

Sonhos interrompidos: experiências de parto durante a pandemia de covid-19

Interrupted dreams: birth experiences during the covid-19 pandemic

Sueños interrumpidos: experiencias de parto durante la pandemia de covid-19

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho Poty¹
 [0000-0003-2545-1636](https://orcid.org/0000-0003-2545-1636)

Poliana Soares de Oliveira¹
 [0000-0003-3596-0194](https://orcid.org/0000-0003-3596-0194)

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz¹
 [0000-0003-4156-4067](https://orcid.org/0000-0003-4156-4067)

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹
 [0000-0001-7155-1633](https://orcid.org/0000-0001-7155-1633)

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho¹
 [0000-0003-1180-1586](https://orcid.org/0000-0003-1180-1586)

Naara Rayane Moura Cutrim²
 [0000-0003-1708-7053](https://orcid.org/0000-0003-1708-7053)

Yasmim Bezerra Magalhães³
 [0000-0002-0614-5644](https://orcid.org/0000-0002-0614-5644)

Zeni Carvalho Lamy¹
 [0000-0002-9332-0542](https://orcid.org/0000-0002-9332-0542)

¹Universidade Federal do Maranhão – UFMA - São Luís - MA, Brasil

²Universidade Estadual do Tocantins – Unitins - São Luís - MA, Brasil

³Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - Brasília - DF, Brasil

Autor correspondente:

Poliana Soares de Oliveira
poliana.soares@ufma.br

Resumo

Objetivo: Analisar as experiências de mulheres em relação ao parto durante a pandemia de covid-19. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada com mulheres diagnosticadas com covid-19 desde o início da pandemia. Utilizaram-se entrevista semiestruturada e análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** Para as 20 mulheres do estudo, a pandemia de covid-19 foi uma experiência que provocou insegurança, medo e necessidade de reorganização dos planos de parto. Os resultados foram organizados em duas unidades temáticas: “A caminho do parto: incerteza e insegurança” e “Parto: de um evento familiar ao isolamento”. **Conclusão:** A busca por cuidados pelas mulheres que necessitaram de atendimento obstétrico durante a pandemia foi marcada por dificuldades, expondo e intensificando fragilidades do sistema de saúde, especialmente o acesso aos serviços e à utilização de boas práticas, repercutindo negativamente em suas experiências no parto.

Descritores: Covid-19; Parto; Família; Isolamento social.

Abstract

Objective: To analyze women’s experiences in relation to childbirth during the covid-19 pandemic. **Method:** Qualitative research, carried out with women diagnosed with covid-19 since the beginning of the pandemic. Semi-structured interviews and thematic content analysis were used. **Results:** For the 20 women in the study, the covid-19 pandemic was an experience that caused insecurity, fear, and the need to reorganize birth plans. The results were organized into two thematic units: “On the way to childbirth: uncertainty and insecurity” and “Childbirth: from a family event to isolation”. **Conclusion:** The search for care by women who needed obstetric care during the pandemic

was marked by difficulties, exposing and intensifying weaknesses in the health system, especially access to services and the use of good practices, with negative repercussions on their experiences in childbirth.

Descriptors: Covid-19; Parturition; Family; Social isolation.

Resumen

Objetivo: Analizar las experiencias de las mujeres en relación con el parto durante la pandemia de covid-19. **Método:** Investigación cualitativa, realizada con mujeres diagnosticadas de covid-19 desde el inicio de la pandemia. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido temático. **Resultados:** Para las 20 mujeres del estudio, la pandemia de covid-19 fue una experiencia que causó inseguridad, miedo y la necesidad de reorganizar los planes de parto. Los resultados se organizaron en dos unidades temáticas: “En el camino hacia el parto: incertidumbre e inseguridad” y “El parto: de un acontecimiento familiar al aislamiento”. **Conclusión:** La búsqueda de atención por parte de las mujeres que necesitaron atención obstétrica durante la pandemia estuvo marcada por dificultades, exponiendo e intensificando las debilidades del sistema de salud, especialmente el acceso a los servicios y el uso de buenas prácticas, con repercusiones negativas en sus experiencias en el parto.

Descriptor: Covid-19; Parto; Familia; Aislamiento social.

INTRODUÇÃO

O parto é considerado um evento singular que perpassa todo o processo de gravidez sob a forma de expectativas e ansiedades e continua a ser recordado, durante anos, marcando profundamente a história da mãe e do filho. Uma experiência positiva de parto pode melhorar o bem-estar materno e facilitar o vínculo mãe-bebê, enquanto uma experiência negativa pode gerar sofrimento psicológico, bem como formas graves de doença, repercutindo em longo prazo na vida dessas mães e de suas famílias⁽¹⁾.

No Brasil, o cenário da obstetrícia obteve muitas conquistas nos últimos anos, com a Política Nacional da Humanização e a Estratégia Rede Cegonha, vigente à época, que implantou boas práticas para atenção ao parto e nascimento, como estímulo aos exercícios facilitadores, monitorização do bem-estar fetal, oferecimento de dieta via oral, respeito à liberdade de posição, presença de acompanhante de livre escolha da mulher, estímulo ao contato pele a pele e amamentação, tornando o parto um evento centrado na mulher e no seu protagonismo⁽²⁾.

Em 2020, quando o mundo foi afetado pela pandemia de covid-19, doença até então desconhecida e com alta transmissibilidade, de curso clínico e tratamento indefinidos, muitos serviços de saúde, entre eles as maternidades, sofreram mudanças na oferta e organização dos serviços, a fim de minimizar os riscos de contaminação. Nessas maternidades, as práticas de humanização na atenção ao parto e nascimento, que, em muitos lugares, ainda estavam em fase de implantação, sofreram uma série de restrições⁽³⁾.

Tal situação afetou a vida de mulheres em todo o ciclo gravídico puerperal, dos seus companheiros e familiares, especialmente em relação ao impedimento da presença do acompanhante, diminuição da rede de apoio, além da necessidade de lidar com sobrecarga de notícias, dificuldades financeiras, maior risco de violência doméstica e atividades remotas de trabalho e escola⁽⁴⁾.

Para parturientes com diagnóstico de covid-19, essa situação se tornou ainda mais intensa, devido à privação do contato pele a pele com o recém-nascido (RN), ausência de acompanhante e dificuldades impostas para o aleitamento materno. Essas condições, que geram ansiedade, podem acarretar complicações maternas e fetais importantes, tais como hipertensão, redução do fluxo sanguíneo placentário, trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas durante o parto e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor da criança⁽⁵⁾.

Agregado ao risco inerente à doença, a determinação de isolamento social trouxe mudanças no modo de vida e na organização de serviços de saúde da população, provocando redução no tempo da consulta durante a gestação e, até mesmo, restringindo o acesso de puérperas e RNs ao acompanhamento pós-alta. Essas alterações criaram uma lacuna importante de conhecimento sobre como essas mudanças impactaram na experiência do parto e na vida das mulheres e de suas famílias durante a pandemia.

Ao explorar as implicações da pandemia no parto e no cuidado obstétrico, os resultados deste estudo poderão subsidiar estratégias de intervenção mais humanizadas e eficazes para o acompanhamento de gestantes, em situações de crises como a provocada pela covid-19, além de orientar o desenvolvimento de novas políticas de saúde pública, visando à melhoria dos serviços de atendimento obstétrico e à promoção da saúde integral da mulher em contextos adversos.

Como a covid-19 é uma doença nova, há necessidade de realização de pesquisas, sobretudo com o público materno, para conhecer os impactos da pandemia nessa população considerada vulnerável e suscetível a tantos efeitos adversos. Nesse período marcado por incertezas, as mudanças na dinâmica organizacional do serviço de obstetrícia e suas implicações nas vivências dessas parturientes constituem objeto deste estudo. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi analisar as experiências de mulheres em relação ao parto durante a pandemia de covid-19.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, baseada na teoria compreensiva⁽⁶⁾. Para estruturar o suporte analítico, foram utilizadas as contribuições da Política Nacional de Humanização⁽⁷⁾, Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁽²⁾ e dos princípios da Rede Cegonha⁽⁸⁾.

Este trabalho é parte do estudo “A pandemia de covid-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS”. A pesquisa seguiu recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), tendo a seguinte questão delineada: Quais foram as experiências de mulheres em relação ao parto, durante a pandemia de covid-19?

Local do estudo

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2020 a maio de 2021, em duas maternidades de alta complexidade e referência para atendimento de covid-19 do Maranhão, Brasil, ambas localizadas na capital do estado, São Luís. Essas duas maternidades disponibilizaram área de isolamento para gestantes e puérperas, assim como de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal isolada para o RN com suspeita ou confirmação de covid-19.

Participantes do estudo

As participantes do estudo foram mulheres atendidas para tratamento de covid-19 nas maternidades selecionadas, durante a gestação, parto e/ou puerpério. Os critérios de inclusão foram: ter tido diagnóstico laboratorial (RT-PCR para covid-19) confirmado, verificado no prontuário, parto ocorrido até seis meses antes da coleta de dados. Como critérios de exclusão: ocorrência de problemas cognitivos, auditivos e de fala que pudessem dificultar ou impossibilitar os relatos.

A partir dos critérios de inclusão, a amostra foi definida intencionalmente, buscando contemplar a diversidade das situações encontradas, considerando as seguintes características sociodemográficas e clínicas das mulheres e RNs: idade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, renda, local de residência (urbano ou rural), idade gestacional, paridade e local de internação (enfermaria e/ou UTI). Para o fechamento amostral, adotou-se a técnica de saturação de sentidos, que indica a interrupção da coleta quando os dados não trazem novas informações para o objeto estudado⁽⁶⁾, o que aconteceu a partir da 15ª entrevista, pois as cinco realizadas depois desta confirmaram a saturação.

Passos para a coleta de dados

O primeiro passo foi a aproximação com os locais de pesquisa para identificação das participantes. O levantamento da população de estudo ocorreu de setembro a novembro de 2020, a partir dos registros de admissão das mulheres internadas por covid-19 nas duas maternidades.

A partir dessa lista, realizou-se consulta aos prontuários para a caracterização e definição da amostra. Esses dados foram organizados em quadros para cada maternidade e categorizados, construindo-se tipologias,

nas quais as mulheres foram separadas por grupos. Feito isso, então, iniciou-se contato telefônico para apresentação da pesquisa e convite para participação. Não houve recusas diretas, porém, após três tentativas de contato sem sucesso, a participante foi substituída por outra do mesmo grupo de características sociodemográficas e clínicas. Não havia relacionamento prévio entre as pesquisadoras e as mulheres entrevistadas.

Para complementar as informações, os pesquisadores observaram e registraram o comportamento das entrevistadas, incluindo a comunicação não verbal, como choros, risos, falas embargadas e silêncios. Tais informações foram anotadas e consideradas durante a interpretação dos resultados.

Técnica e instrumentos de coleta de dados

A técnica utilizada foi a entrevista individual semiestruturada, realizada em um único encontro, conduzida por quatro das autoras deste trabalho, com formação na área da saúde, três docentes e uma doutoranda, todas com experiência prévia em pesquisa qualitativa. Foram realizadas oficinas para validação do roteiro de entrevista e discussão da abordagem.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial ou on-line, de acordo com a escolha das participantes. No total, foram realizadas 20, sendo nove por telefone, cinco no domicílio, cinco no hospital (nas datas das consultas de retorno da mulher ou do recém-nascido) e uma por meio da plataforma digital Google Meet. As entrevistas ocorreram nos dias e horários mais convenientes para as participantes, com tempo médio de 40 minutos. No caso das presenciais, foram seguidas todas as medidas de segurança sanitária, como uso de máscara, distanciamento social, higienização das mãos e uso de álcool em gel. As falas foram gravadas mediante consentimento e posteriormente transcritas. Em cada situação, o local foi cuidadosamente escolhido para garantir sigilo, autonomia e privacidade, estando presentes apenas a entrevistadora e a participante.

Os instrumentos utilizados incluíram um questionário estruturado, contendo dados sociodemográficos e informações sobre a história clínica da mulher e do RN, além de um roteiro semiestruturado com questões acerca das vivências das mulheres em relação ao parto durante a pandemia de covid-19. Os dados foram armazenados em documentos eletrônicos e organizados em pastas, identificadas pela data da entrevista.

Análise dos dados

Procedeu-se à análise de conteúdo na modalidade temática, de acordo com as quatro etapas propostas por Minayo (2014)⁽⁹⁾: 1. Ordenação dos dados: as transcrições foram organizadas e formatadas no Microsoft Word e posteriormente organizadas em planilha do Excel. 2. Classificação de dados: foram realizadas leituras repetidas para familiarização e compreensão inicial das experiências das mulheres e identificação de palavras, frases e parágrafos significativos. 3. Tratamento dos resultados obtidos: essa categorização inicial foi reorganizada em núcleos temáticos dispostos em colunas em planilhas no Excel e codificados. 4. Interpretação: quando se buscou compreender o significado dos dados em relação ao problema em questão. Os temas identificados foram revisados em oficinas de análise, permitindo o desenvolvimento, de forma colaborativa, de um mapa de análise no programa Excel, que organizou visualmente as categorias e as relações entre elas, estruturando as unidades temáticas emergentes. Com base nesse mapa, procedeu-se à interpretação dos resultados, relacionando-os aos objetivos da pesquisa e ao referencial teórico adotado.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAAE n.º 35645120.9.0000.5086, com base na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo elas

identificadas por nomes de flores para preservar o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 20 entrevistadas tinham entre 17 e 40 anos, a maioria era preta ou parda (16), morava na zona urbana (17), tinha concluído o ensino médio (10), declarou ser evangélica (10), estava empregada (13), vivia com o companheiro (13) e tinha renda familiar de até um salário mínimo (10). Quanto à paridade, oito eram primíparas e 12 multíparas. O número de filhos vivos variou de um a 11. A via de parto, para a maioria, foi cesariana (16) e não tiveram acompanhante no parto (11); destas, sete eram negras e pardas e quatro brancas.

Das 20 mulheres entrevistadas, oito apresentavam comorbidades, como anemia, síndrome hipertensiva gestacional, diabetes mellitus tipo 2, hepatite idiopática, osteossarcoma e obesidade. Durante o período em que contraíram covid-19, três não necessitaram de internação hospitalar e retornaram para o parto posteriormente, enquanto as demais (17) precisaram de hospitalização: sete foram internadas no segundo trimestre da gestação, dez no terceiro, entre estas, sete permaneceram internadas até o puerpério. Além disso, três precisaram de cuidados em UTI devido à gravidade da covid-19.

As entrevistadas relataram que haviam construído expectativas em relação ao parto, a partir de experiências anteriores e/ou de outras mulheres dos ciclos familiares e sociais, e que estar grávida durante a pandemia levou à necessidade de reorganização dos planos. Ademais, receber a notícia da pandemia de covid-19 foi uma experiência que provocou insegurança e medo.

Nesse contexto, as falas foram organizadas de modo a compreender essas experiências, dispostas em duas unidades temáticas: “A caminho do parto: incerteza e insegurança” e “Parto: de um evento familiar ao isolamento”.

A caminho do parto: incerteza e insegurança

Na busca por cuidados e assistência ao parto, muitas mulheres referiram dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A primeira delas foi relacionada ao transporte para a maternidade, que se tornou ainda mais difícil durante a pandemia. A maioria se deslocou em transporte particular ou com ajuda de familiares.

“Se a gente não tivesse carro, com certeza ia ser uma grande dificuldade, porque os ônibus tinham tudo reduzido. Então a gente ia ter dificuldades com relação a isso” (Camélia, 28 anos, autônoma, primípara, sem comorbidades).

“Nós fomos de carro mesmo, tivemos que pagar um táxi” (Lis, 33 anos, do lar, secundigesta, com comorbidades).

Como alguns serviços foram suspensos, as mães também relataram que, inicialmente, não sabiam o local onde poderiam ser atendidas, devido à presença dos sintomas respiratórios.

“Só que como lá [unidade em que fazia pré-natal] estava tudo fechado e não tive mais consulta, então eu fiquei naquele medo para onde iria na hora do parto. E como estava no meio do surto: ‘Será que vai ter vaga? Como é que vai estar? Se esse hospital vai está muito cheio, a questão do covid, como é que vai ser?’” (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).

As medidas sanitárias de restrição de circulação de pessoas nas ruas, redução dos transportes públicos e suspensão de alguns serviços de saúde, com a finalidade de contenção da disseminação do vírus, dificultaram o acesso aos serviços de atenção ao parto.

Antes de iniciar a pandemia de covid-19, já se observava fluxo de gestantes das regiões periféricas em direção aos locais em que existe maior concentração de serviços de saúde. Enfatiza-se que quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante mais difícil é o acesso e menor a probabilidade de adequação das necessidades aos serviços oferecidos. A ineficiência de um sistema de transporte público e falhas no sistema de

referenciamento foram os principais determinantes⁽¹⁰⁾.

Com a pandemia, a busca por serviços hospitalares ficou mais centralizada, principalmente para as mulheres com suspeita ou confirmação de covid-19, considerando a possibilidade de piora rápida do quadro clínico, com repercussões que poderiam gerar necessidade de terapia intensiva. Isso aumentou a necessidade de grandes deslocamentos e peregrinação⁽¹⁰⁾.

A peregrinação, uma dificuldade nacional que já vinha sendo enfrentada com esforços de reorganização do fluxo de atendimento às mulheres em trabalho de parto por meio de políticas públicas, foi potencializada pela pandemia de covid-19. As limitações ao atendimento às mulheres sintomáticas, que só poderiam procurar as maternidades de referência, e a redução da oferta de transporte público reduziram as possibilidades de acesso⁽¹⁰⁾.

Vale ressaltar que algumas mulheres precisaram de mais de um meio de transporte para chegar ao local de assistência. O aumento do custo e da distância percorrida provocaram ainda mais dificuldades, num contexto de aumento da precariedade financeira.

“E às vezes as mãezinhas têm pouco dinheiro, têm pouco recurso [para o transporte]” (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

O deslocamento até a maternidade, durante a pandemia, envolveu, também, o medo de contaminação. Muitas vezes, as mulheres buscavam a certeza de estar em trabalho de parto, evitando assim deslocamentos desnecessários. No entanto, se, por um lado, tinham medo de sair, por outro, referiram também ter medo de ficar em casa e terem complicações. Essa ambivalência entre o medo de sair e se contaminar e o medo de adoecer em casa e não conseguir chegar aos serviços de saúde foi determinada pela redução ou falta de transporte.

Supostas falhas no encaminhamento para o serviço especializado estão associadas à comorbidade, na avaliação da paciente, que é considerada um risco para desfechos negativos da gravidez.

“Na minha opinião, ela tinha que me perguntar mais coisa e me encaminhar logo, porque como eu tenho anemia falciforme, a minha gravidez era de risco. Aí eu fico com receio, porque se a médica que eu fui no dia primeiro tivesse me mandado logo, talvez minha neném estivesse viva agora” (Melissa, 17 anos, estudante, primípara, com comorbidades).

Ressalta-se, no caso em questão, que a baixa disponibilidade de leitos de obstetrícia no território, a falta de organização e definição dos fluxos de encaminhamento, a superlotação dos hospitais e a dificuldade de transporte seguro, agravados pela pandemia, podem ter sido fatores associados a desfechos adversos.

Os leitos obstétricos existentes nas capitais eram insuficientes para a demanda e, frequentemente, estavam superlotados. Com a pandemia, a situação se agravou, com esperado prejuízo para a segurança e qualidade da assistência prestada. Instalou-se um quadro de instabilidade, tanto na oferta como na qualidade do cuidado perinatal e os hospitais funcionavam com sobrecarga de serviços⁽¹¹⁾.

O referenciamento de parturientes com covid-19 e comorbidades e/ou complicações deveria ocorrer a partir de um fluxo estabelecido na rede de saúde⁽¹²⁾, tendo em vista a necessidade da detecção precoce da gravidade nesse grupo de risco. Quando as mulheres entrevistadas conseguiam chegar à maternidade, passaram a enfrentar novas barreiras, sendo ponto em comum nas falas o longo tempo de espera para atendimento.

“É... assim, eu fui entrar, era oito horas, como eu disse, aí demorava muito, eu fui atendida quase dez horas, né, aí depois que eu fui atendida” (Petúnia, 40 anos, enfermeira, múltipara, sem comorbidades).

“Eu fui meio-dia e a transferência só foi realizada às 21 horas. Então eu fiquei esse tempo todinho numa sala, em cima de uma maca cirúrgica, sem poder ir ao banheiro” (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

A demora pela assistência possivelmente foi associada à grande demanda, que ultrapassou a capacidade

de atendimento nas unidades e ao quantitativo insuficiente de profissionais. Essa condição, reconhecidamente, interfere na qualidade do atendimento às gestantes, agravada pela situação pandêmica que conferiu novos contornos a esse contexto.

O vírus SARS-CoV-2 mudou o comportamento da sociedade e, em especial, das gestantes, que foram aconselhadas a reduzir o uso de serviços de saúde para evitar contaminação e também para priorizar casos urgentes. A nova organização, por vezes, esvaziou alguns serviços de saúde e superlotou outros. Os protocolos adotados para diminuir e evitar a contaminação pelo vírus durante e entre os atendimentos nas unidades, sobretudo os de caráter emergencial, aumentaram o tempo de espera por atendimento⁽¹¹⁾.

A demora relatada também estava associada à segregação das gestantes com suspeita ou diagnóstico de covid-19, que ao chegarem aos serviços eram destinadas a uma sala de isolamento, onde apenas um número restrito de funcionários capacitados e paramentados realizava o atendimento. Toda essa logística ocorria ao mesmo tempo em que a demanda de casos aumentava, assim como o número de profissionais afastados por adoecimento.

Fator importante para a segurança e qualidade da assistência materna é o acesso oportuno aos serviços obstétricos, pois mesmo sem risco iminente de morte a demora no atendimento está significativamente associada à gravidade dos desfechos adversos maternos e neonatais⁽¹³⁾.

Outro resultado relacionado às mudanças de protocolo e sobrecarga dos profissionais diz respeito a uma percepção de condutas contraditórias e, em algumas vezes, de confusão no atendimento do serviço de saúde.

“Tem que ter uma pessoa humana lá naquela central de atendimento... de quem fica, quem não fica. Porque é desumano! Eu não vou mentir para ti. [...] O depoimento das mães que estão sendo atendidas no começo da covid-19... é uma tristeza” (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

“Tudo uma loucura, por conta da pandemia, mudando de área de isolamento, transfere para outra ala e aquela confusão... eu fui para um quarto que tinham várias pessoas e aí: ‘não, ela não pode ficar no quarto com outra pessoa...’ e todo mundo, a enfermeira acabou dizendo que eu tava com covid no quarto e tinha um outro casal e o outro casal quase morre do coração” (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

O momento da chegada de uma gestante à maternidade no Brasil foi alvo de muita atenção nos últimos anos, sendo o acolhimento uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização⁽⁷⁾, apoiado pela Rede Cegonha⁽⁸⁾. No período da pandemia de covid-19, os serviços de saúde providos pelo SUS ficaram sobrecarregados pela alta demanda; somado a isso, a carência de políticas públicas e recursos com respostas para o momento da emergência sanitária provocaram desorganização no sistema⁽¹⁴⁾. No plano da assistência, o estresse dos profissionais de saúde, provocado pela sobrecarga de tarefas e a falta de informações e evidências científicas, levaram ao comprometimento da qualidade do serviço e consequente insatisfação das pacientes⁽¹⁵⁾.

Em 1994, Thaddeus e Maine propuseram o Modelo dos Três Atrasos para facilitar a identificação dos fatores indiretos que contribuem para a morte materna. O Modelo identifica três fases críticas que podem ter consequências diretas na sobrevivência da mãe e do bebê: atraso na decisão de procurar atendimento (Primeiro Atraso), atraso na identificação e chegada à unidade de saúde (Segundo Atraso) e atraso na recepção na unidade (Terceiro Atraso)⁽¹⁶⁾.

O acesso aos serviços de saúde foi dificultado por diversos empecilhos, incluindo dúvidas sobre onde buscar atendimento, redução do transporte público, mudanças na organização dos serviços para atendimentos prioritários e a diminuição do número de profissionais devido a adoecimentos.

As participantes eram mulheres pobres, negras e periféricas, condições que configuram barreiras para o acesso à saúde em um país marcado por desigualdades sociais e regionais. Em isolamento social, essas mulheres estavam mais vulneráveis aos impactos negativos da pandemia de covid-19, com consequências em curto, médio e longo prazo. Elas evitaram utilizar os serviços de saúde tanto por recomendações quanto pelo receio de

contaminação. Assim, a pandemia comprometeu o acesso das mulheres aos serviços, seja por alterações na rede de saúde, seja pela incerteza relacionada à segurança ao buscar atendimento.

Parto: de um evento familiar ao isolamento

Durante a pandemia, o medo do parto foi fortemente agravado pela solidão e associado ao medo da própria morte e/ou da morte do filho.

“Eu me senti ruim, muito triste, pensava que eu ia morrer. Fiquei com medo demais de morrer e deixar minhas filhas, que são tudo pequenas” (Violeta, 38 anos, vigilante, múltipara, com comorbidades).

“Então o medo de perder [filho] foi muito grande. Mas depois, quando a gente viu que tinha nascido e que tava tudo bem, foi um alívio” (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).

O medo do parto é uma condição frequente entre as gestantes, principalmente naquelas no último trimestre, sendo descrito como um medo debilitante que interfere nas funções domésticas, ocupacionais, atividades sociais e relacionamentos. Sua gênese engloba o medo da dor, de intervenções médicas como episiotomia, da perda do controle durante o parto e da falta de apoio⁽¹⁷⁾.

A crise causada pela covid-19 acrescentou uma sequência de situações que anteciparam e acentuaram o medo do parto entre as gestantes e seus familiares: o desconhecido e a imprevisibilidade do parto em meio à pandemia; maior risco de gravidade da infecção em gestantes; a exposição ao perigo e à falta de segurança; a subordinação aos protocolos das instituições de saúde, com a anulação da possibilidade de escolhas pessoais; a dificuldade de conseguir assistência de qualidade e as incertezas em relação ao futuro⁽¹⁸⁾.

Os reflexos da pandemia foram capazes de intensificar as sensações de medo e ansiedade. O medo intenso do parto pode promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, redução dos índices de amamentação e maior admissão do RN em UTIs⁽¹⁹⁾.

Nessa realidade, já vem sendo propagada a discussão quanto à necessidade de olhar e dar subsídios às consequências psicológicas de mulheres que enfrentaram o processo de gestar e parir em meio à pandemia. Diante disso, ressalta-se a necessidade de um conjunto de estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais que respondam ao desafio do medo do parto em gestantes, sobretudo em situações atípicas.

Com relação às expectativas para o momento do parto, em geral, cada participante explanou mais de um tipo não realizada. Somente duas, das 20 entrevistadas, não mencionaram expectativas interrompidas. Observou-se que as mulheres desejavam que o parto ocorresse no período esperado (a termo), que conseguissem experienciar as sensações fisiológicas que anunciam o trabalho de parto e pudessem retornar para casa com seus filhos.

“Modificou, porque eu pensava que eu ia ter ele normal, de 9 meses, está entendendo?” (Açucena, 34 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

“Mudou sim. Porque eu pensei... minha imaginação era assim: ‘eu vou ficar em casa, eu vou sentir dor ou a minha bolsa vai estourar e eu vou para o hospital. Chegando lá, eles vão me atender, eu vou ter meu filho e no outro dia eu vou vim embora. E não foi o que aconteceu. Eu tive que ir... passar quase um mês internada para depois ter meu filho, para depois vim para casa. Tive que passar um tempão no hospital” (Jasmim, 29 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

“O planejamento que eu tinha na cabeça na hora do parto foi totalmente modificado, já pela situação, né? E por conta da pandemia. Então, foi tudo diferente. O médico chegou, fez e foi aquela coisa muito rápido, quando eu espantei, já estava na sala de recuperação” (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

A experiência emocional e cognitiva da mulher no momento do parto tem impacto significativo no estado físico e psicológico pós-parto e nas primeiras interações com o RN⁽¹⁸⁾. Com a pandemia, as mulheres tiveram expectativas e experiências reconfiguradas, a maioria delas precisou ser submetida a cesariana, em função da covid-19, embora a preferência fosse pelo parto natural, exceto em casos de estrita necessidade.

Nesse momento de crise, foi negado à mulher o respeito à fisiologia do parto, que compreende o nascimento como algo que flui naturalmente e com o mínimo de interferências externas, capaz de gerar empoderamento, segurança e confiança em relação às sensações fisiológicas durante a parturição, promovendo uma maternidade mais prazerosa e com laços afetivos entre mãe, RN e família⁽²⁰⁾.

A crise causada pela pandemia gerou aumento de intervenções obstétricas desnecessárias, como indução de partos, realização de cesarianas sem indicação clínica, além de prolongamento do tempo de hospitalização, ainda que a alta hospitalar precoce fosse indicada, quando constatado o bem-estar geral da mulher e do RN, independentemente do *status* da infecção. Tudo isso contribuiu para o aumento da violência de gênero, obstétrica e institucional⁽¹⁸⁾.

Outra expectativa interrompida, relatada por Açucena, foi a impossibilidade de realização de intervenções planejadas para o momento do parto.

“Eu também, assim, planejei ter e fazer a minha ligação, ligar tudo, né? Assim, essa modificação eu acho que foi por causa dessa covid” (Açucena, 34 anos, autônoma, múltipara, sem comorbidades).

A interrupção dos serviços de saúde reprodutiva e materna impossibilitou a realização da ligadura tubária que estava programada, descontinuação que acarreta prejuízo no progresso e no acesso ao planejamento familiar. Tais condições podem repercutir de forma negativa na experiência reprodutiva das mulheres, na saúde de bebês, famílias e comunidade, podendo comprometer a experiência positiva do parto.

Evidenciaram-se, também, mudanças nas práticas assistenciais ao parto, com relação à adoção de medidas de biossegurança, a fim de evitar a proliferação do vírus, conforme as falas a seguir:

“Distanciamento. Todo mundo de máscara, álcool” (Tália, 24 anos, desempregada, secundigesta, com comorbidades).

“Já levaram logo. E antes deu pegar ela [filha] eles [profissionais] me jogaram álcool, no meu corpo todo, me limparam, trocaram a minha máscara, para eu poder pegar ela. Tudo” (Iris, 32 anos, fisioterapeuta, primípara, com comorbidades).

“Não chegaram a botar [para amamentar], cortaram logo o cordão... Então tudo aquilo que eu ouvi, que me preparei do pré-natal, do filho ficar no colo, do vínculo, tudo... nada disso aconteceu! Não teve o primeiro contato, não teve a tentativa da amamentação, do aleitamento, do cheiro, do toque, não teve nada... nada, nada, nada” (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

“Então eu esperava tudo isso, como eu vejo, que é na verdade. Pegar ela no colo, sentir o cheiro dela, beijar, amamentar ela logo” (Camélia, 28 anos, autônoma, primípara, sem comorbidades).

As mulheres também relataram que esperavam ter contato com o filho logo ao nascer, o que não ocorreu, como foi demonstrado. A separação documentada entre a mãe e o RN no pós-parto imediato pode sugerir que a positividade para covid-19 está associada a complicações de saúde no RN. A carência de apoio disponível para ajudar a mãe doente com o bebê, devido às restrições de acompanhantes e visitantes, também pode ter contribuído para a separação.

A pandemia suscitou diversas preocupações, na medida em que foram relatadas situações em que o contato pele a pele, o alojamento conjunto e a amamentação foram desencorajados, em casos suspeitos ou confirmados de mulheres com diagnóstico de covid-19, sob a justificativa de serem práticas potencialmente inseguras. Nesse contexto, várias mudanças aconteceram e profissionais que prestam assistência direta à mulher

passaram a adotar medidas de precauções, como evitar contato físico, isolamento em quartos privativos e uso de muitos equipamentos de proteção individual (EPIs) para garantir a proteção do profissional e da mulher⁽¹²⁾.

A ausência do contato direto com a gestante dificultou a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, escuta e apoio às mulheres para lidar com esse momento, que demanda maior proximidade com os profissionais. O uso de EPIs, acrescidos de aventais e *face shield*, também distanciou quem assiste e quem vivencia o parto, além da exigência do uso de máscara pela parturiente, que pode causar incômodo durante o processo⁽²¹⁾.

Tais aparatos dificultaram a relação entre o profissional de saúde e a parturiente: o olhar nos olhos, a percepção do sorriso, da dor, bem como outras manifestações que os profissionais utilizam como recurso para assistir as mulheres no momento do parto, foram suspensos em razão da proteção de ambos. Isso promoveu uma cisão no processo de vinculação para esse cuidado e acentuou o sentimento de solidão experimentado pelas mulheres. Tais práticas que privilegiaram o modelo biomédico, a chamada medicalização do parto, reforçaram a passividade da mulher na hora de parir, entregando ao profissional especialista, e não à mulher, o protagonismo do parto⁽²¹⁾.

No contexto da pandemia e das repercussões sanitárias que permearam os serviços de saúde, as mulheres grávidas encontraram mais dificuldade para que suas escolhas fossem escutadas, acolhidas e respeitadas pelos serviços e profissionais da saúde. Historicamente, em tempos de crise, as necessidades das mulheres e das crianças são altamente penalizadas⁽²²⁾.

Outro direito violado durante a pandemia de covid-19, segundo as entrevistadas, foi a suspensão do direito da mulher ao(s) acompanhante(s) durante o trabalho de parto e no pós-parto. Foram vários os relatos que evidenciam esse cenário.

“Ah não, não tive [acompanhante]. A minha mãe, que ia toda vez comigo, não deixaram ela entrar. Ficou no lado de fora da maternidade. Sem visita” (Melissa, 17 anos, estudante, primípara, com comorbidades).

“Eles diziam que era por causa da pandemia, que não poderia ter acompanhante, quem ia acompanhar a gente era uma enfermeira. Só que não demorava muito, a enfermeira saía da sala também” (Amarílis, 29 anos, empresária, primípara, sem comorbidades).

Durante a pandemia, foram realizadas recomendações relacionadas à presença de acompanhante no decorrer do parto e do puerpério. No início, em alguns serviços de saúde, foi restringido qualquer acompanhante; já em outros, restringiram os acompanhantes que estariam no grupo de risco (acima de 60 anos e pessoas de qualquer idade com comorbidades). À medida que os casos de covid-19 diminuíram, a presença de acompanhante foi flexibilizada. A maioria das mulheres deste estudo foi submetida às orientações iniciais.

As mulheres com covid-19 enfrentaram vários graus de isolamento social em torno do parto para reduzir a transmissão do vírus. Um número significativo de mulheres afetadas por covid-19 vivenciou o parto e/ou o período pós-parto imediato crítico, sem o apoio emocional fornecido por amigos próximos ou familiares, devido às restrições do hospital⁽²³⁾.

A presença de uma pessoa de apoio e sua participação ativa no parto constitui estratégia de redução dos níveis de dor, com vistas ao aumento do conforto e da segurança da mulher, promove suporte emocional, diminui sentimentos negativos no parto⁽²³⁾. Porém, em decorrência da pandemia, a maior parte dos serviços de saúde restringiu a presença do acompanhante, apesar de os estudos recomendarem maior participação, com o uso apropriado de equipamentos de proteção individual, monitoramento do vírus na comunidade e imunização⁽²⁴⁾.

O desrespeito e a violação ao direito ao acompanhante são conhecidos há tempos. Contudo, durante a crise sanitária, foram legitimamente justificados em resposta à contenção viral, deixando as parturientes sem alguém para compartilhar a emoção e ajudar a enfrentar as pressões advindas da ordem burocrática e impessoal

que as maternidades impuseram, sobretudo, no cenário pandêmico em que o cumprimento da lei foi relativizado⁽²³⁾.

A restrição de acompanhantes durante a pandemia configurou-se como fator de risco para situações de violência obstétrica, uma vez que as chances de eventuais situações de maus-tratos diminuem diante da presença de alguém acompanhando a parturiente. Considerando os efeitos benéficos de um acompanhante para a mulher no momento do parto, as medidas preventivas voltadas contra a transmissibilidade da covid-19 resultaram no aumento de experiências negativas na vida da parturiente.

Importante ainda frisar que a maior parte das mulheres desta pesquisa que não tiveram o direito ao acompanhante no parto eram também negras ou pardas. Esse fato chama atenção, pois a utilização dos protocolos de segurança contra a covid-19 pode ter sido utilizado como justificativa para práticas discriminatórias, no momento que selecionavam as mulheres que poderiam ter seu direito garantido ou não. Não é aceitável que os serviços de saúde tenham optado, como ação de prevenção e controle da pandemia, permitir que mulheres brancas tivessem 2,5 vezes mais chances do que as mulheres negras de terem garantido o direito à presença de acompanhante⁽²⁵⁾.

Por fim, essas normas de restrição de acompanhante, além de intensificar nas mulheres o sentimento de solidão e desamparo, também aumentaram as solicitações das parturientes e puérperas para os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, principalmente daquelas que realizaram parto cesáreo. Ainda devido à ausência total de acompanhante, as mulheres com covid-19 lamentaram o fato de não poderem registrar o momento com vídeos e fotos.

“Foi diferente, e muito, porque eu tava doida para alguém entrar, para filmar, que eu queria, mas não aconteceu, porque não podia. Não tinha também ninguém da minha família perto. Eu me senti ruim, muito triste mesmo” (Violeta, 38 anos, vigilante, múltipara, com comorbidades).

“E aí, o que a gente tinha planejado, de entrar familiar, de poder registrar o momento, mas não pôde tirar nenhuma foto, nada disso pôde acontecer..., por ter uma pandemia... era todo mundo com medo um do outro” (Rosa, 28 anos, professora, primípara, com comorbidades).

Registrar o nascimento do filho com fotos e vídeos faz parte do imaginário de várias mulheres acerca do parto, seria uma forma de produzir um relato e organizar subjetivamente a experiência, em uma sociedade que cada vez mais valoriza o uso de imagens e a publicização em redes sociais, por exemplo. A prática de registrar e compartilhar momentos da vida considerados importantes vem se constituindo ao longo dos anos como algo corriqueiro, esperado e até mesmo sonhado, sobretudo em situações encaradas como únicas, transformadoras e cheias de significados, como o parto.

O fato de as instituições, a fim de evitar contaminação, restringirem o uso de aparelhos celulares e acompanhantes, impedindo o registro, gerou tristeza, frustração e quebra de expectativas. A pandemia mais uma vez interrompeu sonhos. Entretanto, em alguns casos, profissionais, em geral enfermeiros, sensibilizaram-se com a situação e se ofereceram para realizar as fotos na sala de parto, o que ajudou a amenizar a situação. Vale ressaltar que o direito de registrar o momento do parto, o nascimento de um filho, faz parte da humanização do trabalho de parto⁽³⁾.

As mulheres relataram que não houve correspondência entre o cuidado recebido e as expectativas de um cuidado adequado e humanizado construídas a partir de experiências anteriores.

“Porque, sei lá, parece que eles estavam era com nojo de mim, não sei se era porque eu estava doente com covid, eles nem ficaram muito, assim, lá na sala. Aí eles iam lá, me olhavam, olhavam para minha cara e depois saía. Foi totalmente diferente, totalmente diferente” (Flora, 37 anos, desempregada, secundigesta, sem comorbidades).

“Quando eu fui ter meu primeiro neném, tipo, foi totalmente diferente, foram outros tratamentos, uma

atenção a mais. Tipo da covid, eu acredito que falhou um pouco porque são vários pacientes. É, tem também o cansaço dos profissionais. Enfim, acredito que a falha vem disso” (Tália, 24 anos, desempregada, secundigesta, com comorbidades).

“Então... faltou mais aquela relação de envolvimento. Então, do que eu lembro, assim, eu fiquei numa maca, fui anestesiada e foi aquela coisa muito rápida, ‘bora’, e eles conversando sobre a pandemia” (Rosa, 28 anos, ensino superior completo, primípara, com comorbidades).

A crise causada pela pandemia ocasionou redução na qualidade da assistência do trabalho de parto: taxa reduzida de assistência individual, menor mobilidade e menor taxa de ausculta intermitente. Destaca-se que os profissionais da saúde envolvidos no enfrentamento dessa crise sanitária apresentaram problemas, como cansaço físico e estresse psicológico, afetando o cuidado prestado aos pacientes⁽¹⁸⁾.

Em nome dos planos de contingência à covid-19, recuaram-se anos de boas práticas obstétricas, no que diz respeito à igualdade de acesso, a cuidados no período perinatal de qualidade e à proteção de direitos previstos em lei, como o direito ao acompanhamento durante o parto. Apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, sobre a manutenção do aleitamento materno, o contato pele a pele entre mãe e bebê e a garantia do respeito à autonomia da mulher durante o parto, estas foram desconsideradas em muitos casos⁽²¹⁾.

Assim, o momento do parto, em tempos de pandemia, deixou de ser para muitas mulheres um evento familiar, tornando-se um evento solitário, na medida em que o distanciamento ou o isolamento social foi necessário, bem como algumas mudanças assistenciais recomendadas. Uma solidão foi vivenciada a partir da ausência da rede de apoio presencial, de uma redução da qualidade da assistência e de mudanças na chegada da “nova mãe” e recepção do RN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca por atendimento obstétrico foi marcada por dificuldades potencializadas pelas novas adequações nas rotinas da rede de saúde. O acesso aos serviços de saúde sofreu influência direta de problemas relacionados a deslocamento; encaminhamento e transporte seguro; redução do número de leitos obstétricos; superlotação e aumento do tempo de espera para internação; em função da adoção de protocolos para contenção do vírus. O momento do parto, por vezes planejado e idealizado, foi marcado por expectativas não realizadas e níveis adicionais de medo, preocupação e incerteza. Esses desafios na assistência obstétrica destacam a necessidade de protocolos que equilibrem medidas sanitárias com as demandas físicas e emocionais das gestantes, respeitando a centralidade da mulher.

Durante o primeiro ano da pandemia, observou-se um retrocesso significativo nas boas práticas de parto e nascimento, comprometendo muitos dos avanços alcançados na última década. Direitos historicamente conquistados foram negados, como o estímulo à deambulação, dieta livre, respeito à liberdade de posição, presença de acompanhante de livre escolha, estímulo ao contato pele a pele e à amamentação na sala de parto, entre outros. A nova lógica imposta pela crise sanitária gerou experiências negativas que podem acompanhar a história de vida dessas mulheres. Situações como a crise provocada pela pandemia sugerem que direitos conquistados apresentaram uma fragilidade que merece ser compreendida para não se repetir em situações semelhantes.

Considera-se como limitação deste estudo o fato de grande parte das entrevistas terem sido realizadas por meio digital, devido à pandemia, o que pode ter restringido a observação e análise da comunicação não verbal. Outro entrave foi a concentração em um único cenário (maternidades de referência), o que reduz a generalização dos resultados para outras realidades de assistência obstétrica. Além disso, não foram analisadas as experiências em longo prazo dessas mulheres, o que seria fundamental para uma compreensão mais

abrangente dos impactos. Todavia, até o momento da análise dos dados, observou-se um ineditismo acerca das experiências durante o parto de mulheres com covid-19 em maternidades do Nordeste. A coleta de dados ocorreu ainda durante a pandemia, próximo ao período do parto, reduzindo viés de memória. Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a análise das experiências de mulheres sobre o parto e nascimento de seus filhos, no contexto de um evento global, contribuem para reflexões referentes a efeitos de medidas políticas, econômicas e de saúde na assistência à vida de mulheres situadas localmente.

Novos estudos são necessários para avaliar as consequências em longo prazo das mudanças nas práticas obstétricas durante a pandemia, considerando diferentes contextos geográficos e a inclusão de outras variáveis socioeconômicas e culturais, o que pode ampliar a compreensão das diversas experiências vividas.

A pesquisa reforça a necessidade de respostas à crise que garantam cuidado humanizado e proteção dos direitos das mulheres durante o parto, mesmo em contextos adversos. Ademais, capacitar os profissionais de saúde para que adaptem suas práticas sem comprometer a qualidade do atendimento e a singularidade de cada parturiente. O parto exige atenção especial às sutilezas emocionais que podem impactar diretamente no bem-estar materno e infantil, especialmente em contextos que buscam reduzir o contágio de doenças.

REFERÊNCIAS

1. Gazar TN, Oliveira CG de, Souza JM de. Percepção de parturientes sobre experiência de parto em uma maternidade pública baiana. Rev Baiana Saúde Pública. 2021;45(1):36-53. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n1.a3480>.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, 2017. [Citado 23 dez 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
3. Santos NBO, Castro LMG, Luz MA, Leal LB, Figueiredo IGA, Negreiros ALB. Assistência de enfermagem obstétrica na promoção do parto humanizado na pandemia covid-19: Revisão integrativa. Saúde Coletiva. 2022;12(81):11628-39. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i81p11628-11639>.
4. Wilson AN, Ravaldi C, Scoullar MJL, Vogel JP, Szabo RA, Fisher JRW, et al. Caring for the careers: ensuring the provision of quality maternity care during a global pandemic. Women Birth. 2021;34(3):206-09. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.011>.
5. Ding W, Lu J, Zhou Y, Wei W, Zhou Z, Chen M. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21(80):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03561-7>.
6. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev. Pesqui Qual. 2017 [Citado 16 dez 2021];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/5>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). ISBN 978-85-334-2136-3. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>.
8. Brasil. Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União. 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html.
9. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
10. Camargo NF, Raimundo VK. Relato sobre parir na pandemia: andanças da “Fulô do Agreste”. Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva II. BIS. 2021;22(2):41-53. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.v22i2.38631>.
11. Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARCP, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da covid-19. Texto & Contexto Enfermagem. 2022;31(e20220206):1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0206pt>.
12. Mascarenhas VHA, Becker AC, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de covid-19: revisão de escopo. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 2020;28(e3359):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359>.
13. Franchi JVO, Pelloso SM, Ferrari RAP, Cardelli AAM. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28(e3292). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>.
14. Lotta GS, Magri GM, Nunes AC, Benedito BS, Aliberti C, Ribeiro ECR, et al. O impacto da pandemia de covid-19 na atuação da burocracia de nível de rua no Brasil. Rev. Bras. Ciênc. Polít. 2021;35(e243776):1-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-3352.2021.35.243776>.
15. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade L, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. Cien Saude Colet. 2020 [Citado 23 abr 2022];25(9):3465-74.

Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>.

16. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine*. 1994;38:1091-1110. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7).
17. Mello RSFD, Toledo SFD, Mendes AB, Melarato CR, Mello DSFD. Medo do parto em gestantes. *Femina*. 2021;121-128. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224070/femina-2021-492-p121-128-medo-do-parto-em-gestantes.pdf>.
18. Souto SA, Albuquerque RS, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200551. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>.
19. Souto SPA do, Albuquerque RS de, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(e20200551). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>.
20. Souza AO, Chicarino VD, Araújo AHIM de. Parto humanizado: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021;10(16):e80101623336-e80101623336. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23336>.
21. Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>.
22. Souza KV, Schneck S, Pena ED, Duarte ED, Alves VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o quefazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enferm*. 2020;25(e73148):1-7. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.73148>.
23. Ragazzo MSM, Vieira JB, Souza BF, Alonso BD, Wernet M, Silva KG, et al. Acompanhante no parto e no período pós-parto durante a pandemia de covid-19: experiência de puérperas. *Research, Society and Development*. 2022;11(12):e268111234306. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34306>.
24. Lima RVA, Melo LCDO, Barbosa NG, Arciprete APR, Monteiro JCDS. Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2023;36(eAPE03451). DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A003451>.
25. Mittelbach J, Albuquerque GSC. A pandemia de covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2022;20(e00332163.):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332>.

Contribuições dos autores:

Concepção e desenho da pesquisa: NARCP, PSO, EBAFT, MTSSBA, RHSBFC, YBM e ZCL

Obtenção de dados: NARCP, PSO, EBAFT, RHSBFC, NRMCM e ZCL

Análise e interpretação dos dados: NARCP, PSO, EBAFT, MTSSBA, RHSBFC, NRMCM, YBM e ZCL

Obtenção de financiamento: EBAFT, MTSSBA, RHSBFC, YBM e ZCL

Redação do manuscrito: NARCP, PSO, EBAFT, MTSSBA, RHSBFC, NRMCM, YBM e ZCL

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: NARCP, PSO, EBAFT, MTSSBA, RHSBFC, NRMCM, YBM e ZCL

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga – Editora-chefe

Edilene Aparecida Silveira – Editora científica

Nota:

Apoio técnico e financeiro de Bill e Melinda Gates Fundação; Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), código financeiro 001. Extraído da dissertação “Vivências de mulheres com relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de covid-19”, Universidade Federal do Maranhão, 2024.

Recebido em: 18/04/2024

Aprovado em: 30/11/2024

Como citar este artigo:

Poty NARC, Oliveira PS, Thomaz EBAF, et al. Sonhos interrompidos: experiências de parto durante a pandemia de covid-19. *Rev de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2025;15(e5412). [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v15i0.5412>.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License