das pessoas e não dos observadores da ação (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Considerando que a produção científica é da área de Enfermagem no Brasil, elegeu-se para guia do estudo o instrumento COREQ, o qual é dividido em três critérios consolidados para relatar a pesquisa qualitativa, sendo: Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade (Aborda as características pessoais do pesquisador); Domínio 2: Conceito do estudo (Aborda as estruturas teóricas, a seleção de participantes, cenário e coleta de dados); Domínio 3: Análise e resultados (Aborda procedimentos para análise de dados e relatório) (SOUZA *et al.*, 2021).

Buscando a compreensão do significado do processo de gestar e parir na pandemia de COVID-19, como foi a construção do vínculo, os primeiros cuidados, a interação com os pais e rede de apoio, entendemos que, dentre os vários referenciais que podiam nortear esta pesquisa, o Interacionismo Simbólico contemplou todos os aspectos necessários. A utilização deste referencial se justifica, pois o gestar e parir em si é permeado de nuances de ressignificações. E, durante um momento pandêmico, isto pode ser somatizado devido às várias interações e significados, estimuladas por esse cenário e a atitude e ações que a mulher adota está associada a interação simbólica estabelecida a partir de um universo de significados. Este processo está relacionado com mente e *self*, coisas, símbolos, linguagem, sociedade e ação humana, logo se

o cenário da pandemia na obstetrícia significa para mulher algo desagradável, o gestar e o parir pode receber outro significado e conseqüentemente a ação da mulher será também resignificada.

4.2 Local

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade, de caráter filantrópico, localizada no Estado do Mato Grosso do Sul (MS), para tanto foi solicitado o acesso à instituição para a realização da coleta de dados, mediante anuência do (a) coordenador (a) da mesma no Termo de Solicitação de Acesso à Instituição (Anexo A). Importante salientar que a referida maternidade foi fundada há 81 anos e é referência em Ginecologia, Obstetrícia de risco habitual e UTI neonatal em MS.

Recentemente, devido à situação de emergência sanitária em virtude do Covid-19, a instituição tem emitido notas de esclarecimento que denotam mudanças na rotina de trabalho, como: a diminuição de pessoas circulando na sala de parto e no centro cirúrgico para evitar aglomerações, a solicitação de doações de equipamentos de proteção individual (EPI) diante da dificuldade de fornecimento desses materiais para todos os profissionais e parturientes, além de mudanças na entrada do acompanhante, como a proibição do mesmo durante a classificação de risco e consulta, após internação sua entrada é permitida desde que sejam cumpridos alguns requisitos como: Utilizar máscara N95, PFF2 OU PFF3, fazer o exame de coronavírus até 10 dias antes do parto e apresentar resultado negativo.

O exame e o equipamento de segurança individual estão sendo providenciados pelo próprio acompanhante. Está vetada a entrada de pessoas acima de 60 anos, com sintomas gripais, com doença crônica, oncológica e aqueles que estejam imunodeprimidos ou que tenham entrado em contato com pessoas infectadas pelo coronavírus e doulas e fotógrafos foram proibidos também durante a pandemia. A entrada de acompanhantes assintomáticos durante o pré, intra e pós-parto é autorizada pelo Ministério da Saúde desde de 2005 através da lei 11.108, mas devido a pandemia foram seguidos os seguintes critérios para ser acompanhante: não estar no grupo de risco para a COVID-19, não apresentar sintomas de síndrome gripal e deverão ser submetidos à triagem clínica no momento da internação da gestante (BRASIL, 2005; BRASIL, 2021).

A Maternidade apresentou medidas necessárias, excepcionais e temporárias, para impedir a disseminação do COVID-19, de acordo com a recomendação dos órgãos de saúde, evitando promover aglomeração de pessoas e um colapso do sistema de saúde. Esse cenário

está agravando a falta de EPIs para os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e parturiente, além de que a estrutura da maternidade não permite o distanciamento entre as pacientes e acompanhantes (JUSBRASIL, 2020).

4.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram representadas por mulheres que tiveram o parto assistido em uma maternidade situada no estado do Mato Grosso do Sul, após o início da pandemia da COVID-19 no Brasil. Foram entrevistadas puérperas que tiveram sua gestação e parto após início da pandemia, buscando captar as mudanças que surgiram no processo de gestar e parir vivenciados neste período.

Os critérios para inclusão de puérperas no estudo foram: Ser multíparas e residir no estado do Mato Grosso do Sul, após o início da pandemia da COVID-19 no Brasil. Foram entrevistadas puérperas que vivenciaram a gestação após início da pandemia, que tiveram seu parto realizado na maternidade escolhida para o estudo, com idade maior ou igual a 18 anos, que compreendessem bem a Língua Portuguesa, com discurso lógico para responder os questionamentos propostos, morar no estado do MS.

Foram excluídas as puérperas que não atenderam pelo menos um dos critérios de inclusão e aquelas cujo o parto foi assistido pela pesquisadora principal (para que não haja conflito de interesse), mulheres com alguma comorbidade, ou aquelas que tiveram seus bebês internados na UTI neonatal, que receberam algum procedimento de reanimação neonatal ou que foram a óbito, indígenas e quilombolas. Considerando as especificidades de estudos realizados nesses grupos populacionais, conforme determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A escolha das puérperas foi por meio do livro de registro de parto (O qual possui o nome da mulher, idade, procedência, número de consultas de pré-natal, exames de teste rápido, idade gestacional, além da data e hora do parto, intercorrências, e os profissionais responsáveis pela condução final do parto). A escolha das puérperas se deu diariamente, após identificação no livro de registro de parto, o convite foi feito nas enfermarias com as participantes que já se apresentavam no puerpério imediato, sendo entrevistada todas aquelas que aceitaram participar do estudo, desta forma as entrevistas foram realizadas no consultório do alojamento conjunto de forma individual durante o processo de internação, no final da coleta de dados participaram 30 puérperas.

Para finalizar a coleta de dados foi utilizada a saturação dos dados, ou seja, seu tamanho foi baseado de acordo com saturação teórica. Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Mas, é importante ressaltar que não existe um ponto de saturação a priori definido e nunca a quantidade de abordagens em campo pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo em todas as suas conexões e interconexões (MINAYO, 2017).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021 após a emissão de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e após o aceite voluntário das participantes. Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade que foram realizadas individualmente, utilizando-se roteiro semiestruturados contendo perguntas norteadoras.

O roteiro da entrevista (Apêndice B) foi elaborado pela pesquisadora principal e foi encaminhado para leitura e análise dos juízes (Que foi representado por dois enfermeiros obstetras que atuam em outras instituições com assistência direta ao parto normal), mas não houve nenhuma sugestão de que houvesse alteração no formato final do roteiro de entrevista a ser utilizado na coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista em profundidade, utilizando-se questões norteadora (O que significou estar grávida no contexto da pandemia? Como foi seu atendimento no pré-natal e parto? Como foi para você manter seu bem-estar e sua saúde mental diante dessa situação?) O instrumento de coleta foi pré-testado com duas puérperas não selecionadas para o estudo. O pré-teste foi realizado com duas para análise de possíveis adequações do instrumento para o alcance dos objetivos estabelecidos e para promoção de ajustes que não se fizeram necessário.

A entrevista foi conduzida exclusivamente pela pesquisadora principal, a qual é enfermeira obstétrica na maternidade do estudo, mas as coletas foram feitas pela pesquisadora em dias em que a mesma não estava de plantão e não teve contato anterior com a puérpera. Vale ressaltar que a pesquisadora recebeu treinamento da coordenadora do projeto uma semana antes do início das entrevistas, pois assim foi possível transmitir segurança e rigor metodológico durante o percurso das entrevistas.

O instrumento de coleta foi aplicado junto às puérperas e foi composto por perguntas que abordam aspectos sociodemográficos (idade, raça, estado civil, moradia, escolaridade, trabalho remunerado), informações sobre a gravidez atual (gravidez planejada, tipo de gravidez, condições de saúde ou doenças diagnosticadas, sintomas de COVID-19 durante a gravidez e puerpério, diagnóstico de COVID-19 durante a gravidez ou puerpério) e questões norteadoras sobre: experiência da gestação, mudanças ocorridas com a pandemia de Covid-19, experiência para realizar o pré-natal e parto, sentimentos vivenciados, repercussões na saúde mental e as estratégias de enfrentamento.

Antecedendo a realização do estudo, todas as puérperas convidadas e que aceitaram participar foram informadas sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em linguagem acessível à clientela, sendo que, a responsabilidade da pesquisa é de exclusividade da pesquisadora.

Após as informações e a concordância em participar do estudo voluntariamente, foi lido o TCLE, após a confirmação da compreensão do seu teor, houve o convite para a assinatura do mesmo, em duas vias, ficando uma com a entrevistada e outra com a pesquisadora principal, como o TCLE tinha duas páginas, a primeira folha foi rubricada e a segunda assinada. Também foram orientadas que poderiam declinar da participação a qualquer momento da pesquisa sem quaisquer danos.

Atendendo as recomendações éticas e de biossegurança para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos neste momento da pandemia por COVID-19, as entrevistas foram realizadas no alojamento conjunto, em uma sala privativa com ventilação natural que foi cedida pela instituição. A pesquisadora principal realizou entrevistas individuais, mantendo distância segura (2m), disponibilizou os EPIs necessários para cada entrevistada, além de álcool em gel 70% para higienização das mãos. Os EPI foram disponibilizados gratuitamente pela pesquisadora, sem nenhum custo para a instituição onde foi realizada a pesquisa.

As entrevistas tiveram uma média de tempo de 30 minutos e cada entrevista foi registrada com auxílio de gravador digital. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal no mesmo dia em que foram realizadas. Para devolução dos resultados será marcada uma reunião com as mulheres que participaram da pesquisa, por meio da plataforma digital, para que sejam informados os resultados finais do estudo.

4.5 Análise dos dados

Foi realizada uma análise preliminar dos dados logo após a realização de cada entrevista, que consistiu na leitura cuidadosa do conteúdo das mesmas, para posteriormente realizar as próximas. A análise foi orientada pelas premissas da análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon (2005), e no referencial do Interacionismo Simbólico, no qual os significados são atribuídos aos elementos e coisas provenientes ou provocados da interação social com outros indivíduos e com cenário obstétrico pós pandemia da COVID-19.

Os dados foram analisados em três etapas: Na primeira etapa foi a leitura flutuante dos dados, que identificou e quantificou as palavras ou conteúdo do texto, essas repetições das palavras foram destacadas para compreender o uso contextual das mesmas, identificando os principais temas presentes na fala das mulheres.

Conseguimos extrair principalmente os sentimentos das puérperas que vivenciavam o gestar e parir. O medo foi uma das palavras com maior número de repetições presentes nas 30 entrevistas e foi relatado em suas diversas facetas, seguidos de outros sentimentos que elas vivenciavam neste período de gestar e parir na pandemia da COVID-19. Outros temas que foram diversamente relatados por elas, foram: a ausência de elementos simbólicos e significativos de ser gestante e parir no período da pandemia e os elementos e ações utilizados como algo que minimizavam o gestar e parir durante a pandemia de COVID-19.

Na segunda etapa foi realizada as notas das primeiras impressões, pensamentos e uma pré-análise da entrevista através do processo de pré-códigos ou palavras-chave. Os pré-códigos ou palavras chaves emergiram de uma leitura em profundidade realizada de cada entrevista, sendo que os sentimentos, ausência de interações simbólicas e elementos/medidas de proteção, foram os que se destacaram nas falas das puérperas que vivenciaram o gestar e parir em tempos da COVID-19. Conforme é possível observar nos quadros 1, 2, 3 e 4.

Na terceira etapa, em que as entrevistas já foram pré-codificadas, foi realizada uma leitura dos pré-códigos para que pudessem ser reagrupados, neste reagrupamento emergiu categorias que expressaram a experiência do gestar e parir durante a pandemia da COVID-19: (1). *Eu vivia com medo durante o gestar e parir;* (2). *Outros sentimentos vivenciados no gestar e parir;* 3). *Ausência de interação dos elementos simbólicas no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19;* 4). *Os elementos/ações de proteção vivenciados no gestar e parir.*

Quadro 1: Sentimentos de medo vivenciado no gestar e parir em tempos da Covid-19.

CATEGORIA ANALÍTICA	PRÉ-CÓDIGOS
Sentimento de medo	Medo de sair de casa para comprar o enxoval.
	Medo de fazer compras no supermercado e ir à farmácia, de passear e jantar em um local fora do domicílio.
	Medo durante a ida para o trabalho, da aglomeração em uma simples fila no terminal, atividades laborais.
	O medo também era de desenvolverem depressão, pois tinham medo de estar grávida durante esta pandemia.
	Medo de pegar o Covid durante este período e transmitir para seus filhos.
	Medo evoluírem para um possível parto prematuro.
	Medo perderem o seu bebê.
	Medo de morrerem e deixarem seus filhos sozinhos.
	Medo durante a busca assistencial no ciclo grávido, na ida ao pré-natal ou até mesmo durante a espera para o atendimento profissional.
	Medo de serem atendidas no pré-natal pelo mesmo médico que realizava o atendimento aos pacientes com Covid-19.
	Medo de tomar ou não vacina.
	O medo durante a busca ao atendimento hospitalar para realização do parto, que em alguns casos foi cogitado até mesmo o parto domiciliar, devido ao medo de contrair a Covid-19. Este medo estava relacionado a possibilidade de acontecer algo com o bebê após o nascimento, medo de se infectar.
	O medo foi trazido na possibilidade de a mulher não ter a presença do acompanhante durante o parto.

Quadro 2 – Outros sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da Covid-19.

CATEGORIA ANALÍTICA	PRÉ-CÓDIGOS
Outros sentimentos vivenciados do gestar e parir	Preocupação com noticiário que abordassem a COVID-19 na gestação. Preocupação ao aguardar a consulta pré-natal junto a outras pessoas. Preocupação por pegar COVID-19 no hospital.
	Triste por não fazer o pré-natal. Triste por não fazer chá de bebê. Triste por não ter acompanhante no parto por causa da máscara. Triste por ficar longe da família. Triste por perder familiares para COVID-19
	Frustração por não conseguir marcar a consulta. Frustração por não tomar a vacina
	Pânico dos noticiários. Pânico de pegar Covid.

	Solidão por fazer distanciamento social na pandemia. Solidão no momento do parto pois achou que não poderia ter acompanhante devido as restrições de isolamento.
	Depressiva por ficar muito reclusa por causa da pandemia.
	Decepção de não ter o acompanhante nas consultas.
	Assustada por fazer o pré-natal na pandemia. Assustada por engravidar na pandemia. Assustada com risco de contrair a Covid e transmitir para o Bebê.
	Ansiosa e nervosa por não ter o acompanhante no parto. Ansiosa e estado de choque ao descobrir a gestação na pandemia. Ansiosa para vir para hospital, devido ao risco de contaminação.
	Desrespeitada pela falta de profissional para o atendimento ao pré-natal.

Quadro 3 - Ausência de interação simbólicas no gestar e parir em tempos da Covid-19.

CATEGORIA ANALÍTICA	PRÉ-CÓDIGOS
Ausência de interação simbólicas no gestar e parir em tempos da Covid-19.	Não poder realizar o chá de bebê, por causa das medidas de distanciamento social.
	Não ir na loja comprar para montar o enxoval, ou realizar compras de forma rápida.
	Não ter acompanhante no momento do parto, devido a falta de máscara apropriada (N95) exigida pela instituição ou por ser do grupo de risco.
	Não ter acompanhante na classificação de risco.
	Não poder sair de casa, devido ao isolamento social.
	Não ter reunião familiar por causa das regras de isolamento social.
	Abandono das consultas de pré-natal por causa o excesso de aglomeração nas unidades de atendimento. Não conseguir fazer o pré-natal devido a falta de profissionais de saúde. Não conseguir atendimento odontológico. Agendamento das consultas de pré-natal tardia. Falta de contato e acolhimento do obstetra durante as consultas de pré-natal. Priorização do atendimento assistencial apenas para paciente com a COVID-19.
	Demora no agendamento de exames laboratoriais e de imagem, da rotina pré-natal.
	Falta de medicações essenciais para curso gestacional como: sulfato ferroso e ácido fólico.
	Dificuldade financeira para comprar EPIs.
	Perda do emprego com impacto econômico causando desestruturação familiar.
	Sobrecarga ao assumir o papel de educador dos filhos mais velhos, por causa do ensino a distância.
	Perda familiar e do momento de despedida.

Quadro 4 - Os elementos/ações de proteção no gestar e parir em tempos da Covid-19.

CATEGORIA ANALÍTICA	PRÉ-CÓDIGOS
Os elementos/ações de proteção no gestar e parir em tempos da Covid-19.	Usar EPIs e aderir a demais medidas preventivas para controle da COVID-19.
	Exerxer a fé em Deus, por meio da leitura da bíblia, do acompanhamento de lives religiosas, oração em domicílio e musicas de louvores por meio do celular.
	Realizar o acompanhamento com a psicóloga por meio de terapia regulares.
	Imunização durante a gestação.
	Ter o apoio familiar (Esposo, mãe e pai). Ver o crescimento saudável do bebê e dos filhos mais velhos.
	Não assistir ou ler notícias acerca do COVI-19 na área da obstetrícia.
	Realizar atividades de lazer como ir pescar, realizar a leitura de livros, caminhar, assistir a séries e filmes e fazer artesanato.
	Ralizar cursos de aperfeiçoamento por meio do acesso online. Comprar enxoval pela internet. Realizar chamadas de vídeos para manter a conseqxão com rede de apoio. Trabalhar por meio de home office.
	Dar à luz em maternidade classificadas como de risco habitual.

4.6 Aspectos éticos

Foram respeitados os aspectos éticos e legais inerentes às pesquisas realizadas com seres humanos, de acordo com a Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado inicialmente à maternidade para autorização da instituição. Após a liberação da instituição, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação e parecer de Comitê de Ética em pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética com o registro da CAAE: 47953521.0.0000.0021.

As puérperas que participaram do estudo foram descritas por letras e números sequenciais, sendo P1 puérpera 1, e assim sucessivamente, visando preservar o sigilo e anonimato. Os resultados da pesquisa, favoráveis ou não, tornaram-se públicos em fóruns e fontes apropriadas.

A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa. As puérperas foram informadas quanto aos objetivos e método da pesquisa, garantia de sigilosidade das informações prestadas, benefícios e riscos em participar da mesma, finalidade científica das informações fornecidas e o direito de desistir da pesquisa no momento em que desejarem sem qualquer prejuízo.

As pesquisadas que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa foram convidadas a participar e, no caso do aceite por parte destas, foram obtidas suas autorizações mediante a assinatura TCLE (Apêndices A). A pesquisa não precisou ser interrompida, pois não houve desistência de todas as participantes ou evento danoso não previsto.

Os dados coletados ficarão sob a guarda e a responsabilidade da coordenadora da pesquisa pelo período de cinco anos, e após este prazo serão incinerados sendo que os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em forma de relatório final em eventos científicos pertinentes, estando prevista, ainda, a elaboração de manuscritos para a publicação em revistas da área da Enfermagem.

4.7 Riscos e benefícios às participantes

O estudo foi relevante e trouxe benefícios como a compreensão sobre o gestar e parir durante a pandemia de COVID-19 na perspectiva de parturientes. As informações coletadas podem ser utilizadas para a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem que envolverá o componente educativo e promotor da saúde direcionado às necessidades de saúde das mulheres que vivenciam o gestar e o parir neste momento pandêmico. Os riscos e desconfortos foram mínimos, não teve, a priori, prejuízos materiais ou danos nem riscos para as puérperas que participaram da pesquisa, visto que foram coletados apenas dados de acordo com suas vivências. No entanto, foi assegurada a desistência em qualquer fase da pesquisa, caso fosse do interesse delas.

Para evitar o risco de constrangimento perante o fornecimento das informações necessárias para a condução da pesquisa, a entrevista foi realizada individualmente de modo a garantir a privacidade, sem a interrupção de outras pessoas. O estudo não trouxe nenhum custo para as puérperas e nem receberam qualquer vantagem financeira, isto é, nenhuma delas sofreu danos decorrente dessa pesquisa. Foram asseguradas a garantia de assistência integral em qualquer etapa do estudo e o acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Nenhuma delas apresentou algum problema psicológico decorrente de sua participação na pesquisa, logo não preciso-se de encaminhamento para o serviço de Psicologia da referida instituição que, por sua vez, comprometeu-se em oferecer a infraestrutura capaz de lhe acolher e garantir assistência integral por meio de triagem e acompanhamento, bem como encaminhamento para outros serviços de saúde caso fosse detectada a necessidade.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma de artigos a serem descritos a seguir: No artigo 1 foram apresentados os sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da COVID-19), e no artigo 2 evidenciou-se a ausência de interação simbólica e elementos de proteção no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19.

Para melhor visualização das puérperas que participaram do estudo, iremos demonstrar a caracterização sociodemográfica, apresentadas na tabela 1 e as algumas informações relacionadas a gestação atual na tabela 2.

Tabela 1 – Características sócio demográficas das participantes do estudo, número e porcentagem segundo características sociodemográfico. Campo Grande, Brasil, 2022. (N=30).

Variáveis	Nº	%
Anos de Idade		
18 - 24	10	33.3%
25 – 30	10	33.3%
31 – 41	10	33.3%
Raça		
Branco	11	36.7%
Negro	4	13.3%
Pardo	15	50.0%
Estado Civil		
Casado	7	23.3%
Solteiro	6	20.0%
União Estável	17	56.7%
Escolaridade		
2º grau completo	14	46.7%
2º grau incompleto	6	20.0%
Ensino fundamental completo	3	10.0%
Ensino fundamental incompleto	5	16.7%
Sem ensino	1	3.3%
Superior completo	1	3.3%
Exerce trabalho remunerado		
Não	22	73.3%
Sim	8	26.7%

Tabela 2 – Número e porcentagem de informações relacionadas a gestação atual. Campo Grande, Brasil, 2022. (N=30).

Variáveis	Nº	%
Gravidez planejada		
Não	21	70.0%
Sim	9	30.0%
Realizou consulta pré-natal		

Não	0	0.0%
Sim	30	100.0%
Número de consultas		
1 a 5	16	53.3%
6 a 11	14	46.7%
Acompanhante durante o parto		
Não	12	40.0%
Sim	18	60.0%
Apresentou sintomas de covid-19 durante a gestação		
Não	27	90.0%
Dor na garganta	1	3.3%
Tosse seca; dor na garganta, dor de cabeça	1	3.3%
Tosse seca; dor na garganta, perda do paladar	1	3.3%

5.1 Artigo 1: Sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da covid-19.

RESUMO

Introdução: Estar no período perinatal é considerado um fator de predisposição para transtornos emocionais em período de crise aguda e as mulheres descrevem uma profunda sensação de perda do que deveria ter sido a gestação e puerpério durante a pandemia da COVID-19, que além da disseminação e mortalidade global, estimulou diferentes níveis de problemas de saúde mental. **Objetivo:** Identificar os sentimentos presenciados no gestar e parir em tempos da COVID-19. **Método:** Pesquisa qualitativa, interpretativa, na luz do Internacionalismo Simbólico, estruturada pelo instrumento COREQ. Realizada com puérperas múltiparas com 12 horas pós-parto, sem comorbidades ou complicações perinatais, que gestaram e pariram durante a pandemia da COVID-19, em uma maternidade classificada como de risco habitual, no Mato Grosso do Sul. Foram realizadas 30 entrevistas, entre os meses de junho a agosto de 2021 e foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas através da análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon (2005). **Resultados:** Neste estudo surgiram duas categoriais principais, que foram: Eu vivia com medo durante o gestar e parir; e a segunda foi definida como os outros sentimentos vivenciados no gestar e parir. Essas mulheres relataram ter vivenciado sentimentos negativos, centrados nas incertezas de como a COVID-19 afeta a saúde perinatal, nas mudanças das celebrações do momento gestacional, na forma como a rede de apoio vem sendo inserida neste contexto. Os sentimentos evidenciados na gestação e no parto foram de medo, preocupação, frustração, ansiedade, solidão, tristeza e até depressão. **Considerações finais:** As estratégias de contenção para interrupção da disseminação do vírus são necessárias, mas além disso, articular estas estratégias visando sempre a ampliação de medidas de apoio a saúde obstétrica é fundamental.

Descritores: Gravidez; Parto; Infecções por Coronavírus; Emoções Manifestas.

ABSTRACT

Introduction: Being in the perinatal period is considered a predisposing factor for emotional disorders in a period of acute crisis and women describe a deep sense of loss of what should

have been pregnancy and puerperium during the COVID-19 pandemic, which in addition to the spread of and global mortality, has stimulated different levels of mental health problems. **Objective:** To identify the feelings witnessed in gestating and giving birth in times of COVID-19. **Method:** Qualitative, interpretive research, in the light of Symbolic Interactionism, structured by the COREQ instrument. Performed with multiparous puerperal women 12 hours postpartum, without comorbidities or perinatal complications, who gave birth and gave birth during the COVID-19 pandemic, in a maternity hospital classified as usual risk, in Mato Grosso do Sul. Thirty interviews were carried out between June and August 2021 and were audio recorded, transcribed and analyzed using conventional content analysis by Hsieh and Shannon (2005). **Results:** In this study, two main categories emerged, which were: I lived in fear during pregnancy and childbirth; and the second was defined as the other feelings experienced in gestating and giving birth. These women reported having experienced negative feelings, centered on the uncertainties of how COVID-19 affects perinatal health, on changes in the celebrations of the gestational moment, on the way in which the support network has been inserted in this context. The feelings evidenced during pregnancy and childbirth were fear, concern, frustration, anxiety, loneliness, sadness and even depression. **Final considerations:** Containment strategies to stop the spread of the virus are necessary, but in addition, articulating these strategies always aiming at the expansion of measures to support obstetric health is fundamental.

Descriptors: Pregnancy; Parturition; Coronavirus Infections; Expressed Emotion.

5.1.1 Introdução

Em 2019, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) surgiu na China e causou a pandemia da COVID-19 (LI *et al.*, 2020). No Brasil, até o dia 22 de janeiro de 2022, foi registrado mais de 23.416.748 casos de COVID-19, com 621.855 óbitos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Juntamente com suas altas taxas de disseminação e mortalidade, tal surto global estimulou diferentes níveis de problemas de saúde mental, causando percepção de insegurança, preocupação, medo, estresse, ansiedade. (LU, LIN, 2021; KSHIRSAGAR *et al.*, 2021), visto que, epidemias/pandemias anteriores sugerem que as famílias, principalmente as mães, podem estar em maior risco (SHRESTHA *et al.*, 2020). Já as mulheres grávidas são uma população vulnerável que vivencia tanto alterações fisiológicas quanto hormonais (MERAYA *et al.*, 2021). Os transtornos de saúde mental perinatais podem se tornar mais prevalentes durante um período de crise aguda (CAMERON *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, as mulheres tiveram que lidar com as incertezas da própria gestação, com os fechamentos de estabelecimentos e com as restrições de contato social (ABU SABBAH *et al.*, 2022). As preocupações específicas da COVID-19 em relação aos potenciais efeitos da doença na gestação, a possibilidade de transmissão de mãe para filho, bem como o efeito da COVID-19 para o feto, além da probabilidade de aumento do risco de contrair a doença

ou apresentar complicações, também são evidenciadas neste grupo (AHAMAD; VISMARA, 2021). Desta forma, com as incertezas levantadas, as mulheres se sentiram desamparadas durante o período do gestar e parir e muitas referem que o evento alegre da gestação de repente vem se transformando em um momento cercado de medo e estresse devido a COVID-19 (AKHTER et al., 2021).

As consultas de pré-natal diminuíram, os motivos mais comuns de falta às consultas na atenção básica e nos hospitais, respectivamente, foram o medo de infecção própria e infecção da criança (RABBANI *et al.*, 2021). A infraestrutura de saúde foi sobrecarregada, as mulheres ficaram mais propensas a perder sua renda devido à pandemia quando comparadas aos homens e o fechamento de creches e escolas vem causando um estresse e desestabilização especialmente para as mulheres, que muitas vezes carregam o peso das obrigações de cuidar dos filhos (KOTLAR et al., 2021). Gestantes e puérperas demonstram maior risco de problemas na saúde mental, em sessenta e quatro países, as mulheres foram acometidas com sintomas elevados de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático do que a maioria da população geral durante pandemia (BASU et al., 2021).

A pandemia afetou negativamente a prestação de cuidados maternos, sendo identificado a diminuição do envolvimento da família, apoio emocional e físico além dos padrões de atendimento comprometidos com equipes sobrecarregadas (ASEFA *et al.*, 2021). O apoio social e o envolvimento em atividades físicas regulares parecem ser fatores de proteção capazes de amortecer os efeitos da pandemia na saúde mental materna. (AKHTER et al., 2021). Mas, vem sendo identificada uma diminuição no apoio social devido às restrições da pandemia (KOLKER et al., 2021). Por isso, modelos de telessaúde, que incluem oportunidades remotas para suporte social, são vistos como alternativa (STANHOPE et al., 2022). As mulheres descrevem que a pandemia desencadeou uma profunda sensação de perda do que deveria ter sido a gravidez e o pós-parto (KOLKER et al., 2021).

Diante das mudanças impostas pelo período pandêmico para a gestação e puerpério, faz-se necessário refletir sobre o gestar e o parir em tempos de pandemia da COVID-19, a fim de superar os inúmeros desafios que permeiam esse contexto, este estudo tem como objetivo identificar os sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos da COVID-19.

5.1.2 Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa interpretativa. Tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Desenvolvido em uma maternidade classificada

como de risco habitual, caráter filantrópico, localizada no Estado do Mato Grosso do Sul. Possui 143 leitos, dos quais 26 são leitos de terapia intensiva neonatal e 12 de semi-intensiva. Em 2018 foram realizados 9.102 partos nesta maternidade e a mesma concentrou 55,6% do total de nascimento em hospital no estado de MS, com a média de 758,5 partos por mês no local (SESAU, 2019).

Os critérios de inclusão das puérperas foram: Ser multigesta; ter vivenciado a gestação após início da pandemia, ter realizado o parto na maternidade do estudo, idade maior ou igual a 18 anos, que compreendiam bem a Língua Portuguesa e com discurso lógico para responder os questionamentos propostos.

Foram excluídas às puérperas que não atenderam pelo menos um dos critérios de inclusão e aquelas cujo o parto foi assistido pela pesquisadora principal (para que não houvesse conflito de interesse), mulheres com alguma comorbidade, ou aquelas que tiveram seus bebês internados na UTI neonatal, que receberam algum procedimento de reanimação neonatal ou que foram a óbito e puérperas indígenas e quilombolas.

As entrevistas foram conduzidas exclusivamente pela pesquisadora principal, sendo que o instrumento de coleta foi pré-testado com duas puérperas não selecionadas para o estudo, não havendo necessidade de ajuste nas questões norteadoras estabelecidas. O roteiro foi elaborado pela pesquisadora principal e foi encaminhado para leitura e análise dos juízes (representado por dois enfermeiros obstetras que atuavam em outras instituições com assistência direta ao parto normal), mas não houve nenhuma sugestão que houvesse alteração no formato final do roteiro de entrevista utilizado na coleta de dados. Vale ressaltar que a pesquisadora principal recebeu treinamento uma semana antes do início das entrevistas.

Os dados foram coletados através de entrevista em profundidade, sendo realizadas individualmente na maternidade, no período do pós-parto, dentre os meses de julho a agosto de 2021, após a emissão do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e o aceite da parturiente que realizou a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta foi aplicado junto às puérperas e foi composto por perguntas que abordavam aspectos sociodemográficos (idade, raça, estado civil, moradia, escolaridade, trabalho remunerado), informações sobre a gravidez atual (gravidez planejada, tipo de gravidez, condições de saúde ou doenças diagnosticadas, sintomas de COVID-19 durante a gravidez e puerpério, diagnóstico de COVID-19 durante a gravidez ou puerpério) e questões norteadoras sobre a vivência do gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19 tais como: experiência

da gestação, mudanças ocorridas com a pandemia, experiência de realizar o pré-natal e parto, sentimentos vivenciados, repercussões na saúde mental e as estratégias de enfrentamento.

A escolha das puérperas foi realizada por conveniência, através das informações descritas no livro de parto. As mesmas que foram convidadas a participar do estudo eram puérperas imediatas que estavam nas enfermarias. Atendendo as recomendações éticas e de biossegurança para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos nesse momento de pandemia da COVID-19, a pesquisadora realizou uma entrevista de cada vez, mantendo distância segura (2m) e disponibilizou os EPI necessários para cada mulher e álcool em gel 70% para higienização das mãos, visto que, os EPI foram disponibilizados gratuitamente pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas no consultório do alojamento conjunto de forma individual e a amostra final foi composta por 30 puérperas e cada entrevista foi registrada com auxílio de gravador digital. Foi utilizada a saturação dos dados para definir o total da amostra do estudo, sendo que as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora principal e foi realizada logo após cada entrevista.

Desta forma, foi feita análise preliminar dos dados logo após cada entrevista, que consistiu na leitura cuidadosa do conteúdo, para posteriormente realizar as subseqüentes coletas de dados. A análise foi orientada pelas premissas da análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon (2005). Já os dados foram analisados em três etapas: Na primeira foi realizado a leitura flutuante dos dados, que evidenciou e quantificou as palavras ou conteúdo do texto, essas repetições das palavras foram marcadas para compreender o uso contextual das palavras, definindo os principais temas presentes na fala das puérperas.

Conseguimos extrair os sentimentos das mulheres que vivenciavam o gestar e parir. O medo foi uma das palavras com maior número de repetições presentes nas 30 entrevistas e foi relatado em suas diversas facetas, seguidos de outros sentimentos que elas vivenciavam neste período de gestar e parir na pandemia da COVID-19. Na segunda etapa foi feito as notas das primeiras impressões, pensamentos e uma pré-análise da coleta de dados, por meio do processo de pré-códigos ou palavras-chave, sendo que os pré-códigos ou palavras-chave surgiram de uma leitura em profundidade realizada de cada entrevista. Na terceira etapa, em que as entrevistas já foram pré-codificadas, fez-se uma leitura dos pré-códigos para que pudessem ser reagrupados, neste reagrupamento surgiu categorias que expressaram a experiência do gestar e parir durante a pandemia de COVID-19: (1). *Eu vivia com medo durante o gestar e parir;* (2). *Outros sentimentos vivenciados no gestar e parir.*

5.1.3 Resultado

Neste estudo foi possível identificar os sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19, a partir da interação com elementos, ment e self, coisas, símbolos, ação humana e interação simbólica, que contribuiu para diversas interações e ressignificações do gestar e parir neste novo cenário, após o início da pandemia da COVID-19. Os quais antes eram atrelados a sentimentos voltados para celebração da chegada do bebê e do momento do parto, agora sofre com as interações com as coisas e símbolos após cenário pandêmico, tendo sentimentos vivenciadas de forma negativa, sendo o medo o maior sentimento vivenciado, o qual desencadeou outros sentimentos como preocupação, frustração, tristeza, ansiedade, solidão, decepção e depressão. Estes sentimentos foram agrupados em duas categorias: *eu vivia com medo durante o gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19* e *outros sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19*.

5.1.3.1 Medo de muitas coisas durante o gestar e o parir em tempos de pandemia da COVID-19.

Durante as falas das mulheres que vivenciaram o gestar e o parir, o medo foi o sentimento mais destacada e era algo que foi reforçado por elas o tempo inteiro sendo que, o medo foi informado apresentando diversas nuances. Nesta pandemia, as mulheres que vivenciaram o gestar relataram que tinham medo durante a ida para o trabalho, da aglomeração em uma simples fila no terminal, atividades laborais. *Este medo citado era de contrair e transmitir a doença para o bebê.*

Aí gerou a questão da fila no terminal, aí eu tinha que ficar em pé esperando o ônibus e sempre da ida para o serviço e do serviço para casa sempre foi o medo maior, por conta da aglomeração que eu passava depois de sair do serviço e na hora que eu saía de casa, eu fazia atendimento ao público no meu serviço e eu ficava com muito medo[...] P1.

Tanto que eu ia com medo de trabalhar, vou falar bem a verdade, eu ia com medo de trabalhar e olha que eu me cuidava muito [...] P9.

Medo de pegar a doença grávida né, esse que era o meu medo e eu ainda trabalhava em conveniência, aí eu ficava com muito medo da Covid [...] P13.

Durante o gestar o medo trouxe modificações na rotina diária, e estavam relacionados a sair de casa para comprar o enxoval, fazer compras no supermercado, ir à farmácia, e o medo também estava presente nas atividades de lazer como passear e jantar em um local fora do domicílio.

Esse monte de gente com Covid né, que dá até medo de sair na rua, de essa aglomeração de pessoas [...] P18.

Você tem medo todo dia, de você fazer uma simples compra e voltar com COVID e ainda infectar toda sua família né [...] P9.

Você vai comprar o enxoval..." "...não dá para estar passeando em comercio, igual aquele gosto que você tem de olha uma coisa, olha outra, você não tem mais aquilo, porque você fica nervosa com tudo, você tem medo de tudo [...] P12.

Eu acho que eu fui jantar duas vezes fora e na terceira eu disse que não ia mais não, pois não estava doida, porque é muito gente é muita coisa, por mais que a gente diga que não vai ter medo a gente vai ter medo [...] P12

Em um mercado, farmácia e a gente acaba encontrando com outras pessoas [...] P24.

Estar gestante na pandemia da COVID-19 pode contribuir na vivência de todas as faces do medo, visto se tratar de uma fase de maior vulnerabilidade. O medo também era de desenvolverem depressão, pois tinham medo de estar grávida durante esta pandemia. As mulheres relataram *o medo de pegar o Covid durante este período e transmitir para seus filhos, de evoluírem para um possível parto prematuro ou até mesmo de perderem o seu bebê, ou de morrerem e deixarem seus filhos sozinhos.*

Medo de perder o bebê, de pegar COVID e perder o bebe, ou de ter que fazer um parto prematuro [...] P2.

Eu tenho cinco filhos em casa, aí o meu maior medo era, contrair o COVID e levar para os meus filhos o meu maior medo era esse..." [...] P3.

Essa Covid não foi fácil não em, quase eu entrei em depressão no começo, ter engravidado assim sem ter planejado e por causa da Covid também, eu quase entrei em depressão pois eu não esperava outra gravidez [...] P13.

Com medo de você se infectar, ainda mais gestante, a gente não sabe que tipo de risco que pode trazer para você ou para o bebê [...] P14.

Medo de pegar o Covid, passar alguma coisa para meu bebe, ou até mesmo ter um parto precoce e eu vir a falecer e deixar minha filha sozinha no mundo [...] P24.

A gente já fica com medo né, como é que vai ser, será que você vai pegar Covid ou não vai, se vai nascer bem se não vai. [...] P26.

Foi possível observar também o sentimento de medo durante a busca assistencial no ciclo grávido, na ida ao pré-natal ou até mesmo durante a espera para o atendimento profissional. Tal sentimento fez com que algumas mulheres iniciassem o seu pré-natal de forma tardia e até mesmo desistissem de suas consultas muitas vezes motivadas pelo risco de contrair o COVID-19. Pois, as mesmas eram orientadas a aguardar sua consulta junto com as outras pessoas, em corredores sempre cheios. Obtivemos relatos do medo de serem atendidas no pré-natal pelo mesmo médico que realizava o atendimento aos pacientes com COVID-19. Reforçando que mesmo nos dias que eram prioritários ao atendimento às gestantes, as pessoas com COVID-19 sempre eram as prioridades, gerando sentimento de abandono e frustração.

Igual eu falei eu fiquei com medo de ir ao começo, eu já fui fazer meu pré-natal eu já estava com cinco meses e comecei tarde, eu tive medo de ir para o posto [...] P3.

Era difícil ficar indo lá no posto por causa da Covid daí eu ia com medo, porque chegava lá e ainda não conseguia consulta, já ia com medo por causa do Covid e ainda chegava lá e não conseguia atendimento [...] P13.

Eu pensei em não ir ao pré-natal por causa disso, porque também estava cheio de gente com Covid lá no corredor no oxigênio, aí eu ficava com medo de contrair [...] P18.

Eu fiquei com medo, com medo de ir no posto de saúde, pegar Covid, pois ali onde eu fui atendida, eles também atendiam paciente de Covid, então eu fiquei com medo [...] P24.

No comecinho, eu ficava com medo de ir e não fui, aí ficava pensando, a gente sabe da necessidade de ir em um pré-natal, aí nos três primeiros meses eu não fui [...] P28.

Ainda durante o pré-natal outro medo que surgiu estava relacionado a decisão de tomar ou não vacina.

Eu tomei a vacina com medo, tomei, mas com medo, também foi com medo porque tudo tem um medrosinho do desconhecido [...] P12.

Fazer o que tem que vacinar, aí eu acabei aceitando a Coronavac, eu fiquei meio assustada com medo de dar alguma coisa, mas não deu nada. [...] P21.

Eu tinha muito medo também, inclusive eu não tomei a injeção da Covid com medo também de dar algum problema no meu filho [...] P23.

Eu fiquei com medo né por causa do Coronavírus né, aí era para eu tomar injeção, mas a Dra. Entrou de férias, aí eu não peguei a autorização para tomar, aí eu fiquei com mais medo porque eu não tomei a injeção na gravidez [...] P29.

Diante ainda do contexto assistencial, foi possível identificar o medo durante a busca ao atendimento hospitalar para realização do parto e que em alguns casos foi cogitado até mesmo o parto domiciliar, devido ao medo de contrair a COVID-19. Este medo estava relacionado a possibilidade de acontecer algo com o bebê após o nascimento, medo de se infectar e que foi um critério escolhido por elas na hora de procurar atendimento da maternidade, pois o serviço não era referência da COVID-19 e realizava atendimento apenas as gestantes com risco habitual.

Eu falei assim para meu marido: você não deixa ninguém pegar ela está, você coloca ela na balança, então meu medo era esse de pegar COVID, de vir no hospital e ter alguém infectado [...] P4.

Eu queria fazer um parto em casa até conversei com meu esposo sobre isso, que é um sentimento de medo. [...] P9.

Ficava com medo de não dá certo né na hora do parto, de acontecer alguma coisa com o bebê ou comigo, porque como está acontecendo né, ou a gente pega o vírus [...] P17.

Aí ela falou não você vai na maternidade, aí eu dei graças a Deus porque eu acho que aqui é só gestante mesmo e fluxo de gente é menor, aí eu já fiquei mais aliviada, mas eu vim com medo também, medo da COVID, medo de pegar o COVID [...] P19.

Agente chega e fica assim meio com medo, por ser um hospital, a gente não sabe, nem todo mundo tem o mesmo cuidado como agente, tanto é que eu enrolei bastante para vir [...] P28.

Medo de pegar a COVID na maternidade, nas consultas ou em algum lugar [...] P30.

Ainda no âmbito do atendimento hospitalar, o medo foi trazido na possibilidade de a mulher não ter a presença do acompanhante durante o parto, de ter que vivenciar essa fase do parto sozinha e o que prevaleceu foi a falta de informação sobre ter acompanhante durante o parto, mas, isso estaria atrelado a compra da máscara N95, que deveria ser custeado por eles e não seria disponibilizado pela maternidade. Além da falta de informação que ter acompanhante é regulamentado por lei e elas tinham esse direito mesmo vivenciando o cenário de restrição e isolamento trazido pela COVID-19.

De ficar sozinha por causa do COVID né porque se tem COVID não pode ficar acompanhante...”. “...agora vem o medo dela já nascida, então outros medos vêm, continua os mesmos cuidados [...] P2.

Na hora do meu bebe nascer minha pressão subiu para dezoito porque eu estava com medo, porque eu estava me sentindo sozinha, minha mãe não entrou comigo [...] P3.
Você quer que o pai acompanhe, aí não deu por causa da máscara, eu não sabia que tinha que ter é a primeira vez que eu venho aqui, então eu não sabia e foi muito ruim [...] P17.

Eu fiquei mais ansiosa, mais nervosa aqui sozinha né, mais preocupada, ansiosa para ele vir e ele não aparecia [...] P26.

Durante as entrevistas não foram evidenciados relatos do medo da COVID-19 no período de pós-parto imediato, pois devido a pandemia houve mudanças na rotina de internação e liberação destas mulheres, que recebiam alta de forma precoce.

5.1.3.2 Outros sentimentos vivenciados no gestar e parir em tempos de pandemia de COVID-19.

Nesta categoria foram destacados outros sentimentos vivenciados neste período que são: preocupação, frustração, tristeza, pânico, amedrontamento, solidão, ansiedade, nervosismo, até mesmo sentimento de desrespeito, depressão e decepção.

Quando falamos sobre o sentimento de preocupação, assim como o medo foi possível observar diversas fases, como a preocupação em rotinas que até então eram cotidianas, como assistir televisão. Atualmente, o simples fato de assistir televisão gera preocupação ao ver noticiários, pois os mesmos destacam notícias relacionadas às mulheres grávidas que contraíram a COVID-19 e evoluíram ao óbito. Outra preocupação era durante a espera no saguão dos postos de saúde, no qual estavam expostas ao contato com outras pessoas, enquanto aguardavam as consultas de pré-natal. Esta preocupação estava também em contrair a COVID-

19 no hospital na hora do parto, ou até mesmo no pós-parto e nas consultas de puerpério e puericultura.

O que me deixou mais preocupada é isso, que eu vi bastante noticiário de mães grávidas e com bebê nascendo já com o COVID e internado no hospital [...] A gente não sabe quem tem quem não tem, aí eu fico preocupada, mas mesmo assim eu fui fazer o pré-natal não aconteceu nada, mas a minha preocupação era essa de ficar com um monte de pessoas sem saber se alguma já contraiu ou estão né [...] P3.

Porque meu pensar agora é poxa será que eu vou conseguir marcar uma consulta para minha filha, a primeira consulta dela, a minha primeira depois da gestação, a minha preocupação agora está sendo essa. [...] P4.

Foi preocupante bem preocupante, porque a gente fica com aquela tensão, alarmante o tempo inteiro, com medo de você se infectar, ainda mais gestante, a gente não sabe que tipo de risco que pode trazer para você ou para o bebê [...] P13.

Aí você fica preocupada agora de entrar em qualquer hospital, porque parece que vai estar cheio de COVID, meu sentimento é de nossa ir para o hospital e não voltar mais ou sair com o COVID [...] P9.

A frustração também foi sentida pelas mulheres quando descobriram a gestação durante a pandemia, sendo relatada como um momento difícil na vida financeira devido a dificuldade de adesão ao emprego, o que veio contribuir para separação familiar. Houve frustração por não conseguirem fazer o acompanhamento das consultas de pré-natal e pela falta de medicações (ácido fólico e sulfato ferroso) nas farmácias do governo.

Foi frustrante, olha na verdade eu tentei três vezes remarcar nem que se fosse com enfermeiro né e depois eu desisti, eles ficaram de mandar uma mensagem porque eles estavam com contato assim, via celular, via WhatsApp, mas não mandaram. [...] P4.

No meu aniversário descobri que eu estava grávida, e isso me frustra um pouco porque foi no meio dessa pandemia e eu fiquei bem reclusa, acabei perdendo o emprego e aí né as coisas apertaram, a gente acabou saindo da nossa casa alugada, eu fui morar com a minha mãe, e meu marido, meu esposo foi morar com a mãe dele [...] P11.

É frustrante, no caso o governo que teria que ter essa medicação, que é uma medicação para gestante mesmo, e a gente não ter acesso a isso, então é frustrante [...] P24.

Outro sentimento foi de pânico, durante o período que as mulheres assistiam ao noticiário, ou até mesmo na possibilidade de poder contrair a COVID-19 e transmitir para o bebê, sendo que existia o pânico de morrer desta doença, e por isso, vivenciaram a gestação reclusas.

Eu vejo tanto na televisão mãe morrendo assim grávida, aí eu entrei em Pânico também, aí depois eu fui tirando essas ideias, fui conversando com a psicólogo [...] P5.

A gente sai no centro eu fico meio com um pouquinho de pânico assim de conversar onde tem muita gente por causa da Covid-19 né, eu evito muito sair de casa, só saio se for necessário mesmo [...] P8.

Pânico de você pegar né, porque esse vírus você não vê, pegar e daí morrer você ou seu filho, esse é o pânico [...] P9.

A tristeza esteve presente na maioria dos relatos e estavam atreladas a não conseguirem marcar a consulta de pré-natal, devido a falta de profissional médico, por não terem o acompanhante na hora do parto, por falta de dinheiro para comprar a máscara N95, outras por não ter a informação de que poderiam estar acompanhadas se tivessem a máscara N95. Outros motivos de tristeza foram ter perdido alguns familiares pela COVID-19 e não poder ir ao velório e nem se despedir, o afastamento dos familiares durante a gestação, não ter a possibilidade de fazer o chá de bebê e o chá rifa não ser algo que substituísse os sentimentos de fazer tal evento.

Foi uma coisa que me marcou, porque eu queria poder ficar assim todo mundo junto né e a gente não pode, e a família é importante para dar apoio né, então eu fiquei triste [...] P10.

Eu acabei perdendo um padraсто muito querido, eu não podia ir ao enterro dele, não pude ir ao velório, pois eu estava gestante e isso foi muito triste. [...] P11.

Daí meu irmão faleceu não pode nem ver ele para me despedir e foi isso, ele morava lá em Aquidauana, aí ele pegou a Covid e foi rápido e eu não pode ver ele e isso me deixou muito triste, não poder me despedir dele né [...] P13.

Não deu certo deu fazer meu chá de bebe, meu chá de fralda, nada né por conta desta aglomeração que não pode ter, então me deixou bem triste, pois eu estava bem feliz eu estava animada, aí chegou esta pandemia e acabou com tudo né [...]. Ah eu achei triste porque eu queria que pai dele acompanhasse, aí não deu por causa da máscara, eu não sabia que tinha que ter é a primeira vez que eu venho aqui, então eu não sabia e foi muito ruim [...] P17.

Não tinha médico, eu entendo que acho que é por causa desta pandemia também né, mas eu me senti muito mal fiquei triste, mas fazer o que né [...] P19.

Foi ruim porque todo final de semana nos tirava para ir visitar, aí começamos a parar não podia ir mais, aí vós já senti a solidão e fica triste, não foi bom não [...] P21.

Ah triste assim porque dos outros dois filhos eu fiz, aí essa aqui não deu para fazer por causa da pandemia, aí eu fiz o chá rifa, mas eu queria ter feito o chá fralda, para poder reunir todo mundo né, igual os outros [...] P29.

As mulheres vivenciaram momentos assustadores perante a diversas situações e por estarem gestantes durante uma pandemia, logo esse sentimento foi descrito por meio de relatos de susto ao descobrir a gravidez. Estas mulheres se mostraram assustadas ao terem que conviver com outras pessoas na espera pelas consultas de pré-natal, por saberem do risco de transmissão da COVID-19, e também por muitas vezes não conseguirem serem imunizadas.

Em questão dela também e essa doença aí esse vírus aí é bem, a gente ficou assustado por isso né, de engravidar logo agora e aí a gente ficou assustado [...] P19.

Ah você já vai com aquele pensamento ah você tem que se cuidar, se não é você e seu filho que vai pegar, a gente fica meio assustada né [...] P21.

Olha eu tomei um susto primeiro pois eu não esperava né, não estava planejado e segundo eu fiquei aí meu Deus e agora no meio de uma pandemia é complicado [...] P22.

Só que meio assustado, que a gente vê tanta gente junto, por ser posto, por ter tanta gente, cada um com uns problemas de saúde e a gente não sabe quem tem o que, ficamos mais frágil nesse tempo e acha que qualquer pessoa pode passar para você [...] P28.

Porque muita gente né está falecendo, criança também e eu não consegui tomar a vacina da Covid, aí eu fiquei assustada por causa disso, porque vai que eu pego a Covid e prejudico ela né, aí eu fiquei assustada por causa disso [...] P29.

As mulheres relatavam o sentimento de nervosismo de ir às consultas e ter o risco de pegar a COVID-19, e o choque e a ansiedade de descobrir a gestação em plena pandemia e vivenciar o risco de contrair a COVID-19 tanto na atenção básica como na unidade hospitalar.

Eu falo sempre teve coisas né infecção hospitalar, essas coisas todas, mas antes a gente não botava essas coisas na cabeça, depois do COVID você fica ali meio que amedrontado né [...] P6.

Eu fiquei ansiosa, eu esperei até o último minuto para vir ao hospital mesmo, eu esperei até não aguentar mesmo, porque é um risco, eu vim de aplicativo então eu posso pegar vindo pelo aplicativo, na recepção, de alguém que não higienizou a mão direito, mesmo com máscara, então eu fiquei meio receosa. [...] P11.

A mais têm o dia da gestante, mas sempre tem gente fazendo teste, tem uma área que isola, mas na verdade não isola, e todo consulta é um nervoso [...] P12.

As três vezes eu fui embora chorando para casa por causa disso, por conta das consultas, porque pré-natal você tem que fazer tudo direitinho, você tem que ter no mínimo umas sete ou oito consultas [...] P15.

Muitas vezes também foi identificado o sentimento de desrespeito devido à falta de médico para continuidade do acompanhamento do pré-natal, ou até mesmo a falta de priorização do atendimento.

Eu me senti muito magoada porque querendo ou não eu deixava meu filho com os outros né, o autista, pagava uma pessoa, para no final de tudo não ser atendida, porque a médica falou para mim, não, é que eu estava atendendo um pessoal que está tomando a injeção né, ou que está com suspeita, então tipo assim eu estou gestante, aí depois que ela atendesse o pessoal primeiro que estava com suspeita de Covid e estava para tomar a injeção, aí depois ela ia me atender, entendeu [...] P23.

Eu me senti desrespeitada, porque eu acho que para uma unidade básica você ter um médico, eu acho que eles deveriam ter inserido mais um médico para poder continuar com o atendimento, não só comigo gestante, mas com as demais também, porque não foi só eu que fiquei desassistida. [...] P24.

Mesmo sabendo da importância da realização do distanciamento e isolamento social, foi possível identificar que durante o gestar e parir as mulheres se sentiram solitárias e agoniadas por não poderem sair ou ter contato com outras pessoas e, que em casos extremos, foi relatado o sentimento de depressão e muitas vezes a decepção por não poderem ter o seu companheiro durante as consultas.

Eu tive que ficar reclusa, ficando muito depressiva, então eu não pude ver os amigos, eu não pude ver meu pai, não pude quase conviver com meu esposo e fiquei triste, assim porque eu tinha que ficar em casa trancada fechada. [...] P11.

Eu acreditei por estar em uma pandemia e aquela coisa toda não teria acompanhante e estaria todo mundo sozinho e acabou que eu vi, que todo mundo tinha acompanhante e eu acabei me sentindo sozinha. [...] P12.

Foi agonizante porque a gente é acostumada a trabalhar, tem um ritmo acelerado né, nossa eu fiquei bem ruim mesmo de ficar em casa. [...] P19.

Um pouco de decepção, porque foi muito planejado, eu esperei oito anos para ter ela, programei a próxima gravidez para ter ele acompanhando, pois na minha primeira gestação não pude, ele não pode, fiquei sozinha e queria que agora fosse totalmente diferente, vamos fazer tudo diferente, mas acabou que deu tudo certo no final, mas perdemos bastante momentos importantes juntos, esses momentos na consulta sabem. [...] P20.

Me senti muito sozinha, pois meu esposo trabalha, sendo dona de casa eu me sentia sozinha, não tinha com quem conversar, não tinha como ir à casa da pessoa que por conta da pandemia não podia sair, foi complicado [...] P24.

5.1.4 Discussão

O Interacionismo Simbólico possibilitou descrever os principais sentimentos vivenciados pelas mulheres durante o gestar e o parir. Para Blumer (1969) o indivíduo é considerado um ator social, capaz de interagir consigo mesmo e com o mundo em que está vivendo e as mulheres que fizeram parte deste estudo vivenciaram a pandemia da COVID-19, algo novo e inesperado e foram atores sociais que tiveram mudanças na forma de interagir com as pessoas e o mundo.

Mulheres que gestaram e pariram vivenciaram em suas vidas diárias as diversas facetas do medo. Além do medo outros sentimentos surgiram: preocupação, frustração, tristeza, pânico, amedrontamento, solidão, agonia, ansiedade, nervosismo, susto, mágoa, choque, desrespeito, depressão e decepção foram outros sentimentos comuns vivenciados por elas durante a pandemia, visto que a maioria destes resultados também são identificados em outros grupos populacionais. (FRENCH; MORTENSEN; TIMMING, 2020; SHRESTHA et al., 2020; RAHMAN et al., 2020). Mas de acordo com estudos anteriores, as mulheres no ciclo grávido e puerperal em todo o mundo vivenciaram maior sofrimento psicológico durante a pandemia da COVID-19 (DI GIORGIO et al., 2021; LEBEL et al., 2020). Isto provavelmente é resultado das complicações econômicas, sociais, e relacionadas à saúde que afetam o ciclo grávido e puerperal, bem como as incertezas sobre os efeitos do COVID-19 no feto (PREIS et al., 2020).

Pesquisas realizadas na Itália, Jordânia e Indonésia indicaram que as puérperas demonstram preocupação e medo de contrair a COVID-19 e transmiti-la para o feto (ABU SABBAH et al., 2022; WIDIASIH et al., 2021; SMORTI et al., 2022). Além disso, este estudo trouxe avanços no quesito sentimento, pois essas mulheres eram multíparas e indicaram o medo

com maior intensidade, pois além estas sentirem medo de perder o feto, tinham medo e pânico de morrer e deixar seus outros filhos sozinhos. Mães com maior número de filhos apresentam maior sofrimento psíquico (MERAYA et al., 2021). Um estudo, realizado com participantes de 27 países, identificou que os riscos para os entes queridos foram positivamente relacionados ao aumento do medo para a COVID-19 (MERTENS et al., 2020). Gestantes e puérperas centralizam o medo, principalmente, nas consequências que cercam a saúde do seu bebê e assim ficam com menos foco em si próprias (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021; KOLKER et al., 2021).

As puérperas descreveram que a pandemia mudou o rumo de suas vidas de forma inesperada, expressando medo e preocupação ao sair de casa para fazer compras no supermercado, ir à farmácia, medo de sair para passear ou jantar e até mesmo durante a comprar do enxoval, tornando-se reféns do próprio medo. Pesquisas recentes com a população do Reino Unido mostram que as pessoas estão vivenciando um conflito psicológico: entre o desejo de ficar seguras e o desejo de manter uma vida normal e prazerosa (BACON; CORR, 2020). Assim como neste estudo, mesmo sabendo da importância da realização do isolamento social, durante o gestar e parir as mulheres se sentiram mais solitárias e agoniadas (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021), visto que, as gestantes tendem a restringir ainda mais suas vidas e sofrerem mais com os efeitos, em grande parte negativos para a saúde mental, o qual foi o tema transversal neste estudo que evidenciou ainda o medo como um fator-chave (motivação automática) para adesão às diretrizes de saúde pública pandêmica (ANDERSON et al., 2021).

Ainda acerca das mudanças da rotina diária, após o início pandêmico, observa-se o sentimento de preocupação, pânico e medo crescente das mães, ao ligar a televisão e ouvirem os alertas e as notícias de precauções mais intensivas, restrições e um número crescente de casos de COVID-19 em todo o mundo. Na Jordânia, a cobertura oficial de notícias e as mídias sociais também desempenharam um papel importante na amplificação dos medos das gestantes (ABU SABBAH et al., 2021). Embora o medo da pandemia possa ativar a resposta protetora, o medo exagerado pode ser mais prejudicial do que a própria doença (REN; GAO; CHEN, 2020). Considerando isso, a forma como a pandemia é transmitida pela mídia e as palavras escolhidas na cobertura podem aliviar ou exagerar as percepções e respostas das pessoas (OGBODO et al., 2020).

Nesta pandemia, as mulheres sentem menos excitação em torno da gravidez (KEATING et al., 2021) e a descoberta da gestação, neste contexto, vem desencadeando diversos sentimentos negativos como frustração, susto, amedrontamento, nervosismo, ansiedade e choque. Evidências demonstram que sofrimento psicológico materno são fatores de risco para

resultados adversos para binômio, incluindo maior risco de infecções respiratórias recorrentes infantis (KORHONEN et al., 2019). As expectativas do que poderia ser a gestação e até mesmo o puerpério estão sendo frustradas e há um sentimento de perda por não poder acessar o apoio importante da família, cerimônias e rituais normalmente realizados durante este período (KOLKER et al., 2021). Desta forma, alternativas como chá rifa, para substituições de cerimônias e rituais como o chá de bebê, foram realizadas pelas participantes de nosso estudo, mas não substituíram o momento de emoção que as reuniões com entes queridos possuem.

As mulheres grávidas trabalhadoras que fizeram parte do estudo relataram o medo durante o trajeto para o trabalho, pois se sentiam inseguras devido a aglomeração em filas nos terminais e transportes públicos. Algumas participantes do estudo qualitativo realizado no Canadá descreveram o sentimento de culpa por trabalhar em um ambiente de risco sendo que aquelas que não trabalhavam na área da saúde sentiram a pressão para parar de trabalhar e algumas foram profundamente impactadas financeiramente devido aos cortes de emprego (KOLKER et al., 2021). As mulheres desta pesquisa relataram a perda do emprego, além do impacto financeiro que estimulou a desestruturação familiar, experimentaram também o sentimento de frustração. A literatura revela que as mulheres se mostraram mais propensas ao ficarem desempregadas durante a crise do COVID-19 (KOTLAR et al., 2021).

Um estudo qualitativo realizado na Turquia identificou que as gestantes tinham o direito de horários de trabalho flexíveis ou licença administrativa, o que parece ter contribuído para uma alimentação balanceada e melhor atenção para autocuidado e saúde mental (AYDIN; AKTAŞ, 2021). No Reino Unido, algumas gestantes que não puderam trabalhar em casa, optaram por deixar o trabalho ou tirar licença médica ou licença maternidade antecipada, pois preferiam ficar preocupadas com as consequências financeiras ao invés de se colocar em risco, apesar de que os esquemas de licença e apoio financeiro facilitaram essas decisões (ANDERSON et al., 2021). Embora as iniciativas de saúde pública sejam implementadas para manter as pessoas seguras, os custos sociais e emocionais devem ser considerados e avaliados (SWEET et al., 2021).

Em consonância com nosso estudo, outras referências na literatura identificam que as mulheres enfatizaram o sentimento de medo e preocupação ao realizar suas consultas de controle pré-natal e que muitas vezes o medo estimulou o início do pré-natal de forma tardia, cancelamento e até mesmo o abandono das consultas (BIVIÁ-ROIG et al., 2020; AYDIN; AKTAŞ, 2021; SAHIN; KABAKCI, 2021). A pesquisa ainda trouxe evidências de que o medo das gestantes também estava atrelado ao fato de serem atendidas pelo mesmo médico que prestava atendimento aos pacientes com COVID-19. Um estudo qualitativo demonstrou que,

mesmo apresentando complicações na gestação, as mulheres estão relutantes em procurar cuidados de saúde, devido ao medo de contrair a infecção e transmiti-la ao feto (ABU SABBAH et al., 2021). Uma pesquisa recente mostrou que as pacientes estão abertas a modelos alternativos de assistência pré-natal, incluindo o monitoramento remoto, visto que muitas estão evitando o acesso ao serviço de saúde de forma presencial, por medo de infecção pela COVID-19 (STAMPINI, et al.; 2021).

A maior consternação de todas as mulheres, de uma pesquisa com métodos mistos, foi a frustração com a falta de acesso ao serviço e atrasos nas consultas e exames, além de relatarem que os atrasos e cancelamentos aumentaram a ansiedade. (DAVIS et al., 2021). Este estudo trouxe maiores informações dos sentimentos vivenciados no pré-natal além do relatado, como a tristeza, desrespeito e mágoa por não conseguirem as consultas pré-natais e sentimento de priorização do atendimento a pessoas com COVID-19. Houve frustração também com a falta de medicações (ácido fólico e sulfato ferroso) nas farmácias fornecidas pelo governo e um aumento no número de pessoas aguardando em saguões de clínicas de pré-natais (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021). Identificado também em nosso estudo e descrito como momento assustador cercado de preocupação devido ao risco de contrair a COVID-19.

Com a pandemia da COVID-19 em curso, um estudo descritivo qualitativo revelou que intervenções com abordagens tecnológicas que facilitam a realização da assistência ao ciclo gravídico e puerperal são fundamentais para o monitoramento do bem-estar fetal (WIDIASIH et al., 2021). Visto que o pré-natal vem sendo afetado negativamente pela pandemia, uma vez que as mulheres diminuíram a busca do serviço de forma presencial, normalmente estimuladas pelo risco de infecção pela COVID-19 (KOTLAR et al., 2021).

Pesquisa recente com mulheres grávidas na Itália avaliou a distribuição de sentimentos básicas, experiências físicas e construções psicológicas relacionadas às expectativas do parto antes e depois da pandemia da COVID-19 e identificou que as mulheres eram mais propensas a ver o parto com alegria antes da COVID-19 e depois do início da pandemia o medo foi o sentimento que mais prevaleceu (98%) (RAVALDI et al., 2021). As mulheres estão preocupadas com a sua saúde e a do feto e referem medo de contrair a Covid-19, ou da infecção dos bebês após o nascimento nos hospitais (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021). Um estudo transnacional com a população analítica de 6.894 mulheres, residentes em 64 países, identificou que muitas das preocupações mais comumente relatadas estavam relacionadas ao parto, sendo a impossibilidade de a família não poder visitar após o parto (59%), do bebê contrair COVID-19 (59%), da falta de uma pessoa de apoio durante o parto (55%) e alterações no plano de parto (41%) (BASU et al., 2021).

Em conformidade com resultado desta pesquisa, o sentimento de medo de parir sem acompanhante foi identificado (ABU SABBAH et al., 2021) isto porque estudos mostram que o apoio de entes queridos é um mediador do medo no momento do parto (CHRZAN-DEŹTKOŚ; WALCZAK-KOZŁOWSKA; LIPOWSKA, 2021). Além do medo, o sentimento de tristeza se fez presente em nossa pesquisa, nos casos de parturientes que não tiveram o acompanhante na hora do parto, justificada na maioria das vezes pela falta da máscara N95 ou por falta de informações acerca dos pré-requisitos para entrada do acompanhante. Estudo com abordagem de métodos mistos identificam que a falta de comunicação clara sobre informações de cuidados pré-natais do hospital foi uma fonte de frustração considerável para a maioria das mulheres (DAVIS et al., 2021). Comunicar o motivo das mudanças aos pacientes com antecedência pode promover satisfação com o cuidado (STANHOPE et al., 2022).

Nosso estudo demonstrou ainda que algumas mães, devido ao medo do atendimento hospitalar para realização do parto, cogitaram o parto domiciliar. Segundo um estudo qualitativo, realizado com mulheres residentes no condado de Kilifi, Quênia, houve um rápido aumento no número de mulheres que tiveram seus partos conduzidos por parteiras em domicílios, isso ocorreu por a vários fatores, incluindo medos de infecção hospitalar e redução da disponibilidade de serviços de atenção primária incluindo partos em unidades de saúde (OMBERE, 2021).

Os símbolos são o que vemos, como interpretamos, e o nosso mundo é construído através de símbolos, a nossa realidade é simbólica, desta forma é através da interação simbólica que atribuímos os significados e tomamos as decisões de como iremos agir (CHARON, 1989). Antes da pandemia, o medo do parto estava associado a dor física do trabalho de parto, ao compromisso do parto, à emoção de finalmente poder ver o filho, alegria, felicidade, serenidade e sensação de impaciência. Depois do início da pandemia, a mudança na resposta do medo do parto ficou correlacionado com a tristeza, solidão, angústia, incapacidade e sensação de isolamento (RAVALDI et al., 2021).

Conforme relatado, a pandemia e as medidas de retrição como o distanciamento e isolamento social interromperam as interações sociais e de saúde, resultando em perda de contato com o serviço de saúde, falta de apoio de especialistas em saúde e perda de participação social, agravando os problemas de saúde mental das novas mães (SIRIKUL et al., 2021). Levar em consideração como as mulheres se sentem e suas necessidades específicas neste momento garante que os profissionais de saúde possam se esforçar para criar uma aliança respeitosa e empoderar as mulheres com autoconfiança.

Nossas descobertas revelam respostas emocionais elevadas, com sentimento negativos, centrados nas incertezas de como a COVID-19 afeta a saúde perinatal, nas mudanças das celebrações do momento gestacional, e na forma como a família vem sendo inserida neste contexto pandêmico, e nos desafios dos cuidados assistenciais. Os sentimentos de alegria normalmente vivenciados na gestação e no parto estão sendo substituídos por sentimentos de medo, preocupação, tristeza e até mesmo depressão, devido ao impacto da pandemia da COVID-19. Estas mudanças no significado do gestar e parir podem ser justificadas pela primeira premissa do Interacionismo Simbólico de Blumer, (1969), que estabelece que os seres humanos agem ao mundo fundamentando-se nos significados que estes lhes oferecem, não se limitando somente ao que está acontecendo entre as pessoas, mas também ao que ocorre em cada ser humano, considerando a cultura em que estão inseridos.

5.1.5 Considerações finais

Este estudo mostra evidências de sintomas negativos preocupante e elevados vivenciados pelas mulheres durante o gestar e parir na pandemia da COVID-19. Especificamente, o sentimento de medo esteve presente na rotina diária, durante a busca de cuidados pré-natais e parto e até mesmo nas interações sociais que foram somatizados com o distanciamento e isolamento social, o qual contribuiu para adesão da rede de apoio no momento do gestar e parir. Foi possível observar que o medo de contrair a COVID-19 e transmiti-lo ao feto e as incertezas acerca dos verdadeiros impactos da pandemia na saúde perinatal fizeram com que emergissem outros sentimentos negativos como: preocupação, frustração, tristeza, pânico, solidão, ansiedade, depressão e decepção, que podem ter impactos a longo prazo na saúde da mulher e da criança.

Os desafios extras durante o gestar e o parir, o fardo psicológico da tomada de decisões relacionadas ao risco e a potencial perda da rede de apoio, redução do fator econômico e privações das celebrações relacionadas ao gestar e parir, podem ter contribuído para mudança na resposta dos sentimentos vivenciados no gestar e no parir depois do início da pandemia, o que pode ser pautado pelo Interacionismo Simbólico que descreve o nosso mundo construído por meio de símbolos, podendo ser interpretados individualmente de diversas maneiras por meio da interação simbólica.

Foram disponibilizadas diretrizes de recomendações preventivas da COVID-19, mas as mesmas não foram suficientes para atender às demandas destas mulheres, por isso percebemos a necessidade de cuidados na assistência de enfermagem que sejam redirecionados para os

aspectos físicos e psíquicos do gestar e parir na pandemia. Este estudo poderá contribuir para que a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico e puerperal seja centrada em um modelo holístico, visando um cuidado assertivo não apenas voltado a saúde física das mulheres no período gestacional ou de pós-parto, mas também sobre sua saúde mental e cooperar com especialistas em saúde mental, se necessário.

Os resultados revelam que os sentimentos negativos vivenciados podem ter um impacto na saúde obstétrica durante a gestação e parto, mas não obtivemos resultados acerca dos sentimentos vivenciados no puerpério tardio. Visto que as entrevistas foram realizadas no primeiro dia de puerpério devido a recomendação de isolamento social após a pandemia, o que inviabilizou realização das entrevistas nos domicílios. Surgindo assim a necessidade do acompanhamento desta população por meio de novos estudos, sendo que o puerpério é cercado de novos desafios e interações simbólicas.

5.1.6 Referência

ABU SABBAH EA, EQYLAN SB, AL-MAHARMA DY, THEKRALLAH F, SAFADI RR. Fears and uncertainties of expectant mothers during the COVID-19 pandemic: trying to reclaim control. **Int J Qual Stud Health Well-being**. v. 17, n. 1, dec. 2022.

AHMAD, M.; VISMARA, L.; The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Women's Mental Health during Pregnancy: A Rapid Evidence Review. **Int J Environ Res Public Health**, v. 2, N. 18, P. 13, jul. 2021.

AKHTER S, KUMKUM FA, BASHAR F, RAHMAN A. Exploring the lived experiences of pregnant women and community health care providers during the pandemic of COVID-19 in Bangladesh through a phenomenological analysis. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 810, dec. 2021.

ANDERSON, E.; BRIGDEN, A.; DAVIES, A.; SHEPHERD, E.; INGRAM, J. Pregnant women's experiences of social distancing behavioural guidelines during the Covid-19 pandemic 'lockdown' in the UK, a qualitative interview study. **BMC Public Health**. v. 23, n 21, p. 1, jun. 2021.

ASEFA, A.; SEMAAN, A.; DELVAUX, T.; HUYSMANS, E.; GALLE, A.; SACKS, E.; BOHREN, M. A.; MORGAN, A.; SADLER, M.; VEDAM, S.; BENOVA, L. The impact of COVID-19 on the provision of respectful maternity care: Findings from a global survey of health workers. **Women Birth**. s. 1871-5192, p. 21, sep. 2021.

AYDIN, R.; AKTAŞ, S. An investigation of women's pregnancy experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Int J Clin Pract**. v. 75, n. 9, p. 14418, sep. 2021.

BACON, A. M.; CORR, P. J. Coronavirus (COVID-19) in the United Kingdom: A personality-based perspective on concerns and intention to self-isolate. **Br J Health Psychol.** v. 25, n. 4, p. 839-848, nov. 2020.

BASU, A.; KIM, H. H.; BASALDUA, R.; CHOI, K. W.; CHARRON, L.; KELSALL, N.; HERNANDEZ-DIAZ, S.; WYSZYNSKI, D. F.; KOENEN, K. C. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**, v. 21, n. 16, p. 4, apr. 2021.

BIVIÁ-ROIG, G.; LA ROSA, V.L.; GÓMEZ-TÉBAR, M.; SERRANO-RAYA, L.; AMERCUENCA, J. J.; CARUSO, S.; COMMODARI, E.; BARRASA-SHAW, A.; LISON, J. F. Analysis of the Impact of the Confinement Resulting from COVID-19 on the Lifestyle and Psychological Wellbeing of Spanish Pregnant Women: An Internet-Based Cross-Sectional Survey. **Int J Environ Res Public Health.** v. 15, n. 17, p. 16, aug. 2020.

BLUMER H. **Symbolic interactionism: perspective and method.** 1. ed. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

CAMERON, E. E.; JOYCE, K. M.; DELAQUIS, C. P.; REYNOLDS, K.; PROTUDJER, J. L.P.; ROOS, L. E. Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. **J Affect Disord.** v. 1, n. 276, p. 765-774, nov. 2020.

CHRZAN-DEŹTKOŚ, M.; WALCZAK-KOZŁOWSKA, T.; LIPOWSKA, M. The need for additional mental health support for women in the postpartum period in the times of epidemic crisis. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 8, n. 21, p. 114, feb. 202.

DAVIS, J. A.; GIBSON, L. Y.; BEAR, N. L.; FINLAY-JONES, A. L.; OHAN, J. L.; SILVA, D. T.; PRESCOTT, S. L. Can Positive Mindsets Be Protective Against Stress and Isolation Experienced during the COVID-19 Pandemic? A Mixed Methods Approach to Understanding Emotional Health and Wellbeing Needs of Perinatal Women. **Int J Environ Res Public Health.** v. 29, n. 18, p. 6958, jun. 2021.

DI GIORGIO, E.; DI RISO, D.; MIONI, G.; CELLINI, N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. **Eur Child Adolesc Psychiatry.** v. 30, n. 9, p. 1401-1412, set. 2021.

FRENCH MT, MORTENSEN K, TIMMING AR. Psychological Distress and Coronavirus Fears During the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic in the United States. **J Ment Health Policy Econ.** v. 23, n. 3, p. 93-100, set. 2020.

KEATING, N. E.; DEMPSEY, B.; CORCORAN, S.; MCAULIFFE, F. M.; LALOR, J.; HIGGINS, M. F. A experiência da gravidez e do parto da mulher durante a pandemia de COVID-19: um estudo qualitativo. **Ir J Med Sci.** v. 2, n. 1, p. 8, dec. 2021.

KOLKER, S.; BIRINGER, A.; BYTAUTAS, J.; BLUMENFELD, H.; KUKAN, S.; CARROLL, J. C. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. **BMC Pregnancy Childbirth.** v. 31, n. 21, p.851, dec. 2021.

KORHONEN, L. S.; KARLSSON, L.; SCHEININ, N. M.; KORJA, R.; TOLVANEN, M.; MERTSOLA, J.; PELTOLA, V.; KARLSSON, H. Prenatal Maternal Psychological Distress

and Offspring Risk for Recurrent Respiratory Infections. **J Pediatr**. v. 208, p. 229-235, may. 2019.

KOTLAR, B.; GERSON, E.; PETRILLO, S.; LANGER, A.; TIEMEIER H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reprod Health**. v. 18, n 18, p. 1, jan. 2021.

KSHIRSAGAR, M. M.; DODAMANI, A. S.; DODAMANI, G. A.; KHOBRAGADE, V. R.; DEOKAR, R. N. Impact of Covid-19 on Mental Health: An Overview. **Rev Recent Clin Trials**. v. 16, n. 3, p. 227-231, nov. 202.

LEBEL, C.; MACKINNON, A.; BAGSHAW, M.; TOMFOHR-MADSEN, L.; GIESBRECHT, G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **J Affect Disord**. v. 1, n. 277, p. 5-13, dec, 2020.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; WANG, X.; ZHOU, L.; TONG, Y.; REN, R.; LEUNG, K. S. M.; LAU, E. H. Y.; WONG, J. Y.; XING, X.; XIANG, N.; WU, Y.; LI, C.; CHEN, Q.; LI, D.; LIU, T.; ZHAO, J.; LIU, M.; TU, W.; CHEN, C.; JIN, L.; YANG, R.; WANG, Q.; ZHOU, S.; WANG, R.; LIU, H.; LUO, Y.; LIU, Y.; SHAO, G.; LI, H.; TAO, Z.; YANG, Y.; DENG, Z.; LIU, B.; MA, Z.; ZHANG, Y.; SHI, G.; LAM, T. T. Y.; WU, J. T.; GAO, G. F.; COWLING, B. J.; YANG, B.; LEUNG, G. M.; FENG, Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, mar. 2020

LU, X.; LIN, Z. COVID-19, Economic Impact, Mental Health, and Coping Behaviors: A Conceptual Framework and Future Research Directions. **Front Psychol**. v. 11, n. 12, p. 759974, nov. 2021.

MERAYA, A. M.; SYED, M. H.; YASMEEN, A.; MUBARAKI, A. A.; KARIRY, H. D.; MAABOUJ, W.; MORAYA, D.; MAKEEN, H. A. COVID-19 related psychological distress and fears among mothers and pregnant women in Saudi Arabia. **PLoS One**. v. 24, n. 16, p. 8, aug. 2021.

MERTENS, G.; GERRITSEN, L.; DUIJNDAM, S.; SALEMINK, E.; ENGELHARD, I. M. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. **J Anxiety Disord**. v. 74, p. 102258, aug. 2020.

MORTAZAVI, F.; GHARDASHI, F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 193, mar. 2021.

OGBODO, J. N.; ONWE, E. C.; CHUKWU, J.; NWASUM, C. J.; NWAKPU, E. S.; NWANKWO, S. U.; NWAMINI, S.; ELEM, S.; IROABUCHI OGBAEJA, N. Communicating health crisis: a content analysis of global media framing of COVID-19. **Health Promot Perspect**. v. 10, n. 3, p. 257- 269, jul. 2020.

OMBERE, S. O. Access to Maternal Health Services During the COVID-19 Pandemic: Experiences of Indigent Mothers and Health Care Providers in Kilifi County, Kenya. **Front Sociol**. v. 7, n. 6, p. 613042, apr. 2021.

PREIS, H.; MAHAFFEY, B.; HEISELMAN, C.; LOBE, M. Vulnerability and resilience to pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. **Soc Sci Med**. v. 266, p. 113348, dec. 2020.

RAHMAN, M. A.; HOQUE, N.; ALIF, S. M.; SALEHIN, M.; ISLAM, S. M. S.; BANIK, B.; SHARIF, A.; NAZIM, N. B.; SULTANA, F.; CROSS, W. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. **Global Health**. v. 16, n. 1, p. 95, oct. 2020.

RABBANI, U.; SAIGUL, A. A.; SULAIMAN, A.; IBRAHIM, T. H. Impact of COVID-19 on Antenatal Care Utilization Among Pregnant Women in Qassim, Saudi Arabia. **Cureus**. v. 14, n. 13, p. 11, nov. 2021.

RAVALDI, C.; WILSON, A.; RICCA, V.; HOMER, C.; VANNACCI, A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. **Women Birth**. v. 34, n. 4, p. 335-343, jul. 2021.

REN, S. Y.; GAO, R. D.; CHEN, Y. L. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. **World J Clin Cases**. v. 26, n. 4, p. 652-657, feb. 2020.

SAHIN, B. M.; KABAKCI, E. N. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women and Birth**, n. 20, p. 1871-5192, oct. 2020.

SHRESTHA, D. B.; THAPA, B. B.; KATUWAL, N.; SHRESTHA, B.; PANT, C.; BASNET, B.; MANDAL, P.; GURUNG, A.; AGRAWAL, A.; ROUNIYAR, R. Psychological distress in Nepalese residents during COVID-19 pandemic: a community level survey. **BMC Psychiatry**. v. 6, n. 20, p.491, oct. 2020.

SIRIKUL, W.; ONGPRASERT, K.; PIANKUSOL, C.; SIVIROJ, P. Maternal Mental Health under COVID-19 Pandemic in Thailand. **Int J Environ Res Public Health**, v. 29, n. 1, p. 347, dec. 2021.

SMORTI, M.; PONTI, L.; IONIO, C.; GALLESE, M.; ANDREOL, A.; BONASSI, L. Becoming a mother during the COVID-19 national lockdown in Italy: Issues linked to the wellbeing of pregnant women. **Int J Psychol**. v. 57, n. 1, p. 146-152, feb. 2022.

STAMPINI V, MONZANI A, CARISTIA S, FERRANTE G, GERBINO M, DE PEDRINI A, AMADORI R, RABBONE I, SURICO D. The perception of Italian pregnant women and new mothers about their psychological wellbeing, lifestyle, delivery, and neonatal management experience during the COVID-19 pandemic lockdown: a web-based survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 1, n. 21, p. 473, jul. 2021.

STANHOPE, K. K.; PIPER, K.; GOEDKEN, P.; JOHNSON, T.; JOSEPH, N. T.; TI, A.; GEARY, F.; BOULET, S. L. Quality and satisfaction with care following changes to the structure of obstetric care during the COVID-19 pandemic in a safety-net hospital in Georgia: Results from a mixed-methods study. **J Natl Med Assoc**. v. 14, n. 21, p. 00230-3, jan. 2022.

SWEET, L.; BRADFIELD, Z.; VASILEVSKI, V.; WYNTER, K.; HAUCK, Y.; KULIUKAS, L.; HOMER, C. S. E.; SZABO, R. A.; WILSON, A. N. Becoming a mother in the 'new' social

world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Midwifery*. v. 98, jul. 2021.

WIDIASIH, R.; HIDAYAT, D.; ZAKARIA, H.; UTAMA, D, Q.; KOMARIAH, M.; MARYAM, N. N. A.; ARIFIN, H.; AGUSTINA, H. S.; NELSON, K. Self-Fetal Wellbeing Monitoring and Ante-Natal Care during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Descriptive Study among Pregnant Women in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. v. 18, n. 21, p. 11672, nov. 202.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19)**. Jan. 2022. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acessado em 23 jan. 2022.

5.2 Artigo 2: Ausência de interação simbólica e elementos de proteção no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19

RESUMO

Introdução: Mulheres no período do gestar e do parir estão enfrentando a COVID-19 de forma mais grave na segunda onda da pandemia devido ao aumento de casos de infecção pela COVID-19 neste grupo. Desfechos obstétricos globais pioraram, sendo observado aumento nos óbitos maternos, casos de natimortos e depressão materna. **Objetivo:** Identificar a ausência de interação dos elementos simbólicos e dos elementos de proteção vivenciados no gestar e parir em tempos da COVID-19. **Método:** Estudo com método qualitativo, interpretativo, com referencial teórico norteado pelo internacionalismo simbólico. As participantes foram puérperas que gestaram e pariram durante a pandemia da COVID-19 em uma maternidade classificada como de risco habitual, que não apresentaram nenhuma intercorrência perinatal, sem comorbidade, com mais de 12 horas de pós-parto. A coleta de dados foi nos meses de junho a agosto de 2021 e foram entrevistadas 30 mulheres, as entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon. **Resultados:** Neste estudo surgiram duas categorias: 1) ausência de interação dos elementos simbólicos no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19; 2) os elementos de proteção vivenciados no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19. Falta da rede de apoio e desafios ao acesso e qualidade dos cuidados pré-natais e no momento do parto foram identificados e vários elementos de proteção foram adotados como estratégia de ação, como: uso da fé, apoio familiar por meio de tecnologias, realização de atividades de lazer, acompanhamento terapêutico, adesão a imunização, entre outras, assim, obteve benefícios psicossociais positivos tanto para a gestante, quanto para o bebê e para a unidade familiar. **Considerações finais:** Essas informações podem ser usadas para desenvolver ferramentas de suporte e cuidados direcionados na área da obstetrícia, além de servir como recomendações para planejamento futuro para profissionais e formuladores de políticas.

Descritores: Gravidez; Parto; Infecções por Coronavírus; Acontecimentos que Mudam a Vida; Fatores de Proteção.

ABSTRACT

Introduction: Women during pregnancy and childbirth are facing COVID-19 more severely in the second wave of the pandemic, due to the increase in cases of COVID-19 infection in this group. Overall obstetric outcomes worsened, with an increase in maternal deaths, stillbirths and maternal depression being observed. **Objective:** To describe the absence of symbolic interaction and the protection elements experienced in gestating and giving birth in times of Covid-19. **Method:** Study with a qualitative, interpretive method, with a theoretical framework guided by symbolic interactionism. The participants were puerperal women who gave birth and gave birth during the COVID-19 pandemic, in a maternity hospital classified as usual risk, who did not present any perinatal complications, without comorbidity, with more than 12 hours postpartum. Data collection took place from June to August 2021 and 30 women were interviewed, the interviews were audio recorded, transcribed and analyzed using conventional content analysis by Hsieh and Shannon. **Results:** in this study, two categories emerged: 1). Absence of symbolic interaction in gestating and giving birth during the COVID-19 pandemic; two). The protection elements experienced in gestating and giving birth during the COVID-19 pandemic. Lack of a support network and challenges to access and quality of prenatal care and at the time of delivery were identified and several protection elements were adopted as an action strategy, such as: use of faith, family support through technologies, realization of laser activities, therapeutic follow-up, adherence to immunization, among others, obtained positive psychosocial benefits for both the pregnant woman, the baby and the family unit. **Final considerations:** This information can be used to develop tools for support and targeted care in the area of obstetrics, as well as serving as recommendations for future planning for professionals and policymakers.

Descriptors: Pregnancy; Parturition; Coronavirus Infections; Expressed Emotion; Life Change Events; Protective Factors.

5.2.1 Introdução

O novo coronavírus (COVID-19) é uma nova cepa causada pelo SARS-CoV-2, que causa uma síndrome respiratória aguda grave, dentre outros acometimentos, foi identificada em Wuhan, China, em dezembro de 2019, tendo se espalhado rapidamente pelo país e, posteriormente, atingiu todo o mundo (LI *et al.*, 2020). No Brasil, até o dia 21 de janeiro de 2022, foram confirmados 23.416.748 casos de COVID-19, com 621.855 mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Entre estes casos é possível observar também que até o dia 15 de janeiro de 2022 já se registrou mais de 19207 casos de COVID-19 em gestantes e puérperas e destas 1966 evoluíram para óbito (OOBR COVID-19, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou as gestantes como grupo de risco para COVID-19, juntamente com as puérperas, devido ao risco elevado de morbimortalidade (BRASIL, 2021a). Os dados iniciais sugerem que gestantes e puérperas estão enfrentando a COVID-19 de forma mais grave na segunda onda da pandemia, quando comparado a primeira onda. No entanto, a verdadeira causa dessa mudança ainda não está clara (KADIWAR *et al.*, 2021). Sendo que, nos desfechos obstétricos globais pioraram durante o período pandêmico

apresentando aumento nos óbitos maternos, casos de natimortos, rupturas de gravidez ectópica e depressão materna (GOYAL; SINGH, MELANA, 2020).

A COVID-19 levou implantação de algumas medidas rigorosas como toque de recolher e contenção da atividade de todas as pessoas em todo o mundo. Isso foi feito para promover o distanciamento físico e social, evitando assim a propagação do vírus (POON et al., 2020). Na obstetrícia algumas mudanças assistenciais durante o pré-natal, parto e pós-parto também foram recomendadas, assim como a necessidade de antecipação do parto, a restrição de visitas, as medidas restritivas de liberdade, a higienização correta das mãos e uso de máscara enquanto estiver amamentando (Casos de mães com COVID-19), e a realização de procedimentos invasivos em casos mais graves (BRASIL, 2021; POON et al., 2020; ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, 2022). Ainda considerando as mudanças assistenciais, devido o aumento no número de óbitos maternos e complicações obstétricas, no dia 24 de abril de 2021, foi decidida a inclusão de todas as gestantes e puérperas nos grupos prioritários para vacinação (BRASIL, 2021b).

A expansão da pandemia é cercada de inúmeros desafios que permeiam o cenário da saúde pública no âmbito materno-infantil, visto que muitas mulheres acabam não procurando um profissional de saúde devido à preocupação de que possam estar sendo expostas ao COVID-19 no ambiente hospitalar ou a até mesmo a caminho das consultas pré-natais. A deterioração ou incapacidade de acesso a informações confiáveis, também se faz presente, emergindo, assim, dúvidas sobre o pós-parto, sobretudo no que diz respeito a amamentação e aos cuidados neonatais e acerca da inserção dos familiares dadas as restrições urbanas (FAKARI; SIMBAR, 2020; SAHIN; KABAKCI, 2020; SALEHI *et al.*, 2020).

Os estudos realizados pelo Grupo Brasileiro de Estudos da COVID-19 e Gravidez sugerem que a maior mortalidade em gestantes no Brasil se deve aos problemas crônicos da assistência à saúde da mulher no país, como recursos insuficientes, baixa qualidade pré-natal, leitos disponíveis menores que a real necessidade, dificuldade no acesso aos serviços, disparidades raciais e violência obstétrica (TAKEMOTO, 2020). O objetivo deste estudo foi identificar as ausências de interações simbólicas e os elementos de proteção vivenciados no gestar e parir em tempos da COVID-19.

5.2.2 Método

Pesquisa de abordagem qualitativa interpretativa. O Interacionismo Simbólico foi o referencial teórico, pois visa compreender os aspectos internos experimentais da conduta

humana, ou seja, a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade a sua volta e como elas agem na relação às suas convicções (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A pesquisa foi realizada em uma maternidade classificada como de risco habitual, que possui caráter filantrópico, localizada em município do estado do Mato Grosso do Sul (MS), Brasil. Esta maternidade possui 143 leitos, dos quais 12 são de semi-intensiva e 26 são leitos de terapia intensiva neonatal. No ano de 2018 foram realizados 9.102 partos nesta maternidade e a mesma concentrou 55,6% do total de nascimento em hospital no estado de MS, com a média de 758,5 partos por mês na maternidade. (SESAU, 2019)

Participaram da pesquisa 30 puérperas, sendo assim incluídas mediante os seguintes critérios de inclusão: ser multigesta que vivenciaram a gestação após início da pandemia, que realizaram seus partos na maternidade do estudo, com idade maior ou igual a 18 anos. O critério de exclusão foram as puérperas cujo o parto foi assistido pela pesquisadora principal (para que não houvesse conflito de interesse), mulheres com alguma comorbidade, ou aquelas que tiveram seus bebês internados na UTI neonatal, que receberam algum procedimento de reanimação neonatal ou que foram a óbito e as puérperas que eram indígenas ou quilombolas.

A coleta de dados ocorreu nos meses julho a agosto de 2021, sendo realizada exclusivamente pela pesquisadora principal. O instrumento de coleta foi pré-testado com duas puérperas não selecionadas para o estudo, não havendo necessidade de nenhum ajuste nas questões norteadoras estabelecidas. O roteiro foi elaborado pela pesquisadora principal e foi encaminhado para leitura e análise dos juízes (representados por duas enfermeiras obstetras que atuavam em outras instituições), mas não houve alteração no formato final do roteiro da entrevista semiestruturada.

A estratégia para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, previamente estabelecida pela pesquisadora principal para nortear a conversa de finalidade definida, entretanto foi permitido a apresentação de outras colocações no intuito de obter melhor compreensão do exposto pela puérpera. No caso deste estudo, o instrumento da coleta foi composto por perguntas que abordavam aspectos sociodemográficos, informações sobre a gravidez atual e questões norteadoras sobre a vivência do gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19 (experiência da gestação, mudanças ocorridas com a pandemia, experiência de realizar o pré-natal e parto, sentimentos vivenciados, repercussões na saúde mental e as estratégias de enfrentamento).

As participantes foram escolhidas por meio de conveniência, acerca das informações descritas no livro de parto. O convite para participar da pesquisa ocorreu a partir do contato com as puérperas que estavam nas enfermarias com tempo superior de 12 horas de puerpério.

Nesse momento, apresentava-se o estudo, seus objetivos e estratégia de coleta de dados e diante da sinalização de interesse e disponibilidade para contribuir, a puérpera realizava a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizadas entrevistas em profundidade, atendendo todas as recomendações éticas e de biossegurança para a realização de pesquisas em seres humanos nesse momento de pandemia da COVID-19, sendo realizada cada entrevista individualmente no consultório do alojamento conjunto, mantendo distância segura (2m) e disponibilizando os EPIs necessários para cada entrevistada e álcool em gel 70% para higienização das mãos.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra e tiveram duração média de 30 minutos. Neste estudo, buscou-se a saturação de dados por meio de uma discussão mais profunda, rica em detalhes e complexa com os dados para assegurar a compreensão de um fenômeno de interesse. Tal saturação foi encontrada na 30ª entrevista.

A análise foi orientada pelas premissas da análise de conteúdo convencional de Hsieh e Shannon (2005). Foi feita análise preliminar dos dados logo após cada entrevista, que consistiu na leitura cuidadosa do conteúdo. Os resultados foram listados em três etapas: 1) foi realizado a leitura flutuante dos dados, que evidenciou e quantificou as palavras ou conteúdo do texto, essas repetições das palavras foram marcadas para compreender o uso contextual das palavras, definindo os principais temas presentes na fala das participantes. 2) foi feito as notas das primeiras impressões, pensamentos e uma pré-análise da coleta de dados, por meio do processo de pré-códigos ou palavras-chave. Os pré-códigos ou palavras-chave emergiram de uma leitura em profundidade realizada de cada entrevista. Em que foi possível extrair outros temas que foram extremamente relatados por elas como a ausência de elementos simbólicos e significativos de ser gestante e parir no período da pandemia e os elementos e ações utilizados como algo que minimizava o cenário de gestar e parir durante a pandemia de COVID-19. 3) última etapa na qual as entrevistas já foram pré-codificadas, sendo realizada uma leitura dos pré-códigos para que pudessem ser reagrupados, neste reagrupamento emergiram duas categorias, que são: 1). *Ausência de interação dos elementos simbólicos no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19*, 2). *Os elementos de proteção vivenciados no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19*.

O estudo atendeu aos aspectos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos, sendo iniciado somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As puérperas foram orientadas que os resultados decorrentes do estudo serão apresentados em forma de relatório final e em eventos científicos pertinentes, estando prevista, ainda, a elaboração de artigos científicos.

5.2.3 Resultado

Neste estudo foi possível identificar as mudanças no gestar e parir decorrente da pandemia da COVID-19. Sendo teorizado sob as premissas do Interacionismo Simbólico. O qual revela que as mulheres podem agir perante o mundo, com base nos significados que este lhes oferecem, como por exemplo: objetos físicos (medicações, exames, sonar para auscultar dos batimentos fetais, fita métrica para medição da altura uterina), instituições (unidade de saúde para realização do pré-natal e as unidades hospitalares para realização do parto), outras pessoas (rede de apoio, familiares, amigos e profissionais da saúde), além das situações nas quais as pessoas se deparam (Pandemia da COVID-19).

Isso consiste no fato de que os significados durante o gestar e parir são atribuídos aos elementos e coisas provenientes ou provocados da interação social, que descrevem que os significados do gestar e parir são manipulados por um processo interpretativo, utilizado pela pessoa ao se relacionar com elementos (exemplo: cenário após o início da pandemia) que a mulher entra em contato, fazendo com que suas ações sejam dirigidas e ressignificadas após a interação com as coisas e símbolos. Estas mudanças foram agrupadas em duas categorias: 1) *ausência de interação dos elementos simbólicos no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19* e 2) *os elementos de proteção vivenciados no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19*.

5.2.3.1 Ausência de interação dos elementos simbólicos no gestar e parir durante a pandemia da COVID-19.

Durante as falas das mulheres que vivenciaram o gestar e o parir, foi possível identificar que os fatores de risco vivenciados na pandemia foram diversos, sendo que o afastamento dos familiares foi o fator de risco mais citados por elas. O afastamento familiar foi sentido de forma intensa, visto que as mesmas se encontravam em um momento de maior sensibilidade no qual necessitavam de atenção, de serem acompanhadas no processo de gestar pelos familiares e foram privadas de poder mostrar a barriga, a evolução da gestação, receber afeto e poder celebrar a chegada do bebê com seus familiares.

*Então a falta da minha família tanto lado do meu esposo, quanto minha, foi difícil nesta pandemia, isso que foi mais difícil para nós dois [...] P4.
A gente não pode ficar com a nossa família né, a gente não pode, eles não podem ir lá, a gente não pode fazer brincadeira né, para comemorar que ela estava vindo [...] P10.*

Eu não vi meu pai durante a gestação inteira, pois ele já é bem idoso tem 74 anos agora e eu fiquei bem depressiva. [...] P11.

Você não vai poder curtir 100% sua gravidez, você não vai ter aquela chance de reunir todo mundo de celebrara a vida do seu filho [...] P12.

A família é uma coisa que a gente tem por perto, quer abraçar, beijar, comemorar e não dá por causa da pandemia, porque a pandemia está matando bastante gente [...] P17.

Você mostra a barrigona todo mundo passa a mão, você ganha presente isso e aquilo, aí como está essa pandemia, você não podia ver ninguém. [...] P21

As mulheres relataram que não puderam vivenciar 100% sua gestação neste período de pandemia da COVID-19, muitas perderam momentos únicos específicos deste período. Um exemplo disto, foi a não realização do chá de bebê, sendo considerado uma perda importante sendo atribuído com um fator de risco emocional, pois não tiveram a oportunidade de reunir as pessoas que amam e com isto não receberam o carinho e atenção neste momento de fragilidade. Como as mulheres do estudo eram multíparas, reforçavam que sentiam como se algo estivesse faltando, pois foram privadas da oportunidade de terem lembranças e registros deste momento. Uma estratégia utilizada por algumas das gestantes foi a realização do chá rifa, visto que não era possível fazer o chá de bebê presencial, sendo avaliados por elas como algo que não supriu a não realização do chá de bebê.

Eu acho que parece que estava faltando alguma coisa né, porque do outro neném, do outro filho, eu fiz o chá de bebê dele né, ele teve o chá de bebê e já o dela a gente não pode fazer e parece que estava faltando alguma coisinha para ela né [...] P10.

Eu não pude fazer chá de bebê, não comprei nem metade do que eu queria e pudesse comprar, eu digo, por isso que eu falei, se puder esperar, espere, porque você não vai poder curtir 100% sua gravidez [...] P12.

Eu não fiz já de bebê por causa da pandemia, chá de fraldas essas coisas da gestação sabem, foi que o Covid acabou me tirando né [...] P13.

Porque eu tenho foto do outro entendeu do chá de bebê e desse eu já não tenho lembrança que fala né [...] P23.

Dos outros dois filhos eu fiz, aí essa aqui não deu para fazer por causa da pandemia, aí eu fiz o chá rifa, mas eu queria ter feito o chá fralda. [...] P29.

Ainda acerca dos momentos específicos do gestar que foram privadas devido a pandemia da COVID-19, outro item citado foi a mudança na compra do enxoval, devido à restrição da circulação delas neste momento, a compra do enxoval que era algo tão esperado, pesquisado e vivenciado intensamente por elas, foi substituído por compras rápidas, às vezes tendo que ser realizadas em uma única loja, perdendo assim o encanto do planejamento e compra do enxoval.

A pandemia me privo bastante né, poder sair para poder comprar as coisas para neném, eu me cuidei bastante, não sai muito, só saindo o necessário para comprar tudo de uma vez né [...] P10.

Para comprar o enxoval gente até isso mudou, você vai comprar o enxoval se vai ali ligeiro entra em uma loja compra o máximo que você puder naquela e já vamos embora depois a gente termina de comprar esse negócio, não dá para está passeando em comercio igual aquele gosto que você tem de olha uma coisa olha outra. [...] P12. O que eu não pude vivenciar que foi fazer o enxoval do bebê de ir lá na loja comprar as coisinhas e até então eu não comprei umas coisas porque não tinha como eu ir né [...] P18.

Resumidamente, tem que passar álcool, ficar se preocupando se todo mundo passou a mão nos cabides, essas coisas [...] P20.

É ruim porque você quer ir no centro comprar enxoval, aí está aquele tumulto né, e muito ruim por causa do Covid não poder estar saindo [...] P29.

Durante o gestar na pandemia da COVID-19, as mulheres vivenciaram a falta de interação com outras pessoas, devido às restrições e as orientações para que realizassem o isolamento social. Neste momento, elas tiveram que curtir a gestação sozinha, pois não podiam visitar seus amigos, familiares e também não estavam aptas a receber visitas.

Eu não saia de casa, só ficava dentro de casa, eu só saia para ir para consulta e da consulta para casa entendeu. [...] P5.

Nessa pandemia ficamos mais privados de não pode sair mesmo, porque eu sempre fui festeira, gostava de reunir bastante os amigos assim em festa [...] P7.

É complicado eu mesmo estava nem saindo de casa e nas minhas primeiras gestações, antes da pandemia, tipo eu não tinha preocupação com nada né, chegava e ganhava e tinha toda atenção né, agora não né, por causa da COVID [...] P9.

Na outra gestação eu saia eu podia ir para casa da minha mãe, da minha sogra, agora essa não só podia ficar dentro de casa né, ficar sozinha [...] P21.

Não poder fazer nada, não poder sair, não poder visitar, não poder receber visita e querer curtir com a família a gravidez, que é normal a gente querer isso [...] P28.

Em relação ao cunho assistencial, os riscos vivenciados no gestar foram em relação as consultas de pré-natal. As mulheres descreveram diversas situações dificultosas, como por exemplo, a dificuldade de acesso as consultas, o início tardio das consultas e longo tempo de espera na recepção, sendo expostas ao risco de infecção pela COVID-19. Algumas gestantes relataram a baixa adesão às consultas de pré-natal devido à aglomeração e às fragilidades nas medidas de segurança implementadas pelas instituições e até casos da não realização das consultas de pré-natal e acompanhamento odontológico, pois o foco neste momento estava voltado totalmente aos cuidados das pessoas com COVID-19.

Então eu acabei me afastando mesmo das consultas, pois eu acabei não indo mais no posto por conta da aglomeração, que estava de mais qualquer horário, até o horário que eu acostumava ir das 05:00 [...] P1.

Eu já fui fazer meu pré-natal eu já estava com cinco meses e comecei tarde, eu tive medo de ir para o posto [...] P2.

Que nem essa daqui eu tive dois pré-natais e nenhuma foi com o médico foi com enfermeiro e depois eu já não consegui mais com a enfermeira, então foi mais preocupante para mim [...] P4.

Eu não consegui consultas, teve lugares que eu cheguei para ser atendida e simplesmente me negaram o atendimento [...] P14.

Eu não consegui, eu tenho dois dentes para fazer canal e eu não consegui fazer, acho que por causa da pandemia. [...] P25.

Outro risco vivenciado pelas gestantes no período pandêmico foi a falta de profissionais de saúde para o acompanhamento do pré-natal. As mulheres relataram que mesmo com toda a dificuldade da pandemia nunca deixaram de buscar o atendimento, pois queriam ter um acompanhamento contínuo da gestação, mas que infelizmente se deparavam com unidades de saúde sem profissionais médicos e enfermeiros, ou com agendas superlotadas e elas se sentiam desassistidas neste momento tão importante de suas vidas.

Outro motivo de no final eu não fazer as consultas foi que não tinha enfermeiro, não tinha médico, eles estavam em treinamento [...] P1.

No posto onde eu fazia meu pré-natal não estava tendo médico, que foi quando começou mesmo auge da pandemia. [...] P4.

Então para marcar consulta com médico você nunca marca é só com a enfermeira. [...] P6.

Não tinha vaga no posto lá do Buriti, eu tive muita, muita dificuldade de acesso ao atendimento, vichi eu tinha que ficar tentando e isso foi difícil [...] P13

Nos três últimos meses que não tinha médico na unidade básica, então eu fiquei desassistida, não tinha médico ali para te atender e eu fiquei desassistida, e é complicado, porque a gente quer sempre estar acompanhando o bebê [...] P24.

Mesmo sendo um pouco longe, mas eu estava lá. Aí chegava lá e falavam que ia passar só pela enfermeira, quando chegou no finalzinho, já não ia mais [...] P27.

O contato e a atenção do obstetra no momento da consulta e a prioridade de atendimento também foram relatados como riscos vivenciados no período do gestar. Houve diversos relatos de mudanças no acolhimento durante as consultas, consultas rápidas, sem contato físico em alguns casos as mulheres disseram que não houve a avaliação obstétrica, como ausculta do batimento cardíaco fetal e a medição da altura uterina. Outras referiram que se sentiram deixadas de lado, uma vez que passaram por situações que o atendimento ao paciente com a COVID-19 e a vacinação foram priorizadas.

Tipo a gente entende que tem a pandemia, que têm o vírus, que aconteceu tudo de repente, que ninguém tem culpa, mas tem outras coisas também que precisam ser priorizadas entendeu...” “...eles priorizavam a vacinação, então não tinha profissional, por conta de ser um postinho pequeno e ter pouco funcionário, pouco profissional [...] P4.

Agora na pandemia você tem que manter distanciamento, sentar longe, não pode ficar pegando muito em você, aí você sente aquela falta daquele contato com sua obstetra [...] P8.

Por causa da pandemia não é a mesma atenção, o mesmo cuidado tipo assim né, é uma coisa rápida ligeiro [...] P9.

Você marca um pré-natal, aí fala que o médico só olha você prescreve e não escuta o coração do neném, não mede a barriga, só olha para você e fala oh você tem que tomar esse remédio você tem que tomar essa vitamina e tem que fazer esse exame tal, só, você já pode ir é uma consulta rápida. [...] P15.

Outras perdas assistenciais que geraram fatores de risco para as mulheres no gestar foi a demora no agendamento dos exames e a falta das medicações fundamentais utilizadas na gestação (ácido fólico, sulfato ferroso). Segundo as mulheres, os exames mais simples como a coleta de sangue ou até o ultrassom, mesmo quando solicitados de urgência, demoravam até quatro meses para serem agendados. Esta situação fez com que as mulheres realizassem seus exames custeados por elas. Já nos casos em que as famílias não tinham condições financeiras, mesmo indignadas, só restava a opção de aguardar o fluxo de atendimento Sistema Único de Saúde (SUS). Já nas medicações como o ácido fólico e sulfato ferroso, as mesmas insistiram nas farmácias das unidades de saúde para não ter que custear.

O médico me passou um pedido de ultrassom, para fazer pelo SUS, e tinha para fazer dois meses depois, aí você tem que pagar pelo ultrassom que você vai fazer, você tem que pagar ou você espera né. [...] P6.

Essa pandemia, remédio faltando, os mais simples que é o sulfato ferroso os exames de coleta sanguínea, exame básico teve que ser tudo pago, porque no SUS não estava tendo [...] P9.

Tudo difícil eu fiz particular todos os exames, foi tudo particular, porque se fosse esperar pelo posto não estava dando certo [...] P13.

A meu ultrassom ele pediu com urgência, aí foi sair só depois de quase quatro meses [...] P15.

As medicações, ácido fólico e sulfato ferroso, eles estavam em falta na unidade básica, era geral, em todas. Em todas as consultas que eu fiz eu tive que comprar [...] P24.

Meu marido disse que a gente não tinha condições de pagar para fazer o ultrassom, a gente fica indignado, por que demorou bastante, foi difícil conseguir um ultrassom [...] P30.

Uma situação inusitada durante a pandemia foi o afastamento ou perda do emprego, visto que este grupo foi considerado de alto risco e não podiam desempenhar suas funções de forma presencial, em alguns casos houve até mesmo fechamento das empresas. As gestantes relatavam o ocorrido com estranhamento, pois algumas tiveram que ficar em casa e em outras perderam seu emprego, ocasionando a desestruturação familiar, visto que mesmo com o auxílio do governo, não era possível realizar o pagamento e subsidiar os custos para sua sobrevivência e de sua família.

Com a pandemia eu acabei perdendo o emprego, porque eu acabei ficando grávida e aí na pandemia o lugar onde eu trabalhava fechou..." "...mesmo eu recebendo o auxílio do governo não dava para alimentação, água, luz, aluguel e outras necessidades, aí então a proprietária pediu a casa. [...] P11.

Serviço mesmo eu tive que dá uma parada por causa devido a epidemia [...]. Eu tive que sair do serviço, mas fora essa doença eu estaria no serviço até hoje [...] P16.

Das minhas outras duas gravidezes eu trabalhei bastante eu trabalhei até não aguentar mesmo, eu achei estranho assim nesta a gente não podia sair a gente não podia [...] P19.

A pandemia da COVID-19 acarretou muitas internações/óbitos. Neste contexto, muitas famílias tiveram a perda de algum ente querido e no caso das gestantes isso não foi diferente, mas além de enfrentar a perda familiar, também foram privadas do direito de se despedir, uma vez que elas não eram autorizadas a irem no velório e enterro, pois faziam parte do grupo de risco e vivenciavam o isolamento social.

Eu acabei perdendo o padrasto muito querido, eu não podia ir no enterro dele, não pude ir no velório, pois eu estava gestante e isso foi muito triste, antes dele morrer eu não pude visitá-lo [...] P11.

Nesta pandemia não faz nem dez dias que meu irmão morreu por causa do Covid, e daí nós ficamos afastados nós não podemos ver ele, pois eu estava grávida [...] P13

Eu já perdi familiar por causa da doença, então assim não é fácil, então assim eu queria mesmo é que isso tudo amenizasse entendeu. [...] P16.

Agora, em relação ao afastamento familiar vivenciado no parir das mulheres relataram que em alguns casos não tiveram a presença do seu acompanhante no momento do parto devido à falta de máscara apropriada (N95), a qual foi estabelecida pela instituição hospitalar como critério para entrada do acompanhante no momento do parto, a qual não era disponibilizada pela instituição e seu custeio era de responsabilidade do familiar, limitando assim, muitas vezes as mulheres a terem o acompanhante. Além disso, outro momento de privação destas mulheres foi o acompanhamento do familiar no momento da classificação, sendo proibida totalmente a sua entrada. Vale ressaltar que a mulher possui o direito de ter o acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, pela lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

Se ela tivesse a máscara, eu não sei o nome da máscara ela entra, mas se não a enfermeira disse que ela não vai pode entrar [...] P3.

Meu acompanhante tem que ter uma máscara própria para isso né para assistir o parto, aí meu acompanhante ficou lá fora, porque ela não tinha essa máscara específica. [...] P16.

Porque aqui eles só exigem a máscara, aí tem que ter a máscara N95 né, para pode acompanhar e se não tiver eles não entram [...] P17.

Ele só não foi autorizado entrar lá na triagem, mas mesmo com pandemia o hospital não barrou, só pediu a máscara mesmo [...] P25.

Aí não deu tempo de ele assistir, por que ele não estava com a máscara apropriada para assistir o parto, aí não deu [...] P26.

Reforçando o supracitado, sobre os motivos da falta de máscara dos acompanhantes que não puderam vivenciar o parir, foram destacados pelas mulheres como principal justificativa a falta de dinheiro, seguido da desinformação acerca dos protocolos de segurança implementados pela instituição, naquele momento pandêmico. Nos locais de atendimento inicial a gestantes, as informações não eram divulgadas através de folder, fluxograma ou normativa de como aconteceria o novo atendimento de parir em tempos de pandemia da COVID-19.

Mas eu acho que também está errado, eu acho, porque graças a Deus a gente tem condição de comprar e quem não tem, daí não vai poder assistir [...] P6.
A máscara é comprada e isso está errado porque o governo que tinha que correr atrás né e comprar, o que a gente fez, eu falei a não espera lá fora depois a gente vê, porque o que o valor da máscara é um absurdo [...] P16.
Por que ele não trouxe a máscara né por isso ele não subiu e teve que ficar lá em baixo esperando né [...] P17.

5.2.3.2 Elementos de proteção vivenciados no gestar e parir em tempos de pandemia da COVID-19.

Durante as entrevistas do gestar e parir conseguimos perceber nas falas que mesmo durante a pandemia da COVID-19 surgiram fatores de proteção, os quais foram: as medidas preventivas da COVID-19, fé em Deus, acompanhamento com a psicóloga, vacinação, lazer, não assistir noticiários que abordavam como tema central a pandemia da COVID-19; apoio familiar, leitura de livros, assistir séries e filmes, atividade de artesanato; realizar compra do enxoval pela internet, manter contato familiar por chamada de vídeo e ter o parto em uma maternidade que é classificada pelo município como de risco habitual.

Dentre as medidas consideradas como protetivas pelas mulheres contra a COVID -19, estão a utilização de máscara, lavagem das mãos com frequência, uso de álcool em gel, distanciamento durante o convívio com outras pessoas e até mesmo isolamento social. Elas relatavam sua vigilância constante nas medidas protetivas e se sentiam mais seguras seguindo estas normas pré-estabelecidas. O trabalho em home office também foi outra medida protetiva que auxiliou no cumprimento das diretrizes de medidas de prevenção contra COVID-19.

Eu usava máscara, passava gel toda hora, sempre restrito de ficar muito perto das pessoas [...] P1.
Trabalho em home office aí para mim foi mais tranquilo [...] P2.
Limpava a mão, sempre com a máscara, quando tinha necessidade de sair, esses foram os cuidados [...] P7.
Eu passei muito álcool, não sair de casa, não ficar aglomerado, máscara toda hora né. [...] P9.
Se cuidando, usando máscara, álcool em gel para todo lugar que ia, prestava atenção, não descuidava, não relaxava da proteção [...] P19.
Então é tranquilo assim sempre seguindo as regras segurança fica mais tranquila. [...] P22.
Eu ia com duas máscaras, levava álcool, por mais que a unidade oferecia, eu levava o meu álcool, eu usava duas máscaras, eu tentava manter o distanciamento dos pacientes [...] P24.

Outra medida considerada de proteção foi a fé em Deus. Lembrando que neste período não era permitido aglomerações e por isso foi suspenso os encontros nos templos cristãos. Então, as estratégias adotadas pelas mulheres para vivenciarem a fé em Deus neste período, foi

a realização das orações no domicílio, acompanhar programas religiosos por meio de lives ou televisão, relatavam realizar a leitura da bíblia, ouvir e cantar louvores. Muitas mulheres relatavam que mantinham os cuidados de proteção, mas acreditavam que esta doença horrível é permissão de Deus e que nada acontece sem sua permissão, pois tudo está sob o controle dele.

A fé que me ajudou, assim se eu for vai ser da vontade de Deus por mais que está doença seja algo horrível é permissão de Deus [...] P1.

Ah não perder a fé, se cuidar, manter os cuidados que tudo dá certo, tendo consciência que está gerando uma vida. [...] P2.

Lendo a bíblia, fazendo oração e pedindo campanha para mim, é célula que fala né, e participando de tudo de tudo que envolve Deus, eu cantava, eu escutava hinos no celular em casa, ministração no celular no YouTube [...] P3

Me apeguei bastante a fé, bastante mesmo, como não podia ir na igreja, então eu assistia live, eu lia a Bíblia, orava [...] P11.

Eu lia a bíblia, como eu não podia ir na igreja que eu ia, ela passa na TV, aí eu comecei a assistir os dias que ela passava na TV [...] P21.

Oha primeiramente a fé né em Deus que as coisas só acontecem com a permissão dele né, pois tudo está no controle dele né [...] P22.

Além dos preceitos religiosos, outro método de proteção adotado pelas mulheres no gestar neste período de pandemia da COVID-19 foi a terapia e o acompanhamento com a psicóloga. Em alguns relatos feitos por essas mulheres, a terapia foi descrita como a salvação de suas vidas neste período de descoberta da gravidez na pandemia. Outras gestantes atribuíram a psicóloga uma estratégia fundamental para trazer tranquilidade, maior confiança, ajudou no enfrentamento do momento pandêmico e em casos extremos no tratamento da depressão.

Aí a questão da pandemia, aí a questão de estar grávida na pandemia, foi assim o que me salvou, foi a terapia. [...] P2.

Ficava com medo por causa da pandemia, aí a psicóloga conversou comigo e eu fiquei tranquila, aí fui confiando [...]. Aí eu falo que a psicóloga me ajudou bastante, eu acho que se eu não a tivesse, eu estava até hoje com depressão entendeu, mas ela me ajudou no momento mais difícil [...] P5.

Durante o período pandêmico evoluções foram ocorridas, a vacinação foi uma delas. As gestantes que foram vacinadas ressaltavam a vacinação como uma estratégia protetiva, pois após serem imunizadas com a vacina da COVID-19, muitas relataram o sentimento de felicidade e de alívio, afinal seus bebês iriam nascer com saúde e protegidos. As gestantes vacinadas referiram que por terem tomado a vacina não contraíram o vírus, mesmo assim, houve relato de gestantes que não foram vacinadas por recomendação médica, ou por divergência de informações acerca dos efeitos colaterais da imunização, entretanto reconheciam a importância da vacinação como uma oportunidade de proteção.

Eu tomei a vacina e eu acho bom ter a vacina e todo muito se cuidando e eu achei bom, eu tomei e espero que todos tomem [...] P3.

Aconteceu aquele caso que suspenderam rapidão a vacina porque uma mulher pegou e faleceu né, uma gestante, aí meu psicológico foi lá no doze [...] P7

Eu queria está vacinada já com as duas doses antes de vir né, porque querendo ou não é um risco a gente pegar alguma coisa ou até pegar a variante, mas eu guardei e vou aguardar né porque a médica pediu né [...] P11.

Mas eu fiquei bem feliz por causa da vacina que eu consegui tomar né, para as grávidas, aí já deu um alívio já, saber que meu bebê vai nascer com saúde e não contaminado por esse vírus né [...] P15.

Tanto eu quanto meu esposo, e eu acho importantíssimo, deve sim tomar, quem tiver oportunidade de tomar, sim, deve tomar a vacina. [...] P20.

Já me vacinei, tomei as duas doses e estou aqui firme e forte, graças a Deus não contrai nada [...] P24.

Dou graças a Deus hoje estou aqui foi por que eu fiquei em casa, tomei a vacina da covid [...] P30.

A família também foi destacada como uma estratégia de proteção, sendo que as mulheres relataram que neste período da gestação, por ficarem muito sensíveis, a importância do apoio familiar realizado por meio de conversas e palavras de conforto das pessoas mais próximas como: o esposo, mãe e pai foram fundamentais para o enfrentamento da gestação durante o período pandêmico. Outro meio em que a família se fez presente como método de proteção, foi na convivência com os filhos mais velhos, devido a suspensão das aulas presenciais, as crianças ficaram em casa neste período. Ter a família por perto protegida e vivenciar o crescimento saudável do feto também foi destacado como algo positivo.

Então foi minha mãe, meu marido, meu pai, que sempre estava ali comigo, que ia dar tudo certo, foi isso, minha família foi importante [...] P4.

Então é a família que deixa a gente forte né, saber que nossa família está bem e passando logo está pandemia [...] P9.

Foi também ver o Benício crescer na barriga e eu mais conectada com meu filho [...] P11.

Primeiro eu acredito que foi apoio familiar mesmo, porque assim eu sempre conversei muito com o marido eu sempre me abri muito quando eu me sentia mal [...] P12.

Minha família né, meu esposo, meu esposo que ficou me incentivando bastante, todo mundo né [...] P13.

Meus filhos né, meu esposo, a minha mãe, a minha família também né, porque a gente quando está grávida a gente fica muito sensível [...] P15

O apoio familiar presencial foi prejudicado devido ao isolamento e distanciamento pessoal, mas algumas estratégias foram adotadas para que fossem possíveis o acompanhamento e o contato da família e dos parentes mais distantes. A ferramenta utilizada foi através de ligação de áudio de vídeo chamada, possibilitando o diálogo e a presença da família mesmo vivenciando o isolamento social.

Mexia muito no celular, eu conversava, não dava para conversar pessoalmente com a pessoa, mas tinha chamada de vídeo, das amigas dos amigos assim, dos parentes, da minha irmã mais velha [...] P23.

Outra tecnologia utilizada neste período de pandemia para realizar a compra do enxoval do bebê foi o uso do computador/celular e a internet. As gestantes relataram que, além da otimização do tempo, também podiam realizar a higienização das embalagens quando entregues, diminuindo assim o risco de contaminação da COVID-19 e se sentindo protegidas da contaminação.

O meu enxoval eu optei por fazer 80% dele pela internet, pelo tempo, pelo prazo que tem para chegar, geralmente demora, e por você higienizar a embalagem e já pegar eu acho melhor [...] P20.

Em contrapartida, em alguns casos evitar a tecnologia (televisão ou jornais) foi descrito como uma estratégia adotada para proteção e segurança de vivenciar o período da pandemia. Logo, não ter acesso às notícias relacionadas à infecção, contaminação e óbitos da COVID-19 foi uma medida adotada pelas mulheres durante o gestar. Relataram que após ter acesso a essas notícias ficavam abaladas, afloravam sentimentos ruins, por isso preferiram viver sem saber a atual situação vivenciada pelas pessoas com COVID-19.

Não ler nada, não assistir jornal, eu falo assim esses dias eu estava até conversando, se você fica muito na televisão, igual no Facebook o dia que eu estava pesquisando sobre entre as maternidades né, você fica com aquela coisa na cabeça você não sabe para que lado que você vai [...] P6.

*Eu comecei a não ver tanto os noticiários, porque aqui me abalava muito [...] P11.
Ficava na minha casa se vinha um pensando ruim eu não ia olhar jornal e nem nada pois isso aí só traz coisa ruim [...] P21.*

Apesar das restrições e do isolamento social, relataram que fizeram uma atividade de lazer como ir pescar ou ao parque. Além disso, outra atividade que auxiliou na distração da mente e aliviou o estresse foi a leitura de livros, que era fonte de paz para muitas mulheres. Assistir filmes e séries foi uma ferramenta de entretenimento e distração, além da realização de cursos online que possibilitavam a realização de atividades, contribuindo para que elas mantivessem a mente ocupada, sendo encarado por elas como medidas de proteção.

A gente saía no lugar distante, a gente levava as coisas, bebida e carne na caixa térmica, a gente ficava isolada na beira do rio pescando [...] P7.

*O tempo quando eu estava estressada eu ia ler livro né, ocupar minha mente [...] P8.
Eu procurava me entreter com outras coisas, com que eu tinha em casa né, assistir uma TV, buscar um notícia, tentar fazer alguma coisa diferente em casa [...] P14.
Eu estou tendo aula online e isso ajuda bastante a distrair, por que é curso né então tem atividade, de diferente é isso mesmo [...] P18.*

Eu leio bastante e é o que eu uso para manter em paz para qualquer coisa, tudo eu me refúgio na literatura mesmo [...] P20.

Chegava à noite assistia um filme já me distraia [...] P23.

Eu ficava mais em casa, assistia mais série, eu tentava ler um livro [...] P24.

Eu saía, ia para rio, parque, pracinha [...] P27.

Já no parir, as medidas de proteção utilizadas pelas mulheres para enfrentar a pandemia da COVID-19 foi a estratégia de escolher uma maternidade classificada como de risco habitual para terem seus partos, elas acreditavam que a maternidade realizava apenas atendimento as gestantes e isso contribuía para um fluxo reduzido do risco de contaminação pela COVID-19 quando comparado aos hospitais de alto risco. O fato de acreditarem que não haviam mulheres com COVID-19 internadas também foi um critério decisivo para escolha da maternidade, trazendo segurança e proteção para elas vivenciarem o parir.

Aí ela falou não você vai para Candido Mariano, aí eu dei graças a Deus porque eu acho que aqui é só gestante mesmo e fluxo de gente é menor, aí eu já fiquei mais aliviada. [...] P19.

Tem que ir na Candido Mariano lá é só maternidade, os outros hospitais têm Covid, tem maternidade, mas tem Covid, então tem que ir na Candido Mariano [...] P21.

Eu vi onde que eu ia ganhar que era a maternidade, onde não tem pacientes contaminados, e que eles não recebiam pacientes contaminados [...] P24

5.2.4 Discussão

As condições que impactaram as gestantes, devido a ausência de interação com os elemento simbólicos significativos, incluíram o afastamento familiar, cancelamento de cerimônias e rituais voltados para celebração da gestação e chegada do bebê, deterioração na expectativa do pré-natal, por meio de atrasos no agendamento de exames e consultas, e até mesmo o cancelamento de consultas devido à falta de profissionais, diminuição do contato e a atenção do obstetra durante as consultas, falta de medicações essenciais para o curso gestacional, ausência do acompanhante no momento parto, incapacidade de acesso à informações confiáveis e redução das rotinas diárias e interações sociais, além do impacto financeiro devido a perda de emprego.

Na perspectiva do Interacionismo, as expectativas das multíparas em relação ao gestar e parir decorrem dos significados construídos na interação com o ambiente, com pessoas da rede de apoio e consigo, por meio da partilha de outros sentimentos, experiências, conhecimentos e aspectos presentes na relação. Tais significados fizeram com que as multíparas do presente estudo ressignificassem o gestar e parir frente aos desafios impostos pelos fatores

de riscos desencadeados pela pandemia, fazendo com que vivenciassem este momento de forma mais reclusa (BLUMER, 1969).

As gestantes sofreram um fardo de tomada de decisões, equilibrando os riscos relativos de exposição à COVID-19 com suas necessidades (compras do enxoval, realização de cerimônias como chá de bebê, participação de consultas de pré-natais, necessidades de apoio durante o trabalho de parto). Vários fatores tornaram o distanciamento social mais desafiador, no Reino Unido isso inclui a falta de acesso ao espaço ao ar livre e morar sozinho (ANDERSON *et al.*, 2021). As mulheres grávidas deste estudo, não vivenciaram a gestação em sua totalidade, pois seus familiares não acompanharam o crescimento e a evolução das mesmas. Na Turquia, a impossibilidade das participantes de encontrar com as suas famílias devido ao distanciamento social resultou na solidão e na redução das interações sociais, fazendo com que as grávidas vivessem um processo difícil (MIZRAK SAHIN; KABAKCI, 2021).

A escolha das participantes em não fazer as compras do enxoval de forma presencial, não realizar cerimônias como chá de bebê ou reunir familiares, pode ser pautada pela segunda fase do self de Blumer, o "mim" que é uma série de atitudes organizadas que o indivíduo adota, que determina nossa conduta na medida em que é de caráter autoconsciente (BLUMER, 1969; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Já o estudo realizado com mulheres Canadenses, identificou que suas esperanças e expectativas do que poderia ter sido sua gravidez e pós-parto também foram frustradas, pois elas expressaram o sentimento de perda de não poder realizar comemorações do bebê antes e depois do nascimento com seus familiares (KOLKER *et al.*, 2021). As mulheres do nosso estudo reforçaram que foram privadas da oportunidade de ter lembranças e registros da gestação por meio da realização de cerimônias como o chá de bebê e que a compra do enxoval foi substituída por compras rápidas, perdendo assim o encanto do planejamento. No Reino Unido as mulheres não puderam comprar itens de bebê em lojas físicas e on-line estavam sem estoque (ANDERSON *et al.*, 2021). Na Turquia, as gestantes donas de casa afirmaram que, algumas vezes, desejaram ter adiado a gravidez devido à permanência prolongada em casa e ao medo da infecção pelo vírus, o que influenciou negativamente na adaptação à gravidez (AYDIN; AKTAŞ, 2021).

A pandemia da COVID-19 provocou uma série de mudanças na forma como o pré-natal é prestado. No Canadá essas mudanças incluíram o cancelamento de consultas e também a restrição de acompanhantes durante visitas aos centros de saúde (LEBEL *et al.*, 2020). Também na Jordânia os serviços de pré-natal foram adiados, as mulheres foram convidadas apenas a dar à luz e as consultas de pré-natal foram canceladas para fins de proteção, sendo que as mães

foram orientadas a ficar em casa e a chamar a Defesa Civil, apenas nos casos de emergência (ABU SABBAH *et al.*, 2021). Para as grávidas na Turquia, os serviços de cuidados pré-natais como exames médicos, triagem e treinamento fornecidos por meio de consultas presenciais foram removidos e substituídos por suporte remoto para reduzir o risco de infecção devido à pandemia (MIZRAK SAHIN; KABAKCI, 2021). Já na Geórgia, foi identificada a falta de garantia dos serviços de ultrassons (STANHOPE *et al.*, 2021) e na Austrália a maior consternação de todas as mulheres foi a falta de acesso ao serviço de saúde (DAVIS *et al.*, 2021).

Em uma pesquisa global online, sessenta e dois por cento das mulheres relataram que a COVID-19 afetou seus cuidados de saúde, as consultas foram remarçadas, canceladas ou ocorreram por meio virtual (BRISLANE *et al.*, 2021). Semelhante aos estudos citados, nosso estudo reconheceu também outras mudanças nos cuidados pré-natais ao identificar o cancelamento de consultas pré-natais devido à falta de profissionais, seguida de queixas acerca da diminuição do contato e acolhimento do obstetra durante as consultas e a falta de oferta pela rede pública de medicações essenciais para o curso gestacional (sulfato ferrosos e ácido fólico), além da demora prolongada no agendamento de exames.

Algumas participantes de nosso estudo realizaram a compra das medicações e custeram as consultas pré-natais, assim como os exames de imagem pois queriam manter a avaliação do bem-estar fetal e não aguentavam mais esperar pelo serviço público de saúde. Segundo Blumer (1969), a primeira fase do self, o "eu" é a reação do organismo às atitudes dos outros, é o indivíduo como sujeito, espontâneo, impulsivo, não socializado, suas reações são mais ou menos incertas. O que justifica a ação das mulheres ao optar por comprometer sua renda fazendo o custeio dos exames, medicações e consultas ao se sentirem desassistidas pelo poder público (BLUMER, 1969; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A pandemia e o bloqueio da COVID-19 interromperam as interações sociais e de saúde, resultando em perda de contato com o serviço de saúde, falta de apoio de especialistas e ausência de participação social (SIRIKUL *et al.*, 2021). Estudos de caso-controle revelam ainda que a oferta insuficiente de cuidados pré-natais, ou a não realização do mesmo ou ter realizado menos de seis consultas pré-natais, é uma das razões para o aumento de morbidade e mortalidade materna nos países em desenvolvimento (MAGALHÃES *et al.*, 2021). Em situações pandêmicas, estratégias alternativas podem ser adotadas para melhorar o cuidado físico e psicossocial das mulheres e podem incluir consultas virtuais, telefonemas ou, quando possível, visitas domiciliares. Estas estratégias oferecem maior flexibilidade aos profissionais

de saúde e podem garantir que os serviços sejam mantidos em um esforço para evitar suspensões e cancelamentos de cuidados obstétricos (BRISLANE *et al.*, 2021).

A maioria das mulheres espera uma experiência de parto e nascimento que lhes permita dar à luz a um bebê saudável em um ambiente psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional de um acompanhante de parto (STAMPINI *et al.*, 2021). Os parceiros de parto assintomáticos puderam estar presentes para o trabalho de parto e nascimento usando uma máscara facial (N95), a qual era custeada pelo familiar. Mas algumas mulheres entrevistadas relataram a falta de dinheiro para compra da máscara, seguida de falta de informações dos protocolos implementados com antecedência, sendo prejudicadas com exclusão de seus acompanhantes no momento do parto. Já em alguns países como Itália, França e Irã, os partos familiares foram suspensos pois nenhum cônjuge ou acompanhante pode estar na sala de parto para apoiá-las, embora se saiba que o apoio familiar durante o parto é considerado essencial para o bem-estar da mulher (RAVALDI *et al.*, 2021; DONCARLI *et al.*, 2021; MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021).

Em um estudo qualitativo, realizado no Reino Unido, mostram-se que, durante a pandemia de COVID-19, as gestantes se sentiram desamparadas e solitárias devido as mudanças nos planos de parto e a falta de apoio social evidenciados pelas restrições às visitas hospitalares (GRAY; BARNET, 2021). Já em um estudo transversal realizado em 64 países identificou que em 59% dos casos a família não pode visitar a mulher após o parto e que mais da metade das participantes não tiveram uma pessoa de apoio durante o parto (55%), sendo que 41% das mulheres tiveram seus planos de parto alterados devido aos protocolos da COVID-19 (BASU *et al.*, 2021).

A percepção do parto mudou drasticamente para as mulheres provavelmente influenciadas pelas mudanças sociais e estruturais sísmicas que ocorreram para conter a pandemia. A ausência de apoio materno em um esforço para diminuir a disseminação da COVID-19 pode afetar negativamente outros aspectos dos resultados maternos e do parto, pois ressalta-se em um estudo global que a alta qualidade da assistência está associada à presença de uma acompanhante no momento parto (BRISLANE *et al.*, 2021). É lamentável que em tempos de crise e problemas certos grupos de pessoas sejam deixados desacompanhados e tenham que suportar o gestar e parir por conta própria, porque autoridades de saúde pública estão concentrados em uma resposta rápida à crise (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021).

A repercussão causada pela pandemia no gestar e parir são carregadas de significados e evidenciamos que frente as repercussões negativas surgiram alguns elementos de proteção utilizados pelas mulheres como método de amenizar o período pandêmico no gestar e parir. O

que ressalta o poder de compreender e questionar os significados para que novos contextos e realidades sociais sejam formadas, sendo que o ato da interpretação não deve considerado como uma mera aplicação automática de significados existentes, mas sim como um processo formativo em que os significados são utilizados e trabalhados para orientar e formar as ações humanas (BLUMER, 1969).

Houve a adesão de diversas ações de proteção para enfrentamento da COVID-19; o uso da fé em Deus, a realização de terapia, a imunização, a prática de lazer, não assistir noticiários que abordavam como tema central a pandemia da COVID-19, a leitura de livros, assistir séries e filmes, a confecção de atividade de artesanato, realizar compra do enxoval pela internet, manter contato familiar por chamada de vídeo e ter o parto em uma maternidade que é classificada pelo município como de risco habitual, foram algumas das medidas protetivas utilizadas por nossas participantes.

Na Indonésia e no Japão, as participantes cumpriram e realizaram os protocolos sanitários recomendados pelo governo como uso de máscaras, lavagem frequente das mãos com sabonete, desinfetante para as mãos durante a viagem e evitando multidões. As gestantes perceberam a importância da prevenção, pois a doença afetaria tanto a si mesmas quanto aos seus bebês (UMAZUME et al., 2020; WIDIASIH et al., 2021). Estudo internacional, demonstrou que a maioria das mulheres estavam envolvidas em comportamentos de prevenção da COVID-19, recomendados por especialistas em saúde pública, desta forma, mais de 93% das participantes lavaram/higienizaram as mãos várias vezes ao dia, e 85% usaram máscara facial, enquanto 83% evitaram multidões e 70% evitaram comer em restaurantes (BASU et al., 2021). Em consonância com a literatura, as mulheres de nossa pesquisa também relataram o uso dessas medidas consideradas como protetivas e se sentiram mais seguras seguindo as normas pré-estabelecidas.

Nosso estudo também destacou que praticar técnicas de relaxamento foi um fator positivo significativo na saúde mental materna durante o confinamento (por exemplo: ir pescar/parque, realizar leitura de livros, fazer cursos online/artesanatos e assistir filmes e séries), pois auxiliaram na distração da mente e foram fonte de paz. Estudo transversal online realizado na Tailândia reforça que as ferramentas de proteção utilizadas pelas mulheres foram a realização de exercícios e a participação de atividades online (SIRIKUL et al., 2021). Além disso, uma revisão recente de estudo transversal descobriu que seguir uma rotina, aproveitar a oportunidade para praticar hobbies e ficar ao ar livre são melhores preditores de proteção para enfrentamento da pandemia da COVID-19 (FULLANA et al., 2020). Já estudo realizado na Austrália destaca que as mulheres podem se beneficiar de atividades de lazer em grupo virtual

e programas comunitários para incentivar o exercício físico e a socialização com amigos simultaneamente (CHRISTIE *et al.*, 2022).

A terapia foi uma estratégia fundamental adotada pelas mulheres deste estudo, como fonte de tranquilidade e confiança, auxiliando até em casos extremos de tratamento da depressão. No Irã, para lidar com os vários desafios que as gestantes enfrentavam, alguns docentes e parteiras formaram um grupo na rede social WhatsApp para fornecer orientações e informações atualizadas sobre a COVID-19 às gestantes (MORTAZAVI; GHARDASHI, 2021). Apesar de não ser possível neste momento o apoio de familiares e amigos de forma presencial, é imperativo durante um bloqueio pandêmico que as mulheres no período do gestar e do parir encontrem maneiras de se sentir emocionalmente apoiadas. A ferramenta de proteção utilizada por algumas mulheres deste estudo foi a ligação de vídeo chamada, possibilitando o diálogo e a presença da família mesmo vivenciando o isolamento social. Isso está de acordo com um estudo de métodos mistos que evidenciou várias fontes de resiliência, incluindo o uso de plataformas virtuais de comunicação, envolvimento em comportamentos de autocuidado e o apoio emocional do parceiro que podem ser fontes de resiliência para gestantes não infectadas durante a pandemia (FAREWELL *et al.*, 2021).

Em contrapartida, em alguns casos evitar a tecnologia (televisão ou jornais) foi descrito como uma estratégia adotada para proteção e segurança de vivenciar o período da pandemia, pois relatavam que após ter acesso a essas notícias ficavam abaladas e afloravam sentimentos ruins. Uma pesquisa on-line com mulheres japonesas grávidas identificou que jornais e TV são voltados para uma base de leitores/audiência mais ampla, de modo que também são recebidas informações que não seriam relevantes para as gestantes. Portanto, a mídia tradicional, como jornais e televisão, está associada a um aumento dos medos nas gestantes (ASAI *et al.*, 2021). Sendo que em estudo realizado no Brasil, além da infodemia, as pessoas lutam com mensagens ambíguas de diferentes níveis do governo, que brigam entre si sobre a gravidade da COVID-19 (FREITAS-JESUS *et al.*, 2021).

Vários estudos têm demonstrado que a vacinação na gravidez é uma estratégia segura e altamente eficaz, não apenas para gestantes, mas também para fetos e/ou recém-nascidos, devido à transferência transplacentária passiva de anticorpos para a prole (WANG *et al.*, 2021). Em uma revisão sistemática incluindo 25.839 mulheres, observou-se que a proporção de mulheres realmente dispostas a ser vacinadas durante a gravidez foi de 49,1% (CARBONE *et al.*, 2022). As gestantes de nosso estudo que foram vacinadas ressaltaram a vacinação como uma estratégia protetiva, mas houve relato de gestantes que não foram vacinadas por recomendações médicas. Quanto mais a hesitação do médico persistir e quanto mais durar a

baixa taxa de aceitação da vacina pelas mulheres grávidas, doenças graves evitáveis, mortes de mulheres gestantes, internações em unidades de terapia intensiva, natimortos e outras complicações maternas e fetais de mulheres não vacinadas continuarão a ocorrer (CHERVENAK, MCCULLOUGH, GRÜNEBAUM, 2021).

No Brasil, os hospitais onde as mulheres grávidas recebem serviços de saúde incluem hospitais públicos, hospitais universitários, hospitais privados e centros de saúde da família (atenção primária à saúde). Com base na decisão do governo, tomada durante a pandemia, foi decidido que os hospitais de altos risco forneceriam serviços gratuitos aos pacientes diagnosticados com COVID-19. Por esse motivo, algumas gestantes mudaram de hospital e preferiram buscar atendimentos em hospitais considerados de riscos habituais e que atendiam apenas gestantes durante o processo de pandemia. Esse processo também foi utilizado como ferramenta de proteção por mulheres residentes em outros países como a Turquia (MIZRAK SAHIN; KABAKCI, 2021).

Em um estudo de método misto, as participantes identificaram várias fontes de resiliência incluindo o uso de plataformas virtuais de comunicação, envolvimento em comportamentos de autocuidado (por exemplo: sono adequado, atividade física e alimentação saudável), apoio emocional do parceiro, estar ao ar livre, gratidão e adesão a estruturas e rotinas (FAREWELL *et al.*, 2020). Nossa pesquisa identificou também que além destes marcadores, a fé em Deus, foi uma fonte de proteção e as estratégias adotadas pelas mulheres para vivenciarem a fé em Deus neste período foi feita por meio da realização de orações no domicílio, através de programas religiosos, além da leitura da bíblia. As puérperas deste estudo enfrentaram desafios significativos, um profundo sentimento de perda, falta de apoio e desafios para cuidar da saúde semelhantes aos descritos em outros estudos (RAVALDI *et al.*, 2021; FAREWELL *et al.*, 2020).

A maneira como as nossas participantes vivenciaram o gestar e o parir foi resultado da ausência de interação dos elementos simbólicos significativos identificados neste momento pandêmico. A utilização dos diversos elementos de proteção no período pré-natal e pós-natal são conseqüentemente novas atitudes, ou formas de lidar, devido à interação com os elementos de perda, sendo algo dinâmico e constante característico da terceira premissa no Interacionismo Simbólico. Que segundo Blumer (1969), neste processo interativo, os significados são manipulados ou até mesmo modificados, por um processo interpretativo utilizado pela pessoa ao se relacionar com elementos que ela entra em contato e são capazes de formar novos significados, e conseqüentemente, novas atitudes, ou formas de lidar, sendo algo dinâmico e constante.

5.2.5 Considerações finais

Os desafios vivenciados durante a gestação e parto em tempos da COVID-19, e o fardo psicológico devido a ausência de interação com elementos simbólicos significativos e a tomada de decisões relacionados aos elementos de proteção foram evidenciados neste estudo. Os impactos negativos relacionados às medidas de distanciamento e isolamento social foram demonstrados durante a dificuldade de executar tarefas simples do dia a dia e até mesmo na privação de celebrações do processo gestacional que quando combinado a perda dos cuidados pré-natais e da rede de apoio familiar no momento do parto demonstra prejuízos físicos, mentais e sociais para as mulheres. Estes fatos podem ser vistos como potencial problema de saúde para esta população em especial, visto já ser uma provável área crescente de necessidades de cuidados perinatais não atendidas e que precisarão ser abordadas no futuro, tanto em relação a saúde física da mãe e do bebê durante a gestação quanto na saúde mental materna de longo prazo.

As participantes desenvolveram elementos de ação para enfrentar os estressores pandêmicos: a adesão das medidas preventivas da COVID-19, o uso da fé em Deus, a realização de terapia, a imunização, a prática de lazer, não assistir noticiários que abordavam como tema central a pandemia da COVID-19, a leitura de livros, assistir séries e filmes, manter contato familiar por chamada de vídeo e ter o parto em uma maternidade que é classificada pelo município como de risco habitual, foram algumas dos elementos de proteção utilizados por nossas participantes.

A pandemia tem efeitos significativos não apenas na saúde física das gestantes, mas também na saúde familiar, no relacionamento conjugal e na vida social. Assim, nossos resultados enfatizam a importância de estratégias para as mulheres vivenciarem o gestar e do parir. Porém, por ter sido realizado ainda no momento imediato do puerpério, novos estudos que possam fazer o acompanhamento da vida destas mulheres no período puerperal tardio e remoto se faz necessário, visto que o agendamento da consulta de puerpério e puericultura já vêm sendo tema de preocupação para população deste estudo.

5.2.6 Referência

ABU SABBAH EA, EQYLAN SB, AL-MAHARMA DY, THEKRALLAH F, SAFADI RR. Fears and uncertainties of expectant mothers during the COVID-19 pandemic: trying to reclaim control. **Int J Qual Stud Health Well-being**. v. 17, n. 1, dec. 2022.

ANDERSON, E.; BRIGDEN, A.; DAVIES, A.; SHEPHERD, E.; INGRAM, J. Pregnant women's experiences of social distancing behavioural guidelines during the Covid-19 pandemic 'lockdown' in the UK, a qualitative interview study. **BMC Public Health**. v. 23, n 21, p. 1, jun. 2021.

ASAI, K.; WAKASHIMA, K.; TODA, S.; KOIWA, K. Fear of novel coronavirus disease (COVID-19) among pregnant and infertile women in Japan. **J Affect Disord**. v. 4, p. 1000104, apr. 2021.

AYDIN, R.; AKTAŞ, S. An investigation of women's pregnancy experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. **Int J Clin Pract**. v. 75, n. 9, p. 14418, sep. 2021.

BASU, A.; KIM, H. H.; BASALDUA, R.; CHOI, K. W.; CHARRON, L.; KELSALL, N.; HERNANDEZ-DIAZ, S.; WYSZYNSKI, D. F.; KOENEN, K. C. A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**, v. 21, n. 16, p. 4, apr. 2021.

BLUMER H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. 1. ed. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico]**. Ed. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19**. Ed. 6º. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRISLANE, Á.; LARKIN, F.; JONES, H.; DAVENPORT, M. H. Access and quality of health care for pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 2, feb. 2021.

CARBONE L, DI GIROLAMO R, MAPPA I, SACCONI G, RAFFONE A, DI MASCIO D, DE VIVO V, D'ANTONIO F, GUIDA M, RIZZO G, MARIA MARUOTTI G. Worldwide beliefs among pregnant women on SARS-CoV-2 vaccine: a systematic review. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. V. 268, p. 144-164, jan. 2022.

CHERVENAK, F. A.; MCCULLOUGH, L. B.; GRÜNEBAUM, A. Reversing physician hesitancy to recommend COVID-19 vaccination for pregnant patients. **Am J Obstet Gynecol**. n. 21, p. 01210-2, nov. 2021.

CHMIELEWSKA, B.; BARRATT, I.; TOWNSEND, R.; KALAFAT, E.; MEULEN, J. V. D.; GUROL-URGANCI, I.; BRIEN, P. O.; MORRIS, E.; DRAYCOTT, T.; THANGARATINAM, S.; DOARE, K.L.; LADHANI, S.; DADELSZEN, P. V.; MAGEE, L.; KHALIL, A. Effects of

the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Glob Health**, v. 9, p. 759–72, june. 2021.

CHRISTIE, H.E.; BEETHAM, K.; STRATTON, E.; FRANCOIS, M. E. "Worn-out but happy": Postpartum Women's Mental Health and Well-Being During COVID-19 Restrictions in Australia. **Front Glob Womens Health**. v. 7, n. 2, jan. 2022.

DAVIS, J. A.; GIBSON, L. Y.; BEAR, N. L.; FINLAY-JONES, A. L.; OHAN, J. L.; SILVA, D. T.; PRESCOTT, S. L. Can Positive Mindsets Be Protective Against Stress and Isolation Experienced during the COVID-19 Pandemic? A Mixed Methods Approach to Understanding Emotional Health and Wellbeing Needs of Perinatal Women. **Int J Environ Res Public Health**. v. 29, n. 18, p. 6958, jun. 2021.

DONCARLI, A.; ARAUJO-CHAVERON, L.; CRENN-HEBERT, C.; DEMIGUEL V.; BOUDET-BERQUIER, J.; BARRY, Y.; GOMES DO ESPÍRITO SANTO ME, GUAJARDO-VILLAR A, MENGUY C, TABAI A, WYNDELS K, BENACHI A, REGNAULT N. Impact of the SARS-CoV-2 pandemic and first lockdown on pregnancy monitoring in France: the COVIMATER cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 799, nov. 2021.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 219-226, ago. 1997.

FAKARI, R. F.; SIMBAR, M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. **Archives of Academic Emergency Medicine**, v.8, n.1, p-21, mar. 2020.

FAREWELL, C. V.; JEWELL, J.; WALLS, J.; LEIFERMAN, J. A. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. **J Prim Care Community Health**. v. 11, jan/dec. 2020.

FREITAS-JESUS, J. V.; SÁNCHEZ, O. D. R.; RODRIGUES, L.; FARIA-SCHÜTZER, D. B.; SERAPILHA, A. A. A.; SURITA, F.G. Stigma, guilt and motherhood: Experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil. **Women Birth**. v. 27, n. 21, p. 00151-7, aug. 2021.

FULLANA MA, HIDALGO-MAZZEI D, VIETA E, RADUA J. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. **J Affect Disord**. v. 1, n. 275, p. 80-81, oct. 2020.

GRAY, A.; BARNETT, J. Welcoming new life under lockdown: Exploring the experiences of first-time mothers who gave birth during the COVID-19 pandemic. **Br J Health Psychol**. v. 10, p. 1111, oct. 2021.

GOYAL, M.; SINGH, P.; MELANA, N. Review of care and management of pregnant women during COVID-19 pandemic. **Taiwan J Obstet Gynecol**. v. 59, n. 6, p. 791-794, nov. 2020.

KADIWAR, S.; SMITH, J. J.; LEDOT; S.; JOHNSON, M.; BIANCHI, P.; NATASHA, S. As mulheres grávidas foram mais afetadas pelo COVID-19 na segunda onda da pandemia? **The lancet**, v. 397, p. 1539-1540, april. 2021.

KOLKER, S.; BIRINGER, A.; BYTAUTAS, J.; BLUMENFELD, H.; KUKAN, S.; CARROLL, J. C. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 31, n. 21, p.851, dec. 2021.

MAGALHÃES, D. M. D. S.; BERNARDES, J. M.; RUIZ-FRUTOS, C.; GÓMEZ-SALGADO, J.; CALDERON, I. M. P.; DIAS, A. Predictive Factors for Severe Maternal Morbidity in Brazil: A Case-Control Study. **Healthcare (Basel)**. v. 16, n. 3, p. 335, mar. 2021.

MORTAZAVI, F.; GHARDASHI, F. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 193, mar. 2021.

MIZRAK SAHIN, B.; KABAKCI, E. N. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women Birth**. v. 34, n. 2, p. 162-169, mar. 2021.

LEBEL, C.; MACKINNON, A.; BAGSHAW, M.; TOMFOHR-MADSEN, L.; GIESBRECHT, G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **J Affect Disord**. v. 1, n. 277, p. 5-13, dec, 2020.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; WANG, X.; ZHOU, L.; TONG, Y.; REN, R.; LEUNG, K. S. M.; LAU, E. H. Y.; WONG, J. Y.; XING, X.; XIANG, N.; WU, Y.; LI, C.; CHEN, Q.; LI, D.; LIU, T.; ZHAO, J.; LIU, M.; TU, W.; CHEN, C.; JIN, L.; YANG, R.; WANG, Q.; ZHOU, S.; WANG, R.; LIU, H.; LUO, Y.; LIU, Y.; SHAO, G.; LI, H.; TAO, Z.; YANG, Y.; DENG, Z.; LIU, B.; MA, Z.; ZHANG, Y.; SHI, G.; LAM, T. T. Y.; WU, J. T.; GAO, G. F.; COWLING, B. J.; YANG, B.; LEUNG, G. M.; FENG, Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, mar. 2020.

OOBR COVID-19. Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19. **Dados do SIVEP=Gripe atualizados em 15 janeiro de 2021**. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/>. Acessado em 23 de janeiro. 2022.

POON, L. C.; YANG, H.; LEE, J. C. S.; COPEL, J. A.; LEUNG, T.Y.; ZHANG, Y.; CHEN, D.; PREFUMO, F. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v.55, n.5, p.700-8, mar. 2020.

RAVALDI, C.; WILSON, A.; RICCA, V.; HOMER, C.; VANNACCI, A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. **Women Birth**. v. 34, n. 4, p. 335-343, jul. 2021.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Infection from coronavirus (COVID-19) in pregnancy**. Information for healthcare professionals. Version 14.3: 11 jan. 2022.

SALEHI, L.; RAHIMZADEH, M.; MOLAEI, E.; ZAHERI, H.; ESMAELZADEH-SAEIEH, S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental

health disorder in pregnant women: A structural equation model. **Brain and Behavior**, v. 01835, sept. 2020.

SAHIN, B. M.; KABAKCI, E. N. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women and Birth**, n. 20, p. 1871-5192, oct. 2020.

SIRIKUL, W.; ONGPRASERT, K.; PIANKUSOL, C.; SIVIROJ, P. Maternal Mental Health under COVID-19 Pandemic in Thailand. **Int J Environ Res Public Health**. v. 19, n. 1, p. 347, dec. 2021.

STAMPINI V, MONZANI A, CARISTIA S, FERRANTE G, GERBINO M, DE PEDRINI A, AMADORI R, RABBONE I, SURICO D. The perception of Italian pregnant women and new mothers about their psychological wellbeing, lifestyle, delivery, and neonatal management experience during the COVID-19 pandemic lockdown: a web-based survey. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 1, n. 21, p. 473, jul.

STANHOPE, K. K.; PIPER, K.; GOEDKEN, P.; JOHNSON, T.; JOSEPH, N. T.; TI, A.; GEARY, F.; BOULET, S. L. Quality and satisfaction with care following changes to the structure of obstetric care during the COVID-19 pandemic in a safety-net hospital in Georgia: Results from a mixed-methods study. **J Natl Med Assoc**. v. 14, n. 21, p. 00230-3, jan. 2022.

TAKEMOTO, M. L. S.; MENEZES, M. D.; ANDREUCCI, C. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; KNOBEL, R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, july, 2020.

UMAZUME, T.; MIYAGI, E.; HARUYAMA, Y.; KOBASHI, G.; SAITO, S.; HAYAKAWA S.; KAWANA, K.; IKENOUE, S.; MORIOKA, I.; YAMADA, H. Survey on the use of personal protective equipment and COVID-19 testing of pregnant women in Japan. **J Obstet Gynaecol Res**. v. 46, n. 10, p. 1933-1939, oct. 2020.

WANG, P. H.; LEE, W. L.; YANG, S. T.; TSUI, K. H.; CHANG, C. C.; LEE, F. K. The impact of COVID-19 in pregnancy: Part II. Vaccination to pregnant women. **J Chin Med Assoc**. v. 84, n. 10, p. 903-910, oct. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19)**. Geneve, jan. 2022a.. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acessado em: 21 jan. 2022.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como não poderia ser diferente, mulheres grávidas e no pós-parto, grupo classificado como de risco pela Organização Mundial da Saúde, parecem ter sofrido ainda mais com pandemia pela COVID-19, visto que, a área da obstetrícia já demonstrava carência de atenção e de cuidados padronizados mesmo antes do período pandêmico. Mesmo após dois anos do surgimento da COVID-19, evidenciamos importantes investigações acerca da temática, o que, com certeza, ratifica a problemática e sustenta a relevância deste estudo qualitativo interpretativo. As descobertas revelam respostas emocionais elevadas, um profundo sentimento de perda centrado na falta de apoio e desafios ao acesso e qualidade dos cuidados.

Pode-se concluir que a pandemia causou um impacto negativo nos cuidados assistenciais e psicossociais durante o período do gestar e do parir e que diversas ferramentas de proteção foram adotadas pelas mulheres para amenizar seus efeitos prejudiciais. Nossos resultados mostram que o medo da COVID-19 foi descrito em suas diversas facetas estando presente nas rotinas diárias, durante a celebração da gestação e até mesmo durante a busca assistencial, além disso, o medo foi responsável por desencadear outros sentimentos negativos que foram desde a tristeza, preocupação, solidão, frustração a possível início de depressão, o que demonstrou interferir na vivência do gestar e do parir.

Fortes sentimentos negativos aparecem durante este período já considerado de maior vulnerabilidade, podem estar associados às várias consequências negativas para a saúde, como complicações na gravidez e resultados negativos no desenvolvimento na infância. Vale a pena prestar atenção ao fato de que as percepções das participantes sobre, a qualidade dos seus cuidados obstétricos foram influenciadas negativamente pela dificuldade de acesso às consultas pré-natais, muitas vezes motivadas pela falta de profissionais, pela demora no agendamento dos exames e indisponibilidade de medicações essenciais para o período gestacionais, além do impacto econômico causado pela perda de emprego e diminuição do apoio familiar de forma presencial no momento das consultas e do parto.

Como resultado, as entrevistadas desenvolveram mecanismos de enfrentamento para navegar nesses estressores pandêmicos, esta pesquisa fornece uma compreensão mais profunda das mudanças positivas adquiridas por meio da utilização de algumas ferramentas de proteção pelas mesmas durante o período pré-natal e pós-parto. As aplicações dessas ferramentas, como uso da fé, do apoio familiar por meio de tecnologias, realização de atividades de lazer, acompanhamento terapêutico, adesão a imunização, entre outras, pode trazer importantes

benefícios psicossociais tanto para a gestante, quanto para o bebê e para a unidade familiar enquanto eles passam por esses tempos desafiadores.

A realização de intervenções assertivas que contribuam para garantia dos direitos obstétricos, com foco na recuperação da autonomia, prevenção de danos dos cuidados assistenciais, emocionais e físicos, tornam-se de suma importância. Espera-se que os nossos resultados possam vir a contribuir para a universalização do cuidado obstétrico, de modo a fornecer condições capazes de oferecer os condicionantes para a construção da possibilidade de superação das vulnerabilidades que vão além da COVID-19. Especialmente, é importante apoiar as mulheres no período perinatal e capacitá-las a dar à luz, garantir a continuidade dos cuidados por meio de consultas, seja por meio virtuais e/ou telefônicas e fornecer orientações claras com antecedência sobre as permissões do acompanhante para a assistência durante as consultas pré-natais e parto, tentar ver a família como uma unidade e não a mulher isolada, pois essas intervenções, que segundo a literatura, podem ajudar a melhorar a qualidade da assistência no período do gestar e do parir.

Claramente a pandemia pela COVID-19 trouxe uma realidade diferente e apresentou dificuldades novas para população mundial em todos os âmbitos e mergulhar no desafio de ser pesquisadora, no início de uma pandemia, mostrou ser um processo desafiador, uma vez que o ensino presencial foi obrigado a se adaptar 100% ao perfil do ensino remoto. E os questionamentos iniciais foram surgindo, “Será que vamos conseguir realizar nossas pesquisas?”, “Como será feita a coleta de dados, visto as medidas de isolamento e bloqueio social?”, “Como vamos absorver os conhecimentos necessários nesse novo modelo de ensino?”, enfim, dúvidas e questionamentos foram diversos durante este processo.

O novo fez aflorar diversos sentimentos, e a sensação de insegurança e medo de como tudo seria superado se fez presente nestes dois anos de pós-graduação. O fazer ciência é um processo complexo que envolve pesquisadores, professores, orientadores, população, testes, erros e acertos. E assim, como foi evidenciado em nossa pesquisa, a rede de apoio foi uma ferramenta extraordinária, além do direcionamento do orientador que foi fundamental por meio da compreensão, paciência e experiência. Posso afirmar que coletamos histórias de desafios e de oportunidade, maior resiliência, e também autonomia, além da comodidade e segurança de estudar em casa, porém não tenho dúvidas que prefiro as aulas presenciais, para ficar imersa em um ambiente 100% focado, nas explicações produzidas pelos discentes, sem nenhuma interferência da rotina diária durante as aulas por estar em casa, para mim a experiência presencial é insubstituível.

O atendimento das puérperas foi centrado no modelo biomédico, esquecendo dos sentimentos e das dificuldades psicossociais que marcam este período e estes indicadores estão sofrendo ainda mais desafios durante a pandemia da COVID-19. Sendo imprescindível falar de qualidade da assistência obstétrica no Brasil, onde há preocupantes indicadores de mortalidade e práticas assistenciais inadequadas. Portanto, os profissionais da saúde e principalmente o enfermeiro, que é o profissional envolvido em todos os níveis de prestação de cuidados, tem sido fundamental para a qualificação do cuidado e melhora da qualidade da assistência de saúde. Percebe-se então, a necessidade de um olhar holístico, ver o indivíduo como um todo, dentro de suas potencialidades, dificuldades e necessidades, sejam elas físicas, emocionais ou sociais, estes preceitos são fundamentais para elaboração de planos de cuidados centrado na pessoa.

Acredita-se fazer necessário a criação de espaços para a discussão sobre a prática educativa em saúde, visando tornar os profissionais de enfermagem hábeis em atuarem como agentes de mudanças, de modo a amenizar ou impedir os impactos da pandemia para o binômio mãe-filho, pensando em estratégias de cuidado que proporcionem bem-estar, prestação de cuidados adequados e segurança às mulheres durante todo o período gravídico-puerperal, seja na assistência na atenção primária, secundária ou terciária.

Durante a realização da coleta de dados, foi possível vivenciar cada relato de experiência de forma única e marcante, ver a forma como as mulheres se sentem sozinhas e desamparadas pela saúde pública é devastador, um choque de realidade conflitante pois mesmo sabendo que o mundo mudou desde a fatídica descoberta da COVID-19, de forma drástica e repentina, sobrecarregando a todos com alto índice de mortalidade e transtornos emocionais, a vida continuou, mas a medidas de infraestrutura e planejamento para obstetrícia se estagnou, parou no tempo, trazendo consequências irreparáveis para as mulheres.

Nem nos piores pesadelos imaginávamos que teríamos que adaptar nossas vidas paralelo à pandemia e nosso estudo evidência que a obstetrícia pede socorro, que a pandemia ressaltou todas nossas fragilidades assistenciais e implementação de medidas para mudanças imediatas são necessárias, temos que nos adaptar ao novo mundo. Desta forma, a rede de apoio profissional, familiar, a comunidade e outras formas de coletividade, são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das mulheres e, por consequência, no cuidado. Outras estratégias que surgiram foi o uso da tecnologia (teleconsultas, grupos de apoio online, vídeo chamadas, entre outras) que facilitaram a rede de apoio, podem surgir diversas ferramentas importantes, pois vivenciamos mais de dois anos de pandemia, e nos vemos reféns das diretrizes preventivas, e constante disseminação da COVID-19.

REFERÊNCIAS

- ANDRIKOPOULOU, M.; MADDEN, N.; WEN, T.; AUBEY, J. J.; AZIZ, A.; BAPTISTE, C. D.; BRESLIN, N.; D'ALTON, M. E.; FUCHS, K. M.; GOFFMAN, D.; GYAMFI-BANNERMAN, C.; MATSEOANE-PETERSSEN, D. N.; MILLER, R. S.; SHEEN, J.-J.; SIMPSON, L. L.; SUTTON, D.; ZORK, N.; FRIEDMAN, A. M. Symptoms and Critical Illness Among Obstetric Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection. **Obstetrics and Gynecology**, v. 136, n. 2, p. 291-299, aug. 2020.
- ANTOUN, L.; TAWHEEL, N. E.; AHMED, I.; PATNI, S.; HONEST, H. Maternal COVID-19 infection, clinical characteristics, pregnancy, and neonatal outcome: A prospective cohort study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 252, n. 3, p. 559-562, sept. 2020.
- ANTUNES, B. B. P.; PERES, I. T.; BAIÃO, F. A.; RANZANI, O. T.; BASTOS, L. S. L.; SILVA, A. A. B.; SOUZA, G. F. G.; MARCHESI, J. F.; DANTAS, L. F.; VARGAS, S. A.; MAÇAIRA, P.; HAMACHER, S.; BOZZA, F. A. Progressão dos casos confirmados de COVID-19 após implantação de medidas de controle. **Revista brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 2, p. 213-223, abr./jun. 2020.
- AKBARI, V.; RAHMATINEJAD, P.; SHATER, M. M.; VAHEDIAN, M.; KHALAJINIA, Z. Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression. **Journal Education and Health Promotion**, v. 9, n. 2, p. 174, july. 2020.
- BASU, A.; KIM, H. H.; BASALDUA, R.; CHOI, K. W.; CHARRON, L.; KELSALL, N.; HERNANDEZ-DIAZ, S.; WYSZYNSKI, D. F.; KOENEN, K. C.; A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. **PLoS One**. v. 21, n. 16, p. 4, apr. 2021.
- BEZERRA, A. C. V.; SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R. G.; SILVA, J. A. M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 2411-2421, jun. 2020.
- BLAKEWAY, H.; PRASAD, S.; KALAFAT, E.; HEATH, P. T.; LADHANI, S. N.; LE DOARE, K.; MAGEE, L. A.; O'BRIEN, P.; REZVANI, A.; VON DADELSZEN, P.; KHALIL, A. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. **Am J Obstet Gynecol**. v. 2226, n. 2, p. 236, feb. 2022.
- BLUMER H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. 1. ed. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico]**. Ed. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19**. Ed. 6º. Brasília: Ministério da Saúde; 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRISLANE, Á.; LARKIN, F.; JONES, H.; DAVENPORT, M. H. Access and quality of health care for pregnant and postpartum women during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Global Women's Health**, v. 2, feb. 2021.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, integration.** 1. ed. Califórnia: Prentice–Hall, 1989.

CHEN, H.; GUO, J.; WANG, C.; LUO, F.; YU, X.; ZHANG, W.; LI, J.; ZHAO, D.; XU, D.; GONG, Q.; LIAO, J.; YANG, H.; HOU, W.; ZHANG, Y. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **The Lancet**, v. 395, n. 1, p. 809-815, mar. 2020.

CHIVERS, B. R.; GARAD, R. M.; BOYLE, J. A.; SKOUTERIS, H.; TEEDE, H. J.; HARRISON, C. L. Perinatal Distress During COVID-19: Thematic Analysis of an Online Parenting Forum. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 9, p. 22002, sept. 2020.

CHMIELEWSKA, B.; BARRATT, I.; TOWNSEND, R.; KALAFAT, E.; MEULEN, J. V. D.; GUROL-URGANCI, I.; BRIEN, P. O.; MORRIS, E.; DRAYCOTT, T.; THANGARATINAM, S.; DOARE, K.L.; LADHANI, S.; DADELSZEN, P. V.; MAGEE, L.; KHALIL, A. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Glob Health**, v. 9, p. 759–72, june. 2021.

CHRISTIE, H.E.; BEETHAM, K.; STRATTON, E.; FRANCOIS, M. E. "Worn-out but happy": Postpartum Women's Mental Health and Well-Being During COVID-19 Restrictions in Australia. **Front Glob Womens Health**. v. 7, n. 2, jan. 2022.

COLLIN, J.; BYSTRÖM, E.; CARNAHAN, A.; AHRNE, M. Public Health Agency of Sweden's Brief Report: pregnant and postpartum women with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 infection in intensive care in Sweden. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 99, n. 7, p. 819-822, may. 2020.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre; Artmed, 2006.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 31, n. 2, p. 219-226, ago. 1997.

DASHRAATH, P.; WONG, J.; LIM, M.; LIM, L. M.; LI, S.; BISWAS, A.; CHOOLANI, M.; MATTAR, C.; SU, L. L. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. **Jornal americano de obstetrícia e ginecologia**, v. 222, n. 6, p. 521-531, Sept. 2020.

ELLINGTON, S.; STRID, P.; TONG, V. T.; WOODWORTH, K.; GALANG, R. R.; ZAMBRANO L. D.; NAHABEDIAN, J.; ANDERSON, K.; GILBOA, S. M. Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status — United States, January 22–October 3, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 44, p. 1641–1647, nov. 2020.

FAKARI, R. F.; SIMBAR, M. Coronavirus Pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. **Archives of Academic Emergency Medicine**, v.8, n.1, p-21, mar. 2020.

FAREWELL, C. V.; JEWELL, J.; WALLS, J.; LEIFERMAN, J. A. A Mixed-Methods Pilot Study of Perinatal Risk and Resilience During COVID-19. **J Prim Care Community Health**. v. 11, jan/dec. 2020.

GAN, Y.; XIONG, R.; SONG, J.; XIONG, X.; YU, F.; GAO, W.; HU, H.; ZHANG, J.; TIAN, Y.; GU, X.; ZHANG, J.; CHEN, D. The effect of perceived social support during early pregnancy on depressive symptoms at 6 weeks postpartum: a prospective study. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 232, july. 2019.

HEALY, C. M. Covid-19 in Pregnant Women and Their Newborn Infants. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 175, n. 8, p. 781-783, apr. 2021.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative health research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

JUSBRASIL. Tribunal de Justiça. Poder judiciário do estado de Mato Grosso do Sul. **Agravo de Instrumento nº 1404181-54.2020.8.12.0000**. Campo Grande, MS, 14 abr. 2020. Disponível em: < <https://tj-ms.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/832784346/agravo-de-instrumento-ai-14041815420208120000-ms-1404181-5420208120000/inteiro-teor-8327844452>>. Acessado em: 21 dec, 2020.

KADIWAR, S.; SMITH, J. J.; LEDOT, S.; JOHNSON, M.; BIANCHI, P.; NATASHA, S. As mulheres grávidas foram mais afetadas pelo COVID-19 na segunda onda da pandemia? **The lancet**, v. 397, p. 1539-1540, april. 2021.

KEATING, N. E.; DEMPSEY, B.; CORCORAN, S.; MCAULIFFE, F. M.; LALOR, J.; HIGGINS, M. F. A experiência da gravidez e do parto da mulher durante a pandemia de COVID-19: um estudo qualitativo. **Ir J Med Sci**. v. 2, n. 1, p. 8, dec. 2021.

KNIGHT, M.; BUNCH, K.; VOUSDEN, N.; MORRIS, E.; SIMPSON, N.; GALE, C.; O'BRIEN, P.; QUIGLEY, M.; BROCKLEHURST, P.; KURINCZUK, J. J. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. **The BMJ**, v. 369, n. 9, p. 2107, june. 2020.

KOLKER, S.; BIRINGER, A.; BYTAUTAS, J.; BLUMENFELD, H.; KUKAN, S.; CARROLL, J. C. Pregnant during the COVID-19 pandemic: an exploration of patients' lived experiences. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 851, dec. 2021.

KOTLAR B, GERSON E, PETRILLO S, LANGER A, TIEMEIER H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. **Reprod Saúde**. v. 18, n. 1, p. 10, jan. 2021.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; WANG, X.; ZHOU, L.; TONG, Y.; REN, R.; LEUNG, K. S. M.; LAU, E. H. Y.; WONG, J. Y.; XING, X.; XIANG, N.; WU, Y.; LI, C.; CHEN, Q.; LI, D.; LIU, T.; ZHAO, J.; LIU, M.; TU, W.; CHEN, C.; JIN, L.; YANG, R.; WANG, Q.; ZHOU, S.; WANG, R.; LIU, H.; LUO, Y.; LIU, Y.; SHAO, G.; LI, H.; TAO, Z.; YANG, Y.; DENG, Z.; LIU, B.; MA, Z.; ZHANG, Y.; SHI, G.; LAM, T. T. Y.; WU, J. T.; GAO, G. F.; COWLING, B. J.; YANG, B.; LEUNG, G. M.; FENG, Z. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, mar. 2020.

LIPKIND, H. S.; VAZQUEZ-BENITEZ, G.; DESILVA, M.; VESCO, K.K.; ACKERMAN-BANKS, C.; ZHU, J.; BOYCE, T. G.; DALEY, M. F.; FULLER, C. C.; GETAHUN, D.; IRVING, S. A.; JACKSON, L. A.; WILLIAMS, J. T. B, ZERBO, O; MCNEIL, M. M.; OLSON, C. K.; WEINTRAUB, E.; KHARBANDA, E. O. Receipt of COVID-19 Vaccine During Pregnancy and Preterm or Small-for-Gestational-Age at Birth - Eight Integrated Health Care Organizations, United States, December 15, 2020-July 22, 2021. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v. 71, n. 1, p. 26-30, jan. 2022.

LITTLEJOHN SW. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1988.

MARTINEZ-PORTILLA, R. J.; SOTIRIADIS, A.; CHATZAKIS, C.; TORRES-TORRES, J.; ESPINO, Y.; SOSA, S.; SANDOVAL-MANDUJANO, K.; CASTRO-BERNABE, D. A.; MEDINA-JIMENEZ, V.; MONARREZ-MARTIN, J. C.; FIGUERAS, F.; POON, L. C. Pregnant women with SARS-CoV-2 infection are at higher risk of death and pneumonia: propensity score matched analysis of a nationwide prospective cohort (COV19Mx). **Ultrasound Obstet Gynecol**. v. 57, n. 2, p. 224-231, feb. 2021.

MATTOS, C.L.G. A abordagem etnográfica na investigação científica. **Rev. INES-EPAC**. v. 16, p. 42-59, 2001.

MEAD, G. H. **Mind, self, & society**. 8. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1972.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MIZUMOTO, K.; CHOWELL, G. Transmission potential of the novel coronavirus (COVID-19) onboard the diamond Princess Cruises Ship, 2020. **Infectious Disease Modelling**, v. 5, p. 264-270, jan. 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M. M. R.; PACAGNELLA, R. C.; TAKEMOTO, M. L. S.; PENSO, F. C. C.; REZENDE-FILHO, J.; LEAL, M. C. COVID-19 e a morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 42, n. 8, p. 445-447. Set. 2020.

OOBR COVID-19. Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19. **Dados do SIVEP=Gripe**, Brasil, jan. 2022. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/>. Acessado em: 20 jan. 2022.

POON, L. C.; YANG, H.; LEE, J. C. S.; COPEL, J. A.; LEUNG, T.Y.; ZHANG, Y.; CHEN, D.; PREFUMO, F. ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v.55, n.5, p.700-8, mar. 2020.

PARUMS, D. V. Editorial: Maternal SARS-CoV-2 Infection and Pregnancy Outcomes from Current Global Study Data. **Med Sci Monit.** v. 5, n. 27, jul. 2021.

QIAO, J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? **The Lancet**, v. 395, n. 10226, p. 760-762, mar. 2020.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. **Infection from coronavirus (COVID-19) in pregnancy.** Information for healthcare professionals. Version 14.3: 11 jan. 2022.

SAHIN, B. M.; KABAKCI, E. N. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. **Women and Birth**, n. 20, p. 1871-5192, oct. 2020.

SALEHI, L.; RAHIMZADEH, M.; MOLAEI, E.; ZAHERI, H.; ESMAELZADEH-SAEIEH, S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. **Brain and Behavior**, v. 01835, sept. 2020.

SANTOS, S. C.; JESUS, G. T.; COSTA, J. C.; FERNANDES, R. A.; NUNES, M. R. Relationship between breastfeeding and COVID-19: Highlighting possible contamination risks. **Brazilian Journal of Development.** v.8, n.1, p.846-856jan. 2022

SAVASI, V. M.; PARISI, F.; PATANÈ, L.; FERRAZZI, E.; FRIGERIO, L.; PELLEGRINO, A.; SPINILLO, A.; TATEO, S.; OTTOBONI, M.; VERONESE, P.; PETRAGLIA, F.; VERGANI, P.; FACCHINETTI, F.; SPAZZINI, D.; CETIN, I. Clinical Findings and Disease Severity in Hospitalized Pregnant Women With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Obstetrics & Gynecology**, v. 136, n. 2, p. 252-258, aug. 2020.

SOUZA, V. R. D. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta paulista de enfermagem**, v. 34, eAPE02631, mar. 2021.

TAKEMOTO, M. L. S.; MENEZES, M. D.; ANDREUCCI, C. B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; KNOBEL, R. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, july, 2020.

TONG, A.; WINKELMAYER, W. C.; CRAIG, J. C. Qualitative research in CKD: an overview of methods and applications. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 64, n. 3, p. 338346, sep. 2014.

WANG, P. H.; LEE, W. L.; YANG, S. T.; TSUI, K. H.; CHANG, C. C.; LEE, F. K. The impact of COVID-19 in pregnancy: Part II. Vaccination to pregnant women. **J Chin Med Assoc**, v. 84, n. 10, p. 903-910, oct. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19)**. Geneve, jan. 2022a.. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acessado em: 21 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021**. Geneve, feb. 2022b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527?searchresult=true&query=&scope=&filtertype_0=mesh&filter_relational_operator_0=contains&filter_0=COVID19&rpp=10&sort_by=dc.date.accessioned_dt&order=desc>. Acessado em: 07 feb. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages. **WHO**, apr. 2020. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331695>>. Acessado em 10 sept. 2020.

YASSA, M.; YASSA, A.; YIRMIBEŞ, C.; BIROL, P.; ÜNLÜ, U. G.; TEKIN, A. B.; SANDAL, K.; MUTLU, M. A.; ÇAVUŞOĞLU, G.; TUG, N. Anxiety levels and obsessive compulsion symptoms of pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Turkish Journal Obstetrics and Gynecology**, v. 17, n. 3, p. 155-160, oct. 2020.

YU, M.; QIU, T.; LIU, C.; CUI, Q.; WU, H. The mediating role of perceived social support between anxiety symptoms and life satisfaction in pregnant women: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcome**, v. 18, p. 223, july. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada, você está sendo convidada para participar de uma pesquisa intitulada “O gestar e o parir durante a pandemia de covid-19: significados atribuídos por puérperas.” de forma voluntária, sob a responsabilidade da pesquisadora Prisciely Souza de Palhano, sob orientação de Soraia Geraldo Rozza Lopes. **Esta pesquisa seguirá as recomendações de medidas de prevenção do Covid-19 oferecido pelo Ministério da Saúde.** Você não deverá participar contra a própria vontade nem sem o seu consentimento. Antes de concordar com a participação no estudo, é importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Por isso peço-lhe que faça uma leitura cuidadosa das informações. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir em consentir sua participação. Você tem o direito de retirar seu consentimento e de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito no serviço de saúde onde é atendida. O objetivo desse estudo é compreender o significado de gestar e parir durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva de puérperas. Caso você consinta sua participação no presente estudo, serão coletadas informações através de uma de entrevista individual, utilizando-se um roteiro semiestruturado de perguntas que aborda aspectos sociodemográficos (idade, raça, estado civil, moradia, escolaridade, trabalho remunerado), informações sobre a gravidez atual (gravidez planejada, tipo de gravidez, condições de saúde ou doenças diagnosticadas, sintomas de Covid-19 durante a gravidez e puerpério, diagnóstico de Covid-19 durante a gravidez ou puerpério) e questões norteadoras sobre: experiência da gestação, mudanças ocorridas com a pandemia de Covid-19, experiência para realizar o pré-natal e parto, sentimentos vivenciados, repercussões na saúde mental e as estratégias de enfrentamento. Atendendo as recomendações éticas e de biossegurança para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos nesse momento de pandemia por Covid-19, a pesquisadora realizará a entrevista mantendo distância segura de pelo menos 1 metro e disponibilizando os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários e álcool em gel 70%. Os EPI serão disponibilizados gratuitamente pelo pesquisador, sem nenhum custo para você. As entrevistas serão realizadas na maternidade Associação de Amparo à Maternidade e a Infância – AAMI, no alojamento conjunto em sala privativa com ventilação natural (Sala foi disponibilizada pela direção). A entrevista será registrada com auxílio de gravador digital. Ao final do estudo, será marcado uma reunião com as participantes da pesquisa, por meio da plataforma digital, para que estas sejam informados pela pesquisadora responsável quanto aos resultados do estudo. Tais resultados serão divulgados, respeitando-se o sigilo e o anonimato dos participantes, em formato de artigo em revistas científicas da Área das Ciências da Saúde de âmbito nacional e internacional. Serão convidadas todas as puérperas considerando os critérios de inclusão: Multigesta que vivenciaram a gestação após início da pandemia e que tiveram seu parto realizado no Hospital Maternidade AAMI, com idade maior ou igual a 18 anos, que compreendam bem a língua portuguesa, com discurso lógico para responder os questionamentos propostos que não sejam indígenas, e que residam em Campo Grande – MS. O estudo será relevante e trará benefícios como a compreensão sobre o gestar e parir durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva de parturientes. Isso permitirá a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem que envolverá o componente educativo e promotor da saúde direcionado às necessidades de saúde das participantes. Os riscos e desconfortos serão mínimos, pode surgir constrangimento da parte dos participantes no momento de realização da entrevista, ao passo que estes poderão não ter a intenção de responder as perguntas. Para evitar o risco de constrangimento perante o fornecimento das informações necessárias para a condução da pesquisa, a entrevista será feita individualmente de modo a garantir a privacidade de cada participante, sem a presença de outras pessoas. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso sofra algum dano decorrente

dessa pesquisa, o pesquisador garante indenizá-lo (a) por todo e qualquer gasto ou prejuízo. Ao (à) participante será assegurada a garantia de assistência integral em qualquer etapa do estudo e acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Caso apresente algum problema psicológico em decorrência da participação na pesquisa, que necessite de acompanhamento especializado, você será encaminhado (a) para o serviço de Psicologia da Maternidade Cândido Mariano que, por sua vez, compromete-se em oferecer a infraestrutura capaz de lhe acolher e garantir assistência integral, por meio de triagem e acompanhamento, bem como encaminhá-lo (a) para outros serviços de saúde caso seja detectada a necessidade. Garanto-lhe que as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida e sua identidade ficará protegida, na medida em que os dados coletados servirão apenas para alcançar os objetivos desta pesquisa. Vale ressaltar que você tem o direito de retirar seu consentimento e de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, bem como a sua participação não trará nenhum custo. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você. Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS ou pelo telefone: (67) 3345-7187 e/ou e-mail: cepconep.propp@ufms.br. Apresentação dos resultados do estudo aos participantes: As descobertas das pesquisas serão compartilhadas em publicações e conferências.

Participante do estudo: _____ Campo Grande, ____ de ____ de 2021.

Responsável pelo estudo: _____ Campo Grande, ____ de ____ de 2021.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DADOS PARA PUERPERAS.**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Idade** (em anos): _____**Raça:** 1. Branca 2. Preta 3. amarela 4. Parda 5. indígena**Estado civil:** 1. Solteira 2. casada 3. União estável 4. Viúva**Moradia:** 1. Município do estudo 2. Outro município**Quantos anos você estudou?** _____**Exerce trabalho remunerado?** 1. sim 2. não**II. INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ ATUAL****Gravidez planejada:** 1. sim 2. não**Tipo de gravidez:** 1. única 2. Gemelar 3. tripla ou mais**Número de partos:** 1. primípara 2. múltipara**Fez consulta ao pré-natal:** 1. sim 2. não**Se sim qual número de consultas pré-natal:** _____**Apresentou sintomas de Covid-19 durante a gestação ou puerpério?** 1. sim 2. nãoEm caso afirmativo, informe os sintomas apresentados: 1. Febre 2. Tosse seca 3. Cansaço 4.Dores e desconforto 5. Dor na garganta 6. Diarreia 7. Conjuntivite 8. Dor de cabeça 9.Perda de paladar e/ou olfato 10. Erupção cutânea 11. Descoloração dos dedos 12.Dificuldade de respirar/falta de ar 13. Dor ou pressão no peito 14. Perda de fala ou movimento**Foi diagnosticada com Covid-19?** 1. sim 2. não**III. QUESTÕES NORTEADORAS**

1. O que significou estar grávida no contexto da pandemia?
2. Como foi seu atendimento no pré-natal e parto?
3. Como foi para você manter seu bem-estar e sua saúde mental diante dessa situação?
4. Deseja acrescentar algo mais?

ANEXO A - TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO À INSTITUIÇÃO

TERMO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO À INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Priscieley Souza de Palhano, CPF 040.430.881-32, pesquisadora do projeto de pesquisa intitulado “Compreender o significado de gestar e parir durante a pandemia de covid-19 na perspectiva de parturientes”, orientado pela Prof. Dra. Soraia Geraldo Rozza Lopes, cujo objetivo é compreender o significado de gestar e parir durante a pandemia de Covid-19 na perspectiva de parturientes, venho por meio deste solicitar o acesso à Maternidade Cândido Mariano, para realizar a coleta de dados junto às parturientes. A coleta de dados ocorrerá no mês de março de 2021, após a emissão de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, através de entrevista individual, utilizando-se roteiros semiestruturados de perguntas. O instrumento de coleta a ser aplicado junto às parturientes será composto por perguntas que abordam aspectos sociodemográficos (idade, raça, estado civil, moradia, escolaridade, trabalho remunerado), informações sobre a gravidez atual (gravidez planejada, tipo de gravidez, número de partos, condições de saúde ou doenças diagnosticadas, sintomas de Covid-19 durante a gravidez e puerpério, diagnóstico de Covid-19 durante a gravidez ou puerpério) e questões norteadoras sobre experiência da gestação, mudanças ocorridas com a pandemia de Covid-19, expectativas para o parto, experiência do pré-natal e parto, aspectos positivos e negativos do parto hospitalar, sentimentos vivenciados, repercussões na saúde mental e as estratégias de enfrentamento. Os critérios para inclusão de parturientes no estudo serão: ter idade mínima de 18 anos, ter realizado parto no Hospital Maternidade e apresentar-se consciente, comunicativa e com discurso lógico para responder os questionamentos propostos. Serão excluídas parturientes que não atendam pelo menos um dos critérios de inclusão.

O pesquisador acima qualificado compromete-se a:

1. Iniciar a coleta de dados somente após o projeto de pesquisa ser aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de pesquisa envolvendo seres humanos;
2. Obedecer às disposições éticas de proteger as participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3. Assegurar a privacidade das pessoas citadas institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas identidades e imagens, bem como garante que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando desse modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º incisos X e XIV e no novo Código Civil, artigo 20.

Eu, Cezar Luiz Galhardo, presidente da Maternidade Mariano Cândido, declaro que li o presente documento e autorizo o acesso do pesquisador à instituição mencionada de modo a realizar a coleta de dados junto aos participantes.


Presidente da Maternidade Cândido Mariano

Campo Grande, 10 janeiro de 2021.


Pesquisadora Mestranda UFMS

Campo Grande, 10 de janeiro de 2021.

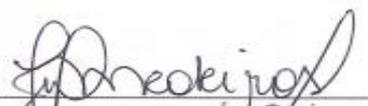
ANEXO B – TERMO DE ACEITA DA PSICÓLOGA

MATERNIDADE
CÂNDIDO MARIANO

Campo Grande, 04 de junho de 2020.

Eu, Jackeline Domingues Medeiros Pereira, CRP: 014/03383-3, Psicóloga vinculada à Maternidade Cândido Mariano, estou ciente do projeto de pesquisa intitulado **EXPERIÊNCIAS DE PARTURIENTES, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19**, e caso os participantes da pesquisa necessitem de acompanhamento especializado em virtude de questões psicológicas suscitadas no decorrer do processo de coleta de dados deste projeto, me comprometo de realizar a triagem e o acompanhamento destes participantes, assim como realizar encaminhamentos para outros serviços e profissionais de saúde mental, caso haja necessidade.

Atenciosamente.



Assinatura e carimbo
Jackeline D. Medeiros Pereira
Psicóloga
CRP 014/03383-3

Associação de Amparo à Maternidade e a Infância - AAMI
Rua Marechal Rondon, 2644 - Centro
Campo Grande - MS
CEP 79002 - 201

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O GESTAR E O PARIR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR PUÉRPERAS

Pesquisador: SORAIA GERALDO ROZZA LOPES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47953521.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.859.526



Continuação do Parecer: 4.859.526

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeACESSO.pdf	20/05/2021 22:04:31	Priscily Souza de Palhano	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	20/05/2021 21:39:52	Priscily Souza de Palhano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 21 de Julho de 2021

Assinado por:
Jeandre Augusto dos Santos Jaques
(Coordenador(a))

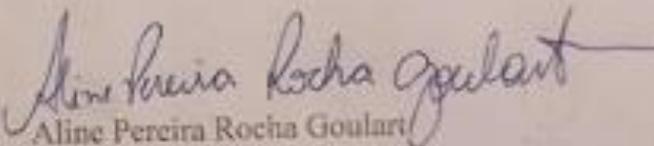
ANEXO D – CARTA DE CORREÇÃO GRAMATICAL

Campo Grande, MS, 22 de março de 2022.

CARTA DE CORREÇÃO

Eu, Aline Pereira Rocha Goulart, licenciada em Letras (Língua Portuguesa, Língua Inglesa e suas respectivas Literaturas), RG: 001352134 – SSP/MS, informo, para os devidos fins, que fiz a correção gramatical da dissertação intitulada “Gestar e Parir Durante a Pandemia de COVID-19: Significados Atribuídos por Puérperas”. Segue, desta forma, a cópia de diploma pra comprovação da devida graduação.

Sem mais e sendo verdade,



Aline Pereira Rocha Goulart

Licenciada em Letras

