

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

KEMILY BENINI COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES
QUE TIVERAM ESSA VIVÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

São Carlos-SP

2026

KEMILY BENINI COSTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES
QUE TIVERAM ESSA VIVÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de doutora em Ciências da Saúde

Orientadora: Marcia Niituma Ogata

São Carlos – SP

2026

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado "Representações sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do COVID-19" da candidata Kemily Benini Costa, realizada em 02/03/26.

Comissão Julgadora:

Prof(a). Dr(a). Marcia Niituma Ogata (UFSCar)

Prof(a). Dr(a). Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo (UFSCar)

Prof(a). Dr(a). Cibele Correia Semeão Binotto (SENAC)

Prof(a). Dr(a). Mara Quaglio Chirelli (FAMEMA)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a Deus, doador de todas as bênçãos, e aos meus queridos pais, Silas e Ruth, a base da minha existência e força.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente à bondade de Deus, que me acompanhou em cada passo e decisão. Honro o Teu nome diante as incontáveis bênçãos que Ele tem derramado sobre mim.

Agradeço aos meus amados pais, Silas e Ruth, pois, se tive a oportunidade de chegar até aqui, foi porque eles se sacrificaram, lutaram e me incentivaram a acreditar que eu poderia alcançar o inimaginável, com esforço e dedicação. É um privilégio crescer em um lar movido pelo o amor e o cuidado, e esses caracteres foram determinantes para o meu desenvolvimento individual e coletivo, e sobretudo, para o entendimento do meu posicionamento no mundo.

Agradeço ao meu parceiro, Diego, por incentivar a livre expressão de quem eu sou, me apoiando, e trazendo muita leveza e cumplicidade aos meus dias. Obrigada por ser o amor da minha vida.

Agradeço ao meu irmão Kepler, e aos meus avós paternos e maternos, Samuel, Francisca, Alice e Geraldo, por terem sido fontes de alegria, vibrando e compartilhado cada vitória.

Agradeço a meu núcleo familiar estendido, tios, tias, primas e primos, vocês são um presente valioso na minha jornada.

Agradeço ainda a minha querida orientadora Marcia Ogata, que desde a graduação me acolheu e me deu grandes oportunidades de ser e fazer mais. Sou grata por cada palavra, cada orientação, cada troca. Você é uma inspiração para mim, em cada papel que ocupa em sua vida.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de São Carlos, todo corpo docente e técnico do Departamento de Enfermagem, e ao grupo de pesquisa do GEPPS, por tornar possível a realização desse sonho.

Essa conquista é partilhada com todos vocês.

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do COVID-19. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, composta por duas etapas. O mapeamento sistemático da literatura foi realizado em março de 2024, nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science. Após remoção de duplicatas, a seleção dos estudos ocorreu primeiramente pela análise do resumo e posteriormente, pela leitura do texto na íntegra. Foram construídas planilhas excel para categorização das variáveis dos estudos incluídos, e os dados foram apresentados de forma descritiva. Já a coleta empírica foi operacionalizada por entrevistas semiestruturadas e audiogravadas com mulheres de três municípios do interior de São Paulo, que gestaram e pariram entre o ano de 2020 e 2021. Após transcrição do material coletado, os mesmos foram submetidos a análise de conteúdo, originando as categorias de análise a partir dos trechos textuais mais frequentes. **Resultados:** Foram mapeados 65 estudos primários sobre as percepções da gestação e parto na pandemia do COVID-19 e entrevistadas 14 mulheres que tiveram essas vivências durante o período supracitado. As representações sociais da gestação na pandemia do COVID-19, estiveram ancoradas no medo, tristeza e solidão, onde houve descontinuidade dos seus referenciais conceituais de gravidez, e, portanto, desencontro entre as expectativas e realidade relacionado ao período gravídico. Já em relação ao parto, as representações sociais se ancoraram na cesárea, violência obstétrica e experiências não existosas na via do parto vaginal. **Considerações finais:** As representações sociais do parto, em relação ao período pré-pandêmico, sofreram transformações importantes, com transição da alegria para o medo, da partilha para solidão e tristeza, resultando em intenso sofrimento psíquico às mulheres durante a gestação. Já as representações sociais do parto mantiveram-se alinhadas ao universo reificado prévio ao vírus, às tradições do nascer e sua totalidade consensual, onde ser parturiente é, em geral, ser submetida a uma cesárea ou sofrer algum grau de violência obstétrica, onde a pandemia do COVID-19 intensificou fragilidades relacionadas à assistência em saúde e à satisfação da parturiente diante o cuidado recebido. **Descritores:** Gravidez; Parto; Cuidado Pré-Natal; Representação Social; COVID-19; Pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

Objective: Analyze the social representations of pregnancy and childbirth for women who experienced this, during the COVID-19 pandemic. **Method:** Is a qualitative research study, composed of two stages. A systematic mapping review was conducted in March 2024, using the PubMed, Scopus, and Web of Science databases. After removing duplicates, the selection of studies was first carried out by analyzing the abstract and, subsequently by reading the full text. Excel spreadsheets were created to categorize the variables of the included studies, and the data were presented descriptively. Empirical data collection was carried out through semi-structured and audio-recorded interviews with women from three cities in the interior of São Paulo, who were pregnant and gave birth between 2020 and 2021. After transcription of the collected material, it was subjected to content analysis, resulting in categories of analysis based on the most frequent textual excerpts. **Results:** 65 primary studies on perceptions of pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic were mapped, and 14 women who had these experiences during the aforementioned period were interviewed. The social representations of pregnancy during the COVID-19 pandemic were anchored in fear, sadness, and loneliness, where there was a discontinuity in their conceptual references of pregnancy, and therefore, a mismatch between expectations and reality related to the gestational period. Regarding childbirth, social representations were anchored in cesarean sections, obstetric violence, and unsuccessful experiences in vaginal delivery. **Final considerations:** The social representations of childbirth, compared to the pre-pandemic period, underwent significant transformations, with a shift in images from joy to fear, from sharing to loneliness and sadness, resulting in intense psychological suffering for women during pregnancy. Meanwhile, the social representations of childbirth remained aligned with the previously reified universe before the virus, to the traditions of birth and its generally consensual entirety, where being in labor usually means being subjected to a cesarean section or experiencing some degree of obstetric violence, where the covid-19 pandemic intensified vulnerabilities related to healthcare and the mother's satisfaction with the care received.

Descriptors: Pregnancy; Childbirth; Prenatal Care; Social Representation; COVID-19; COVID-19 Pandemic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR

Figura 2 – Geomapeamento dos estudos incluídos na amostra do mapeamento sistemático

Figura 3 - Relação entre o ano de publicação e os continentes dos estudos da amostra

Figura 4 – Porcentagem dos métodos de análise de dados dos estudos da amostra

Figura 5 – Mapa sistemático das categorias e subcategorias construídas após análise dos estudos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas das mulheres entrevistadas na pesquisa

Tabela 2 – Caracterização da gestação e parto das mulheres entrevistadas

LISTA DE SIGLAS

SARS-Cov-2 – Infecção pelo novo coronavírus

OMS – Organização Mundial de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

RS – Representações sociais

COREQ – Consolidation Criteria for Reporting Qualitative Research

DRS – Departamento Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

EUA – Estados Unidos da América

PRISMA – ScR – Reporting Items for systematic Reviews and Meta-analyses Extension for Scoping Reviews

QCCERI – Qatar Computing Research Institute

CEP – Comitê de Ética em pesquisa

APRESENTAÇÃO

Quem sou eu?

Entre facetas que se completam, sou primeiramente mulher, livre e potente. Cheia de força, mas também vulnerável, vulnerabilidade esta não intrínseca e imutável, mas sendo humana, sujeita a vivência de lutas, desafios e tristeza. Sou construída diariamente, como diria Freire, inacabada, amando o processo de me encontrar nessa existência avassaladora. Sou esposa, compartilhando a vida em uma unidade que me transforma e intensifica. Sou filha, honrando meus pais, deleitando a família e valorizando os momentos que o tempo proporciona. Sou amiga, partilhando de laços duradouros que trazem cor à essência.

Sou também enfermeira e pesquisadora, identidade esta, que embora, não se sustente sem as demais, mais do que nunca, se destaca. Ao longo dos anos, fomentando um esboço do que gostaria no meu futuro, desenvolvi grande apreço pela pesquisa em saúde e associado a isso, as oportunidades de conduzir aulas em cursos técnicos, ainda na graduação, me despertaram o amor pela docência. Com o amadurecimento pessoal entendi, que em relação a especificidade de atuação, meu coração pertencia a obstetricia. A fim de permitir, que todas essas inclinações caminhassem juntas, realizei simultaneamente Mestrado em Ciências da Saúde na USFCar (2019-2021) e também Especialização em Obstetricia no UNASP (2019-2021).

No segundo ano do Mestrado, em 2020, tive a oportunidade de assumir como enfermeira assistencial no Hospital Municipal de Ibaté, responsável pelo Serviço Médico de Urgência (SMU), Clínica Médica, Maternidade e Pediatria. Trabalhar, com certeza, foi um divisor de águas e também um choque de realidade para mim, no contraste da teoria e prática, da expectativa e realidade. O crescimento pessoal e profissional durante este período, foi essencial e determinante para potencializar a criticidade e reflexão tão necessária, na condução de pesquisas e também na prática docente.

Ser enfermeira ainda, num contexto pandêmico, de intenso sofrimento psíquico e social, me moldaram para sempre, me ensinando controle emocional, resiliência e sobretudo, humanização e empatia ao próximo. Após um ano e meio trabalhando em ambiente hospitalar, em 2021, assumi uma unidade de Saúde da Família, no mesmo

município, na qual atuo até hoje. Me sinto extremamente privilegiada, pela oportunidade de atuar em diferentes cenários e contextos distintos que permeiam a enfermagem, o que me trouxe ampla bagagem, para que eu possa, mobilizar meus recursos, vivências e conhecimentos, seja na atuação prática, seja na pesquisa e docência, corroborando com um cuidado em saúde qualificado e transformador. Cabe ressaltar, que sentindo a necessidade de continuamente me aprimorar, realizei também Especialização em Saúde da Família (2021-2022) pela Faculdade Play.

Conjuntamente à prática assistencial, fui preceptora, por dois anos consecutivos do curso “Mais Saúde com Agente”, voltado a educação permanente dos Agentes Comunitários de Saúde, e qualificação dos mesmo como técnicos em saúde, fomentado pela Faurgs e conduzido no próprio município de atuação. E por fim, chego à concretização de um ciclo que muito sonhei e busquei, a realização do Doutorado em Ciências da Saúde. A temática da tese que apresento, é, de muitas maneiras, um retrato dos temas e identidades que permeiam a minha história, o meu ser, meu existir, meu posicionar e minhas visões de mundo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
1.1	A pandemia do COVID-19 e suas nuances na experiência de gestar e parir	01
1.2	Referencial teórico metodológico – Teoria das Representações Sociais	03
1.3	Justificativa	05
2	OBJETIVOS	06
3	MÉTODO	06
3.1	Percurso Metodológico	07
3.1.1	Primeira Etapa – Mapeamento sistemático da literatura	07
3.1.2	Segunda Etapa – Coleta Empírica	09
3.1.2.1	Cenário de Pesquisa	10
3.1.2.2	Participantes do Estudo	10
3.1.2.2.1	Critérios de inclusão e exclusão	11
3.1.2.3	Aspectos éticos da Pesquisa	12
3.1.2.4	Coleta de dados	12
3.1.2.5	Análise dos dados	14
4	RESULTADOS	15
4.1	Resultados da primeira etapa	15
4.2	Resultados da segunda etapa	32
5	DISCUSSÃO	48
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A – COREQ CHECKLIST	69
	APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	71
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO	
	LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	79
	APÊNDICE D –	
	QUESTIONÁRIO SOCIO-ECONÔMICO/ANTECEDENTES	
	OBSTETRICOS/COVID-19	81
	APÊNDICE E – ROTEIRO DA ENTREVISTA	
	SEMIESTRUTURADA	82

1. INTRODUÇÃO

1.1 A pandemia do COVID-19 e suas nuances na experiência de gestar e parir

A doença pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), declarada como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, reformulou drasticamente o modo de vida e as relações sociais na sociedade contemporânea. Várias medidas de controle foram adotadas a fim de evitar sua propagação, na qual se destaca o distanciamento social (Ng et al., 2020; Parra-Saavedra et al, 2020). As delimitações do convívio coletivo e familiar, o número crescente de novos casos, agravamento e mortes pelo vírus, bem como as lacunas de conhecimento para seu tratamento e manejo, contribuíram para que a doença fosse um determinante a possíveis sofrimentos psíquicos (Cigaran et al., 2021). No âmbito das significações, ela pareceu se atribuir fortemente na obstrução de um padrão de normalidade, substituído pelo estranho, incerto e inseguro, geradores de sentimentos de impotência e vulnerabilidade (Karavadra et al., 2020).

Tais elementos analisados no período gravídico suscitam questionamentos quanto ao impacto da infecção na vivência de gestar e parir, que na sua essência, já é uma experiência singular e complexa. Deve-se considerar que as mudanças físicas e hormonais específicas da gestação, a adaptação a uma nova conformação familiar, de papéis ou soma destes e as expectativas e inseguranças quanto a perinatalidade, podem potencializar a vulnerabilidade das pessoas que gestam à stresse e desconforto emocional, que por sua vez, refletem diretamente nas imagens que constrói sobre sua existência e na percepção do momento único que vive (Machado et al., 2021; Stampini; Monzani; Caristia, 2021). Se a predisposição a tais situações pode ser observada em um contexto pré pandemia, entende-se que o novo coronavírus possa intensificar tais sentimentos em confronto a seus desdobramentos.

O vírus do COVID-19, destacadamente no auge de sua incidência, tem sido negativamente associado em todas as fases do cuidado às pessoas que gestam, desde o pré-natal, assistência ao parto e puerpério (Karavadra; Stockl; Prosser-Snelling et al., 2020). Para atender à demanda imposta pela pandemia, os serviços de saúde sofreram alterações estruturais, e, sobretudo, organizacionais. Como resultado foi instituído uma restrição de atendimentos presenciais e priorização de outros meios para sua ocorrência, com o uso da telemedicina (Cigaran et al, 2021). A restrição do acompanhante de

escolha das pessoas que gestam, nas consultas, exames de rotina e parto, também se constituiu como indicadores do distanciamento do cuidado integral oferecido a estas, e da revogação de direitos já estabelecidos (Meaney et al., 2021; Karavadra et al., 2020)).

O medo da exposição ao vírus contribuiu para reduzir a adesão e procura das pessoas que gestam aos serviços de saúde, influenciando em lacunas da assistência oferecida a estes sujeitos, possibilitando desfechos desfavoráveis ao bem estar fetal e risco para ocorrência de complicações obstétricas e diagnósticos tardios, também favorecidos pela contaminação pelo COVID-19 (Akgor et al., 2021; Machado et al, 2021). A quarentena imposta pelo governo entrelaçada a nova formatação da assistência, também tem sido associada à percepção de redução do suporte profissional e social fornecido a esta população, diminuindo assim recursos externos e resgate dos internos para superação de possíveis impasses e problemas (Meaney et al., 2021; Qi et al, 2020).

Considerando assim, a multifatoridade que envolve a experiência de gestar e parir, associado às transformações assistenciais, sociais e de modo de vida, resultando da pandemia pelo novo coronavírus, tornou-se gritante a necessidade de investigar quais as representações sociais da gestação e parto de pessoas que a vivenciaram durante a pandemia do COVID-19. O entendimento de tais percepções corrobora para reflexão sobre o papel do vírus na significação desse período e o impacto que teve não só na assistência a pessoa grávida e parturiente, no que se refere à qualidade e integralidade desse cuidado, mas sobretudo, empiricamente, na análise de sua existência e vivência. Para tanto, tal pesquisa parte do seguinte questionamento: “Para as pessoas que gestaram e pariram durante a pandemia do covid-19, qual a representação social da gestação e parto?”

Espera-se que as respostas obtidas possam guiar a compreensão de seu impacto no contexto dessa vivência. Isso porque uma experiência perinatal positiva, envolve não apenas um cuidado de qualidade, baseado em evidências científicas e na valorização da integralidade humana, mas também no nível de satisfação da pessoa que gesta diante a sua experiência, o que por sua vez, contrapõe suas expectativas diante a realidade a qual esteve ou está imersa (Marques et al., 2021). Além disso, parte-se da suposição que a pandemia da COVID-19, permeada por pelo medo e morte, pode ter ressignificado as representações sociais da gravidez e parto, podendo diferir a depender do grupo social a qual a estas pessoas estão inseridas, uma vez que as representações sociais são imagens construídas e compartilhadas socialmente (Moscovici, 2003).

1.2. Referencial teórico metodológico – Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici foi proposta na França em 1961. Ela parte da Psicologia Social e baseia-se grandemente nas contribuições de representações coletivas de Émile Durkheim. A TRS se encontra no resgate e valorização do senso comum e dos saberes tácitos, o considerando como conhecimento científico, à medida que este fornece meios para explorar uma realidade, uma vez que, as representações guiam decisões atitudinais e o posicionamento dos indivíduos diante sua existência (Moscovici, 2003).

As representações sociais (RS) são, portanto, uma modalidade de conhecimento corrente, um conjunto de crenças, ideias e pensamentos, construídas e compartilhadas socialmente, que modulam a comunicação e os comportamentos dos sujeitos (Moscovici, 2003). A interação interpessoal e com o mundo gera a necessidade de nomear e tornar concreto aquilo que não é familiar (Bertoni; Glinkin, 2017), denotando sentido a esta realidade, significando a si e os fenômenos que o envolvem. Assim, uma das funções da RS é “convencionalizar” os objetos, pessoas ou acontecimentos, e esta familiarização ocorre por meio de dois processos contínuos e paralelos, a ancoragem e objetivação (Moscovici, 2003).

A objetivação se manifesta na transformação de um conceito abstrato em algo tangível, evidenciado pela materialização do novo por meio de uma imagem ou palavra. Aqui, o conhecimento abstraído pelo sujeito, se transfere da mente para algo que exista no mundo físico (Moscovici, 2003; Sawaia, 2004). A ancoragem, por sua vez, se caracteriza pela assimilação dessas novas informações a um conteúdo cognitivo-emocional pré-existente, atribuindo valores e categorizando-as (Moscovici, 2003; Sawaia, 2004). Assim, os novos conceitos, após, nomeados, são organizados em categorias intrinsecamente e previamente estruturadas, adquirindo atributos pré-determinados, mas, também, formulando novas categorias ou grupos de valores (Moscovici, 2003; Bertoni; Glinkin, 2017; Osti; Silveira; Brenelli, 2013).

A objetivação inclui três etapas, a saber: seleção e descontextualização, formação do núcleo figurativo e naturalização dos elementos. Ou seja, do total de novas informações apresentadas, há uma seleção destas, com base em conceitos e particularidades próprias e já conhecidas pelo indivíduo, que acabam por construir um núcleo imaginante. Esse núcleo assume, posteriormente, elementos que passam a ser considerados como característicos de sua realidade. Já a ancoragem implica em outros

três movimentos: atribuição de sentido, instrumentalização do saber e enraizamento no sistema de pensamento. Portanto, após, nomeado, o novo conceito ou objeto recebe um sentido ou significado. Esta atribuição de valores se modula, sobretudo, pelos conhecimentos pré-existentes. Esse novo conhecimento assume então, um valor funcional, se tornando um parâmetro de referência para compreensão do mundo. E por fim, essa nova representação se introduz no sistema de representações pré-existentes, tornando-se tangível e conhecida, ao mesmo tempo em que transforma os conceitos anteriores (Moscovici, 2003; Santos, 2005; Bertoni; Glinkin, 2017).

Cabe ressaltar que a interseção do indivíduo com a sociedade é um pressuposto primordial de fundamentação da TRS, o que influi no estabelecimento de uma visão de mundo comum a um conjunto social ou cultural. Cada indivíduo, a depender de seu contexto de vida e de suas interações com o meio externo, está envolto em imagens, linguagens e aspectos culturais que são impostos por representações do grupo a qual pertence, e esse conhecimento implica em direcionamentos específicos na construção de suas visões de mundo, bem como da assimilação de novas informações, sem, no entanto, diminuir suas peculiaridades subjetivas, que norteiam sua existência e história de vida (Jodelet, 1991; Moscovici, 2003). Assim, reconhece-se que a representação é social, pois, surge e é compartilhada através das interações humanas, o que significa que, o universo interno do indivíduo se complementa com seu contexto, onde suas percepções sobre o mundo são amplamente influenciadas por seu meio político, econômico, cultural, religioso, social e familiar (Moscovici, 2003).

A teoria das representações sociais visa, portanto, analisar o processo de objetivação e ancoragem de determinados fenômenos, ou seja, busca identificar e compreender como um conhecimento se torna familiar, e passa a ser disseminado em um determinado grupo social, constituindo parte da sua visão de mundo e normas morais que modulam o posicionamento destes sujeitos, seja de forma individual ou coletiva. Assim, a partir de seus fundamentos teóricos, a TRS fornece instrumentos para melhor entendimento das práticas sociais (Jesuino, 2015), e portanto, se mostra tangível ao objetivo da presente pesquisa, tornando possível a interpretação da representação social da gestação e parto para pessoas que gestaram e pariram durante a pandemia e conseqüentemente a exploração de suas visões de mundo e significações impelidas por esse novo contexto (Jodelet, 2001).

1.3. Justificativa

A presente pesquisa firma-se na relevância social e política sobre um tema emergente, que embora tenha evidente quantitativo de produções científicas, voltadas principalmente à clínica da doença, ainda possui lacunas empíricas a serem exploradas, sobretudo no tangente às representações sociais. A pandemia pelo novo coronavírus transformou significativamente a “normalidade” do mundo atual e o estudo de seus desdobramentos vem em resposta à tentativa de entender seus impactos gerais nas percepções que traduzem a vida humana.

Sabe-se que a gestação, por suas mudanças físicas, hormonais e adaptativas representa um contexto único e multifacetado na vida daquele que a vivencia, que, por sua vez, se relaciona e influencia nas imagens que cria sobre si e sobre sua visão de mundo. Entender qual a representação social da gestação e parto de pessoas que o vivenciaram no período da pandemia, potencializa o entendimento de sua subjetividade em um novo contexto de vida, o que fornece elementos para incremento das práticas de cuidado integral, baseadas em sua realidade, bem como subsídios para contextualizar determinados processos pós COVID-19 e contextos semelhante a este.

Tais discussões potencializam a reflexão crítica sobre a formação profissional, educação permanente e o cotidiano assistencial à luz dos modelos de ensino e de saúde, fomentando estratégias inovadoras de construção do saber, nos diferentes cenários geopolíticos, comprometidos com a aprendizagem libertadora, humana e emancipatória, que transforma as práticas assistências em experiências satisfatórias e qualitativas. Corroborar também na formulação, atualização e supervisão do cumprimento de políticas públicas alicerçadas na integralidade do cuidado às pessoas que gestam, no resguardo dos direitos humanos, das intersecções em saúde e da igualdade de gênero.

As representações sociais da gravidez e parto na pandemia do COVID-19, tem papel importante no processo de instituir atributos por estas pessoas à sua experiência, ou seja, se a representação social se consolida em aspectos negativos, isso possivelmente se refletirá na vivência desse momento, diminuindo sua satisfação em todo ciclo e com posteriores consequências pós COVID-19. Para tanto, este estudo parte da suposição que a representação da gestação e parto no período da pandemia do COVID-19, sofreu transformação quando comparada às representações dos mesmos fenômenos anteriores a infecção pelo novo coronavírus.

Além disso, essas representações diferem nos distintos grupos sociais na qual estas pessoas estão inseridas. Ou seja, partindo dos pressupostos da TRS, não há uma única e absoluta representação de gestar e parir, a mesma varia de acordo com o grupo social, pois o contexto de vida e o meio social influencia diretamente na construção das crenças, imagens e pensamentos das gestantes e parturientes. Cabe ressaltar que a partir desse momento, será utilizada a nomenclatura “mulheres” e seus sinônimos para se referir ao grupo social investigado, uma vez que os resultados obtidos pelas etapas de coleta de dados atingiram apenas mulheres cisgênero.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

- Analisar as representações sociais da gestação e do parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do COVID-19

Objetivos Específicos

- Mapear a produção científica sobre as percepções da gestação e parto para as mulheres que vivenciaram tais fenômenos na pandemia do COVID-19
- Analisar as representações sociais de gestar e parir durante a pandemia do COVID-19

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de abordagem qualitativa. Essa abordagem considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade de cada indivíduo, com quantificação inviável (Minayo, 2013; Prodanov; Freitas 2013). Propõe-se então a produção do conhecimento baseado em percepções construtivistas, ou seja, significação das experiências pessoais e sociais, historicamente construídas. A interpretação dos fenômenos, as relações entre estes e a atribuição de significados são, portanto, a essência desse processo (Creswell, 2010).

Na abordagem qualitativa, o ambiente natural constitui-se como a fonte de dados e o pesquisador é o instrumento para sua coleta, visando, dessa maneira, a compreensão do empírico. A pesquisa qualitativa é descritiva, preocupando-se com o processo e não

somente com os resultados, no anseio de verificar como determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias. Sua preocupação essencial é o significado que as pessoas dão as coisas e à vida, e sua análise tem enfoque indutivo, ou seja, um processo mental que parte de dados particulares, suficientemente constatados, para inferir-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Leva assim, a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam (Godoy, 1995). Para sua realização seguiu-se o checklist das diretrizes para pesquisas qualitativas do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Apêndice A) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

3.1. Percurso metodológico

A presente pesquisa compreendeu duas etapas: a saber, mapeamento sistemático da literatura e trabalho de campo, de acordo com os objetivos propostos. Elas ocorreram simultaneamente, se complementando no processo da pesquisa.

3.1.1. Primeira Etapa – Mapeamento sistemático da literatura

Para alcance do objetivo “Mapear a produção científica sobre as percepções da gestação e parto para as mulheres que vivenciaram tais fenômenos na pandemia do COVID-19” foi realizada um mapeamento sistemático da literatura, que consiste num método que visa coletar, descrever e catalogar evidências relativas a uma temática específica, a fim de descrever o estado do conhecimento, sobretudo, no tangente a caracterização do perfil desses estudos (James; Randall; Haddaway, 2016). Seguiu-se o Reporting Items for systematic Reviews and Meta-analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Sua realização seguiu as seguintes etapas metodológicas: 1. Formulação da ou das perguntas de pesquisa, utilizando, neste caso, a estratégia PICO; 2. Definição dos critérios de inclusão, exclusão e bases de dados a serem utilizadas; 3. Delineamento do protocolo do mapeamento, ou seja, construção da estratégia de busca com seleção dos descritores e combinação dos operadores booleanos (AND, OR, NOT); 4. Triagem e seleção dos estudos, com avaliação primária pela leitura dos resumos e secundária pela leitura na íntegra dos artigos selecionados a priori, e posterior representação deste

processo (Fluxograma PRISMA); 5. Codificação e construção dos mapas sistêmicos, apresentando as variáveis de caracterização dos estudos; avaliação crítica dos estudos, opcional e não realizada nesta pesquisa, e por fim; 6. Descrição e síntese dos resultados sobre as evidências (James; Randall; Haddaway, 2016).

Para alcance do objetivo - identificar quais estudos primários tem sido produzidos sobre as percepções da gestação e parto para as mulheres que vivenciaram tais fenômenos na pandemia do covid-19 - foram identificadas as seguintes perguntas de pesquisa: QP1 – Quais estudos primários tem sido produzidos sobre as percepções de gestar e parir para as mulheres que viveram tais fenômenos na pandemia do COVID-19?. Sua formulação modulou-se pela estratégia e mnemônico PICO, que corresponde respectivamente à P (pessoa) – mulheres que gestaram e pariram durante a pandemia do COVID-19; I (interesse/fenômeno) – as percepções de gestar e parir; e Co (contexto) – pandemia do COVID-19. QP2 – Quais os anos de publicação, localização geográfica e abordagem dos estudos sobre as percepções de gestar e parir durante a pandemia do COVID-19? QP3 – Quem são os autores mais recorrentes sobre a temática e qual sua filiação institucional? QP4 - Em quais revistas ou jornais esses estudos foram publicados? QP5 - Quais foram os métodos de coleta de dados dos estudos sobre as percepções de gestar e parir durante a pandemia do COVID-19? QP6 - Quais foram às estratégias de recrutamento amostral utilizadas pelos estudos sobre as percepções de gestar e parir durante a pandemia do COVID-19? QP7– Quais os métodos utilizados para análise dos dados destes estudos? E por fim QP8- Quais as principais percepções de gestar e parir para as mulheres que viveram tais fenômenos na pandemia do COVID-19?

A busca dos estudos foi realizada em março de 2024, a partir da base de dados PubMed, Scopus e Web of Science. Para cada uma delas utilizou-se diferentes combinações de descritores, consultados no Decs e Mesh e modulados pela estratégia PICO, a fim de respeitar as particularidades operacionais de cada base. Sendo assim a string utilizada na PubMed foi: Pregnant women OR Pregnancy OR Childbirth AND Perception AND COVID-19. Na Scopus: Pregnant women OR Pregnancy OR Childbirth AND Perception OR Experience AND COVID-19 e por fim na Web of Science: "Pregnant women" OR Pregnancy OR Childbirth AND Perception OR Experience AND COVID-19.

Todos os estudos obtidos foram exportados para o software Rayyan, desenvolvido pelo Qatar Computing Reserach Institute (QCCRI), para triagem, conforme critérios

pré-estabelecidos. Este software permite a avaliação duplo cego dos estudos, pela equipe de pesquisadores, auxiliando na organização processual de inclusão ou exclusão, e posterior, resolução de possíveis conflitos (Ouzzani et al., 2016). A avaliação dos estudos foi realizada por pares, seguindo uma triagem primária pela leitura dos resumos. Esta etapa foi conduzida por duas pesquisadoras e diante divergência na tomada de decisão foi consultada uma terceira pesquisadora. Os estudos então incluídos foram submetidos a uma avaliação secundária pela leitura na íntegra, também conduzida duplamente.

Foram incluídas pesquisas primárias a partir do ano de 2020, disponíveis online, na íntegra e de acesso gratuito, publicados em inglês, português ou espanhol que abordavam as percepções/experiências/representações sociais da gestação e parto na pandemia do COVID-19. Foram excluídos artigos pagos ou não disponíveis na íntegra, estudos secundários, teses, dissertações, monografias e recursos educacionais, bem como artigos com abordagem na gestação de alto risco, percepções do puerpério durante o covid-19, percepção dos serviços e instituições de saúde, percepções direcionadas especificamente ao cuidado perinatal e a experiência do homem junto à mulher gestante.

A partir da seleção da amostra final dos estudos incluídos, foram construídas tabelas no Microsoft Excel, contendo as variáveis dos artigos, a fim de caracterizá-los de acordo com o ano de publicação, revista, país de origem, idioma, abordagem metodológica, amostra populacional, estratégia de recrutamento amostral, método de coleta, método de análise de dados e especificações dos pesquisadores. Uma segunda tabela também foi organizada, para compilação dos principais resultados dessas pesquisas. O agrupamento dos caracteres, que traçam um perfil acadêmico, geoespacial e metodológico dos estudos e de seus resultados, permitiu a construção de mapas sistemáticos, representativos de tais elementos. Posteriormente, tais achados e evidências empíricas foram apresentados de forma descritiva. Por utilizar-se de dados secundários, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP), para o presente estudo.

3.1.2. Segunda Etapa – Pesquisa Empírica

Esta etapa se caracterizou pela pesquisa empírica e trabalho de campo a fim de contemplar o objetivo específico: “Analisar as representações sociais de gestar e parir durante a pandemia do COVID-19”.

3.1.2.1 Cenário de pesquisa

O cenário da pesquisa foi a região coração do Departamento Regional de Saúde (DRS) III de Araraquara. Essa região corresponde à 38% da população da DRS III Araraquara e é composta por 6 municípios – Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos. Embora pertencentes a um mesmo grupo, há diferenças significativas, da população estimada, referentes a cada município, e conseqüentemente, diferenças estruturais e organizacionais dos serviços de saúde (SÃO PAULO, 2019)

A fim de delimitar uma área com características similares, optou-se por realizar a coleta de dados em municípios de porte populacional semelhantes, que possuam Maternidade própria. Segundo o IBGE, dados referentes ao ano de 2025, a população estimada dos municípios citados, são: Descalvado – 32.663 mil pessoas; Dourado – 8.169 mil pessoas; Ibaté – 33.160 mil pessoas; Porto Ferreira – 53.966 mil pessoas; Ribeirão Bonito – 11.040 mil pessoas; São Carlos – 266.427 mil pessoas. Todos os municípios dispõem de Maternidade própria. Para tanto, analisando as informações obtidas, e considerante a proximidade do número de população estimada, a pesquisa foi conduzida nos municípios de Descalvado, Ibaté e Porto Ferreira.

3.1.2.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo, quatorze mulheres que viveram o período gestacional e o parto, vaginal ou cesárea, durante a pandemia do COVID-19, desde março de 2020, quando a infecção pelo coronavírus foi declarada como pandemia pela OMS, até dezembro de 2021, considerando o primeiro ano completo da doença. O rastreamento destas ocorreu de duas formas. No município de Ibaté, após autorização da Secretaria de Saúde, foi consultado o sistema de informação do município, por meio de relatórios retroativos de consultas de pré-natal e assistência ao parto, durante o período analisado. Após identificação das mulheres elegíveis, estas foram contatadas por telefone, na qual foram expostos os objetivos e o convite a participar da presente pesquisa.

Já nos municípios de Descalvado e Porto Ferreira, por indisponibilidade de acesso ao sistema de informação pela gestão municipal, utilizou-se a estratégia amostral Snowball (Bola de Neve). Essa técnica de amostragem é um método não probabilístico, que utiliza cadeias de referência (Vinuto, 2014). O processo se inicia com a divulgação

da pesquisa a informantes intermediários ou sementes, que localizam o grupo social de interesse. Uma vez encontrados e participantes da pesquisa, os então informantes chaves, indicam novos contatos a partir de sua rede pessoal, também elegíveis aos critérios de inclusão do estudo. Eventualmente a amostra se torna saturada e finaliza-se (Bockorni; Gomes, 2021).

Nesse método, portanto, a amostra é autogerada pelos próprios participantes, e embora seja amplamente usada com o objetivo de atingir populações de difícil acesso, características de baixa incidência ou grupos sociais que prezam o sigilo, ela se adequa categoricamente a outros cenários de pesquisa (Costa, 2018). Considerando ainda, que a construção amostral emerge dos ciclos sociais dos participantes, onde há o compartilhamento de crenças, percepções e opiniões, esta técnica se alinha ao referencial teórico das representações sociais, que considera as imagens construídas e compartilhadas em um grupo social específico, a partir de condições semelhantes de existência.

Para tanto, realizou-se uma divulgação detalhada da pesquisa à profissionais de saúde dos municípios supracitados. Estes sugeriram informantes chaves que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, que após aceite, indicaram outros participantes, e assim sucessivamente. O processo se encerrou quando se identificou a saturação dos dados, cujo os novos nomes indicados não trouxeram novas informações de relevância ao estudo. No município de Ibaté, também foi utilizada esta técnica, porém todas as mulheres indicadas pelas informantes chaves recusaram a participação no estudo.

3.1.2.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas mulheres primíparas ou multigestas, que vivenciaram o parto vaginal ou cesárea, assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS) ou na saúde privada, maiores de 18 anos, no momento da coleta, que tiveram gestação de risco habitual. Foram excluídas, por sua vez, aquelas acompanhadas no Alto Risco e que possuíam algum transtorno psiquiátrico. Adotou-se a amostragem do tipo não probabilística, de conveniência.

3.1.2.3 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de pesquisa, que envolve seres humanos, o projeto foi encaminhado, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, CAAE 71664223.7.0000.5504, parecer 6.511.807 (Apêndice B). A condução do estudo seguiu as normas da Resolução CNS 510/2016 e as participantes só foram entrevistadas após autorização formal, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). O sigilo de suas identidades foi resguardado por meio de letras e números, bem como o respeito ao interesse em participar ou se retirar do estudo a qualquer momento do processo. Todas as participantes foram informadas sobre os benefícios, riscos e resultados obtidos pela pesquisa.

3.1.2.4 Coleta de dados

Dados socioeconômicos

A coleta de dados se deu, inicialmente, com a aplicação de um questionário com dados de perfil socioeconômico (Apêndice D), a fim caracterizar a amostra do estudo e estabelecer possíveis relações entre as variáveis investigadas e os resultados dos dados empíricos.

Antecedentes obstétricos

A investigação do perfil socioeconômico foi procedida por um questionário de antecedentes obstétricos (Apêndice D), visando identificar o número de gestações da mulher, vivência de aborto, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, complicações e intercorrências durante o período, idade gestacional no momento do parto, local do parto e equipe responsável por conduzir trabalho de parto e parto.

Antecedentes em relação ao COVID-19

Foi investigado ainda, se as mulheres entrevistadas, foram diagnosticadas com o vírus e o período de sua ocorrência, complicações relacionadas a ele, bem como a vivência de perder pessoas significativas pela doença (Apêndice D).

Entrevistas

A entrevista semiestruturada foi o instrumento de coleta de dados desse estudo, pois corresponde uma das principais técnicas para pesquisas qualitativas. A flexibilidade desse instrumento, que visa à interação e troca de percepções, a partir de um diálogo informal e naturalizado, ao mesmo tempo em que valoriza o pesquisador permite ao participante da pesquisa liberdade e espontaneidade, condições que enriquecem a investigação (Minayo, 2013).

A roteirização, utilizada na entrevista semiestruturada, cumpre com função de nortear a abordagem, facilitando-a e assegurando que todos os aspectos relevantes à pesquisa sejam acessados durante a conversa, sem aprisionar as contribuições dos sujeitos da pesquisa (Minayo, 2013). Para tanto, foram formuladas questões norteadoras (Apêndice E) com vistas a explorar os sentimentos e as experiências da gestação e parto na pandemia do COVID-19. Não houve teste piloto. A coleta de dados ocorreu em diferentes dias da semana, de segunda a sexta-feira, no período matutino ou vespertino, a depender da preferência e disponibilidade das mulheres, nos meses de junho a julho de 2025.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora, graduada em enfermagem e mestre em ciências da saúde, com atuação na assistência à saúde da família, com experiência anterior neste tipo de coleta de dados. Não foi estabelecido relacionamento com os participantes antes do início do estudo. Sobre a entrevistadora, foi relatado às mulheres, os motivos que mobilizaram a pesquisa e minimamente sua trajetória profissional, sem adicional caracterização. Seis entrevistas ocorreram na unidade de saúde de referência das mulheres, com horário previamente agendado. As demais entrevistas, ocorreram por meio de chamadas de vídeo. A fim de garantir maior privacidade e liberdade de fala, as mesmas ocorreram em salas privativas e reservadas, apenas com o participante da pesquisa.

As entrevistas presenciais, bem como as realizadas por video chamada, foram gravadas na íntegra, em aparelho digital, para posterior transcrição e análise, e tiveram duração média de 26 minutos. Não houve a necessidade de repetir entrevistas e o material transcrito não foi devolvido aos participantes para correções e comentários. Não foram feitas notas de campo. Indisponibilidade de tempo, diante as demandas da rotina diária, foi à justificativa de quatro mulheres, que recusaram participar do estudo.

A coleta de dados exigiu tempo e dedicação da pesquisadora. As entrevistas realizadas garantiram a saturação dos dados.

3.1.2.5. Análise dos dados

A análise dos dados, referentes ao questionário de perfil socioeconômico, antecedentes obstétricos e antecedentes relacionados ao COVID-19, ocorreu por meio de tabelas de categorização, construídas a partir do software EXCEL, sendo posteriormente submetidas à uma análise quantitativa, apresentada na forma de tabelas e quadros. Utilizou-se a análise de conteúdo temático-categorial para avaliação e compilação dos dados referentes às entrevistas. Esta é uma técnica para produzir inferências replicáveis, partindo de corpos textuais em direção ao seu contexto (Oliveira, 2008; Krippendorff, 1980).

A análise de conteúdo temático-categorial exige primeiramente a leitura exaustiva do material textual a ser analisado, permitindo a identificação dos conteúdos ali presentes. A partir disso, torna-se possível a construção de hipóteses provisórias sobre o objeto investigado. O processo segue-se pela determinação das unidades de registro (UR), ou seja, a escolha do elemento textual que será adotado ao longo da análise, que pode ser palavras, frases ou temas. Estas UR precisam então ser destacadas no texto, com sinalização clara do seu início e fim. A marcação destas, permite a definição dos temas e unidades de significação, onde cada temática será composta por um conjunto de UR (Oliveira, 2008).

O pesquisador poderá então conduzir a análise temática dessas unidades, quantificando os temas a partir do número de UR para cada entrevista ou material textual. Por fim, realiza-se a análise categorial do texto, onde a partir da determinação e quantificação dos temas é estabelecida a dimensão do objeto investigado, definindo-se critérios teóricos e empíricos, bem como as hipóteses permanentes de análise. Os dados são, por fim, apresentados de forma descritiva, exemplificados pelas unidades de registro representativas de cada categoria de análise (Oliveira, 2008).

Portanto, neste estudo, as entrevistas foram transcritas manualmente na íntegra e após leitura exaustiva das mesmas, por duas pesquisadoras, foram construídas tabelas de dados, para comparação e identificação das abordagens mais frequentes e significativas, de acordo com os objetivos do estudo. Após marcação das unidades de registro, que sintetizam os aspectos referidos nas entrevistas, foram identificadas as unidades

temáticas, resultante do agrupamento de conteúdos convergentes e fechamento das categorias empíricas do estudo. As categorias, posteriormente, foram discutidas com o prévio mapeamento sistemático realizado, ou seja, os resultados da primeira etapa desta pesquisa. Ressalta-se que o material transcrito e a produção final da pesquisa não foram disponibilizados, para as mulheres entrevistadas, para feedback sobre as descobertas.

4. Resultados

4.1 Resultados e discussão – Etapa 1: Mapeamento Sistemático da Literatura

Os resultados do mapeamento sistemático da literatura, será procedido de uma breve discussão sobre a temática, a partir dos achados específicos desta etapa.

Foram identificados um total de 3039 estudos nas bases de dados selecionadas, sendo: 1606 na Web of Science, 1087 na Scopus e 346 na PubMed. Após exportação deste para o aplicativo Rayyan, 1002 estudos foram excluídos por serem duplicatas, restando 2037 para triagem e codificação. Após leitura dos resumos, 96 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, e após a avaliação secundária permaneceram 65 artigos, que correspondem à amostra final da presente pesquisa, conforme apresentado na Figura 1

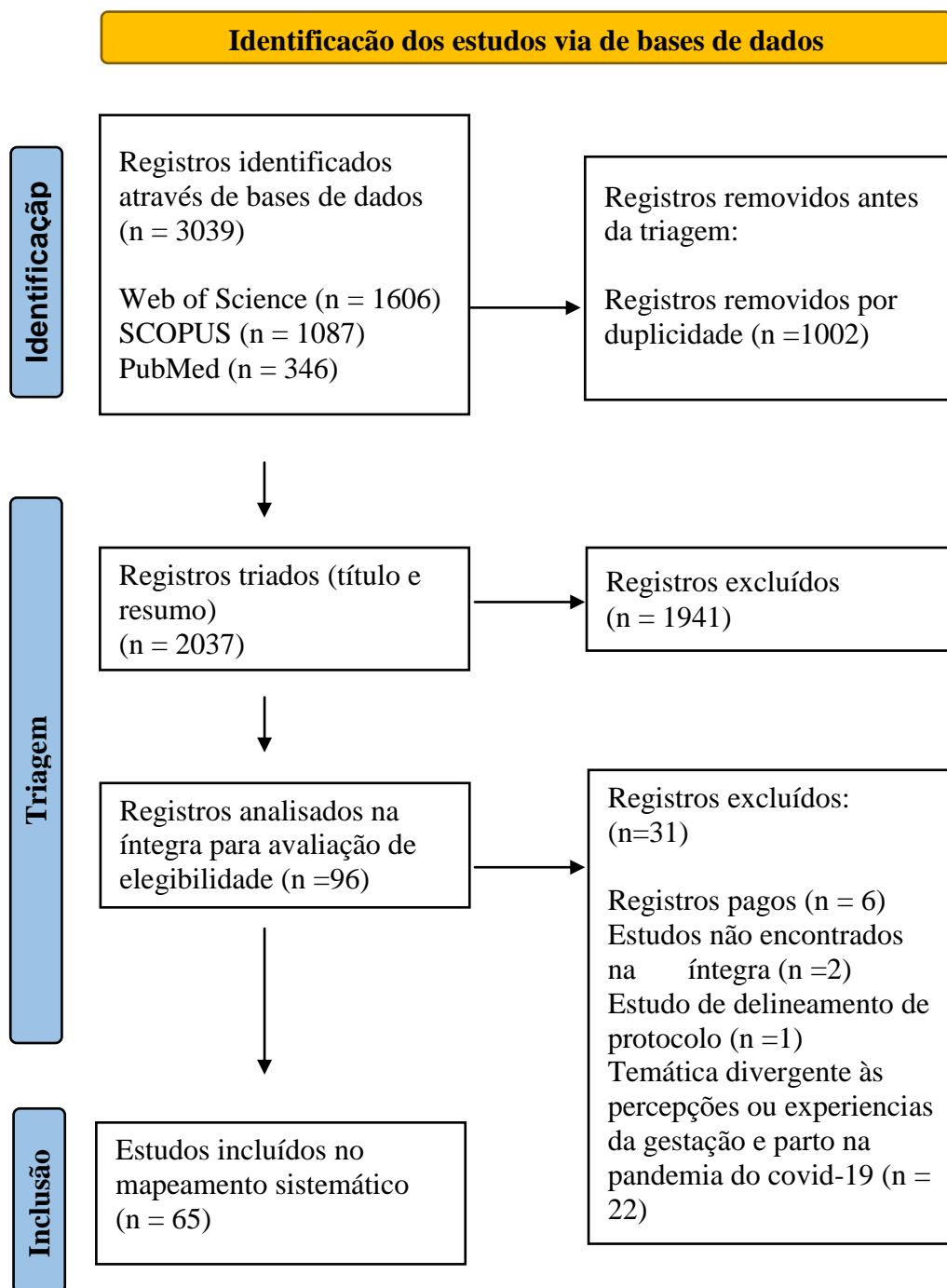


Figura 1 – Fluxograma PRISMA-ScR⁽⁸⁾. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

O ano de publicação predominante foi 2022, correspondendo a 38,4% da amostra (n=25), seguido pelo ano de 2023, com 30,7% (n=20). O ano com menor número de contribuições foi 2024, representando 3% do total de artigos (n=2). Este valor pode estar associado ao período de realização do presente estudo, que contemplou pesquisas realizadas apenas nos meses de janeiro e fevereiro do ano supracitado. O inglês foi o idioma representado em 100% da amostra, sendo que destes, dois artigos

possuíam a possibilidade de acesso também em português. Já em relação à abordagem dos estudos, a mais freqüente foi à qualitativa, correspondente a 83% (n=54) da amostra, seguido pela abordagem mista (qualitativa/quantitativa) com 15,3% (n=10), e quantitativa com 1,5% (n=1).

Quanto ao geomapeamento dos estudos primárias, evidenciado na Figura 2, a América foi o continente com maior número de contribuições, representando 38,4% da amostra, seguido pela Europa (35,3%), Ásia (15,3%), Oceania (9,2%) e África (1,5%). Em relação aos países, o mais freqüente foi os Estados Unidos da América (EUA), correspondendo a 24,6% da amostra (n=16). A Austrália e o Brasil vieram em seguida, respectivamente, com 9,2% (n=6) e 7,6% (n=5). Reino Unido, Inglaterra e Itália tiveram cada qual, quatro artigos (6,1%); Canadá e Turquia tiveram cada um, 3 estudos (4,6%); Alemanha, Irã, Irlanda, 2 artigos (3%) cada. Cabe ressaltar que para os estudos multicêntricos, considerou-se a localização do autor correspondente. Os demais países representados na amostra são: Espanha, França, México, Bósnia, Etiópia, Coreia do Sul, Escócia, Indonésia, Bélgica, Chipre, Noruega, Índia, Bangladesh e Jordânia, cada um com um artigo (1,5%). A Figura 3 apresenta a relação entre o ano de publicação e os continentes dos estudos.

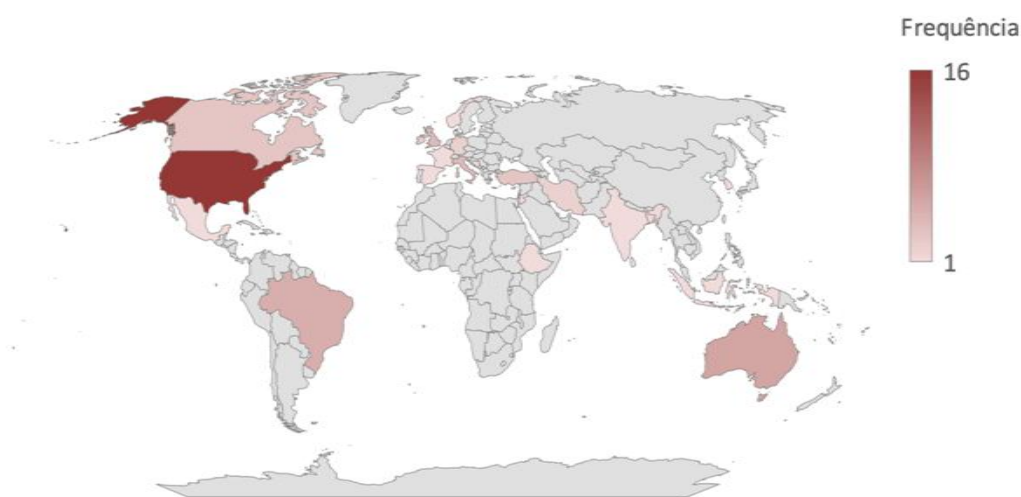
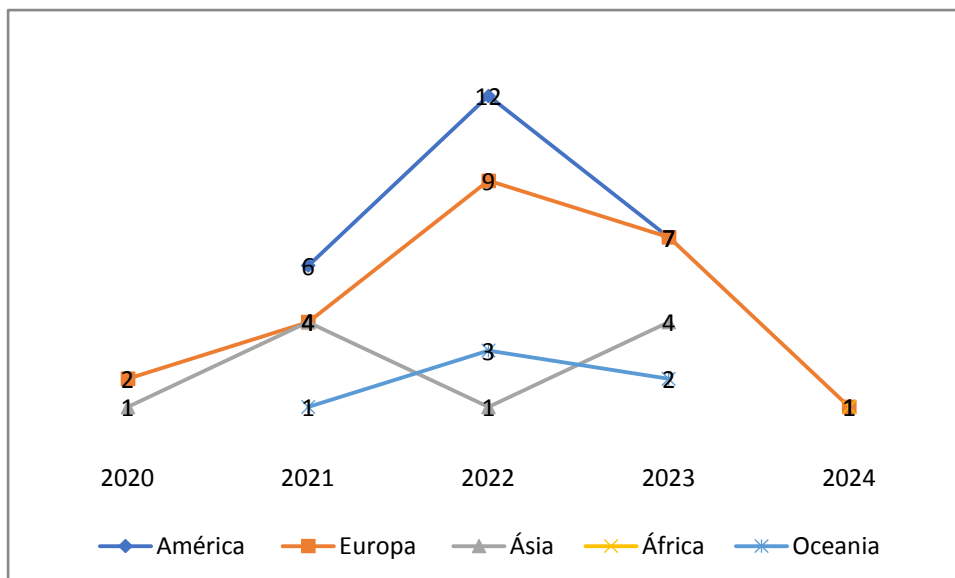


Figura 2 – Geomapeamento dos estudos incluídos na amostra do mapeamento sistemático. São Carlos, SP, Brasil, 2025.



*Continente africano é de difícil visualização na figura, pois apresenta uma única publicação no ano de 2024.

Figura 3 - Relação entre o ano de publicação e os continentes dos estudos da amostra. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

Dos 65 estudos, apenas oito autores apareceram em mais de uma pesquisa, sendo que, um deles, Goyal D, se apresenta de forma isolada, em 2 artigos (Filiação institucional- San José State University, The Valley Foundation School of Nursing, One Washington Square, San Jose, CA)., enquanto os outros, também em 2 artigos, se repetem em dupla, no caso de Ravaldi C e Vannancci A (Filiação Institucional - PeaRL-Perinatal Research Laboratory, CiaoLapo Foundation, Department of Neurosciences, Psychology, Drug Research and Child Health, University of Florence, Italy), e de quinteto quando Sweet L¹, Wilson NA², Bradfield Z³, Kuliukas L³, Homer CSE² (1. School of Nursing and Midwifery, Deakin University, Victoria, Austrália; 2. Maternal, Child and Adolescent Health Program, Burnet Institute, Melbourne, Austrália; 3. School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Curtin University, Western Austrália).

A revista mais frequente foi a BMC Pregnancy and Childbirth com 21,5% (n=14), seguida pela Journal Midwifery (n=8; 12,3%) e Women and Birth (n=7; 10,7%). As revistas, International Journal of Environmental Reserach and Public Health; Sexual & Reproductive Health; PLOS ONE e Reproductive Health tiveram dois artigos cada uma (3%).

Em relação à estratégia de recrutamento amostral, o mais utilizado foi por meio da divulgação das pesquisas nas mídias sociais (facebook, twitter e instagram) representando 32% dos estudos (n=21). A aquisição de participantes por meio dos sistemas informatizados das instituições de saúde, nos diferentes níveis de complexidade representou 15,3% da amostra (n=10), enquanto a captação ativa em tempo real das mulheres durante as consultas de pré-natal ou assistência ao parto e puerpério representou 10,7% (n=7).

A combinação das redes sociais junto à estratégia snowball (bola de neve) esteve presente em 13,8% da amostra (n=9), enquanto o uso exclusivo da estratégia bola de neve representou 9,2% (n=6). O recrutamento por meio de associações populares ou de saúde voltados a perinatalidade também representou 9,2% dos estudos (n=6). Em apenas dois artigos (3%), a estratégia de recrutamento não foi especificada. Outros métodos utilizados foram: por meio de usuários de aplicativos virtuais de gestação (n=1); vídeos do youtube (n=1); e captação de mulheres já pertencentes a outros estudos da mesma linha temática, de pesquisadores parceiros (n=2).

No tangente aos métodos de coleta de dados, aplicados nos estudos avaliados, a entrevista semiestruturada foi a mais frequente, com 60% (n=39), seguido pela aplicação de questionários com perguntas abertas e/ou fechadas, incluindo o uso de escalas de diferentes naturezas (23%, n=15). A entrevista não especificada como semiestruturada representou 6% da amostra (n= 9,2%). Conteúdo de vídeos e postagens nas mídias sociais foi o método de coleta utilizado em três pesquisas (4,6%). A metodologia de grupos focais e entrevista de fotoelicitação estiveram presentes, cada qual, em um artigo (1,53%).

Referente ao método de análise de dados, conforme observado na Figura 4, o mais freqüente foi à análise temática, seguida pela análise de conteúdo, respectivamente, com 51% (n=33) e 20% (n=13). A análise fenomenológica interpretativa veio após, representando 9% (n=6) da amostra. A análise de processamento de linguagem natural e análise fundamentada construtivista representaram, cada qual, 3% (n=2). Em 5% (n=2) dos estudos não foi possível identificar qual o método de análise de dados a ser utilizada. Outros métodos de análise presentes na amostra foram: análise fundamentada clássica; análise iterativa fonética, análise comparativa constante, análise da estrutura, análise narrativa e análise do itinerário de pesquisa Paulo Freire.

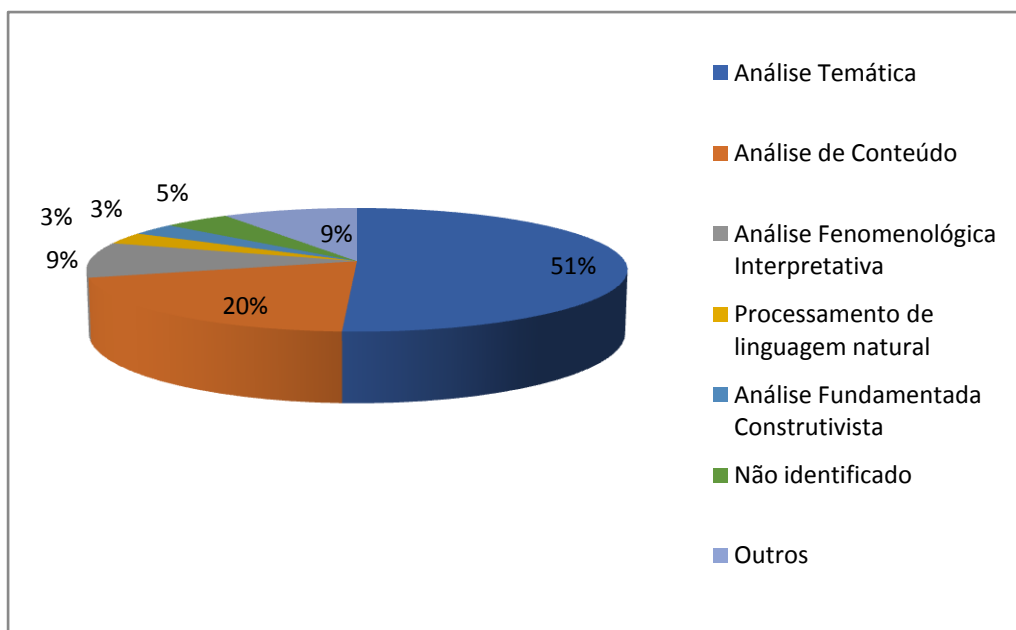


Figura 4 – Porcentagem dos métodos de análise de dados dos estudos da amostra. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

A análise de conteúdo, dos resultados descritos nos estudos incluídos neste mapeamento sistemático, permitiu a construção de cinco categorias de análise: 1. Gestar na pandemia do COVID-19: uma experiência de medo e perdas; 2. A experiência de parir na pandemia do COVID-19: solidão e isolamento; 3. A gestação e o parto com o diagnóstico de infecção pelo coronavírus; 4. Interrupção e insuficiência: percepções da assistência à gestação e parto na pandemia do COVID-19; e 5. Do Home office às restrições de visitas no alojamento conjunto: o outro lado da pandemia do COVID-19. A figura 5 apresenta um mapa sistemático representativo dessas categorias.

Percepções de gestar e parir na pandemia do COVID-19



Figura 5 – Mapa sistemático das categorias e subcategorias construídas após análise dos estudos. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

Gestar na pandemia do covid-19: uma experiência de medo e perdas

Gestar na pandemia do COVID-19 esteve associado a sentimentos de incerteza, tristeza, e, sobretudo, medo, de ser contaminada pelo vírus e de seu impacto em sua saúde e do feto. Experiências de isolamento e solidão, foram, significativamente presentes (Fumagalli et al., 2022, Ravaldi et al., 2023; Ravaldi et al., 2020; Kolker, et al., 2021; Mortazavi; Guardashi, 2021; Kinser et al., 2022; Gomez-Lopez et al., 2023; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; Silva et al., 2023; Lamy et al., 2023; Chae; Kang; Kim, 2023; Goyal et al., 2022; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Cherinet et al., 2024; Keating et al., 2022; Akhter et al., 2021; Abu Sabbah et al., 2022; John; Curry; Cunningham-Burley, 2021; McGowan et al., 2023; Church, 2023; Riley et al., 2021; Deyoung; Mangum, 2021; Eri et al., 2022; Jackson et al., 2023; Rossetto et al., 2021; Sweet et al., 2021; Aydim; Aktas, 2021; Silva et al., 2023; LoGiudice; Bartos, 2020; Sahin; Kabakci, 2021; Montgomery et al., 2023, Dove-Medowns et al., 2022; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Dahl et al., 2023; Huynh et al., 2023; Shuman et al., 2022; Deyoung; Mangum, 2021; Vermeulen et al., 2022; Cameron et al., 2021; Von Rieben; Boyd; Sheen, 2022).

A maternidade isolada foi, exemplificada, tanto pelas restrições sociais gerais, quanto específica do acompanhante nas consultas e exames do pré-natal, gerando frustração e desapontamento, pela impossibilidade de compartilhar a vivência da gestação com pessoas significativas, sobretudo, o parceiro, e na redução da rede de apoio e suporte emocional (Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Sweet et al., 2021; Scott et al., 2022; Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Breman et al., 2021; Ashby et al., 2022; Mortazavi; Guardashi, 2021; Cadwallader et al., 2023; Resurreccion; Hernandez-Albujar 2023; Atmuria et al., 2022; Jackson et al., 2023; LoGiudice; Bartos, 2020; Chae; Kang; Kim, 2023; Williams; Berkowitz; Rackin, 2022; Goyal et al., 2022; Montgomery et al., 2023; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Dahl et al., 2023; Keating et al., 2022; Church, 2023; Riley et al., 2021; Huynh et al., 2023; Vermeulen et al., 2022; Eri et al., 2022; Jackson et al., 2023; Von Rieben; Boyd; Sheen, 2022).

Quando comparada às gestações prévias, a gravidez na pandemia do Covid-19 se refletiu em um contraste negativo de experiências. Estar grávida, no contexto pandêmico foi uma experiência de luto pela perda da possibilidade de celebração da gestação e chegada do recém-nascido, da ruptura das idealizações e expectativas relacionadas ao período, e de condições financeiras instáveis e desconfortáveis (Sweet

et al., 2021; Fumagalli et al., 2022; Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Ravaldi et al., 2023; Kolker et al., 2021; Ashby et al., 2022; Kinser et al., 2022; Gomez-Lopez et al., 2023; Atmuria et al., 2022; LoGiudice; Bartos, 2020; Goyal et al., 2022; Williams; Berkowitz; Rackin, 2022; Goyal et al., 2022; Dove-Medowns et al., 2022; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Keating et al., 2022; Abu Sabbah et al., 2022; Ajayi et al, 2021; Shuman et al., 2022; Jackson et al., 2023; Von Rieben; Boyd; Sheen, 2022; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; Lamy et al., 2023; Cherinet et al., 2024; Akhter, et al., 2021; Saleh et al., 2023; McGowan et al., 2023; Hadjigeorgiou et al., 2022).

A experiência de parir na pandemia do covid-19: solidão e isolamento

A pandemia do covid-19 representou, majoritariamente, a ruptura de expectativas em relação ao parto, submergidas em sentimentos de solidão, isolamento, insegurança, ansiedade, opressão e falta de suporte emocional. A incerteza quanto à vivência do parto e suas possibilidades foram presentes frente às constantes mudanças nas diretrizes de saúde e do contraste das normativas entre o setor público e privado. As mulheres referiram intensa preocupação quanto à permissão do acompanhante neste momento, e medo evidente de enfrentar o processo do nascimento de forma solitária (Aydin et al., 2022; Schmiedhofer et al., 2022; Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Breman et al., 2021; Miani et al., 2023; Resurreccion; Hernandez-Albujar, 2023; Lamy et al., 2023; Williams; Berkowitz; Rackin, 2022; Montgomery et al., 2023; Ajayi et al., 2021; Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Ajayi et al., 2021; Shuman et al., 2022; Riley et al., 2021; Deyoung; Mangum, 2021; Eri et al., 2022; Von Rieben; Boyd; Sheen, 2022; Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Ravaldi et al., 2023; Kolker et al., 2021; Mortazavi; Guardashi, 2021; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; Atmuria et al., 2022; Silva et al., 2023; Karavadra et al., 2020; Jackson et al., 2023; LoGiudice; Bartos, 2020; Dove-Medowns et al., 2022; Cherinet et al., 2024; Dahl et al., 2023; Keating et al., 2022).

Em sua maioria, no pré-parto e pós parto as mulheres não tiveram direito a acompanhante e a admissão do parceiro ocorreu apenas no período expulsivo. Mulheres que pariram sozinhas, caracterizaram esse momento como uma experiência aterrorizante. A falta da pessoa de suporte e restrição de visitas no alojamento conjunto resultou em solidão, desamparo e sofrimento (Aydin et al., 2022; Schmiedhofer et al.,

2022; Breman et al., 2021; Miani et al., 2023; Jackson et al., 2023; Cadwallader et al., 2023; Abu Sabbah et al., 2022; Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Jackson et al., 2023; Eri et al., 2022; Lamy et al., 2023; Williams; Berkowitz; Rackin, 2022; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Ajayi et al., 2021; Panda et al., 2021; Colaceci et al., 2022; Cameron et al., 2021; Chae; Kang; Kim, 2023; Montgomery et al., 2023; Dove-Medowns et al., 2022; Deyoung; Mangum, 2021; Resurreccion; Hernandez-Albujar, 2023; LoGiudice; Bartos, 2020; Montgomery et al., 2023; Dahl et al, 2023; Riley et al., 2021).

A suspensão de partos domiciliares e partos hídricos pelo setor público, a pressão dos profissionais de saúde à indução precoce ou desnecessária do parto, ou para que mesmo ocorresse o mais rápido possível, e conduta médica de alta hospitalar precoce foram fatores negativamente percebidos. Ademais, sentir que suas escolhas foram restringidas, ou a percepção de ausência de controle diante a experiência do parto, foi recorrente. O uso da máscara em todo o momento do parto, inclusivo no período expulsivo foi considerado como desconfortável e estressante, associada à dificuldade de respirar, representando, assim, uma ameaça física e psicológica para a integridade do parir (Aydin et al., 2022; Breman et al., 2021; Irvine, Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Breman et al., 2021; Atmuria et al., 2022; LoGiudice; Bartos, 2020; Schmiedhofer et al., 2022; Jackson et al., 2023; Abu Sabbah et al., 2022; Shuman et al., 2022; Sweet et al., 2022; Scott et al., 2022; Dove-Medowns et al., 2022; Kinser et al., 2022; Miani et al., 2023; Ashby et al., 2022; Cadwallader et al., 2023).

A gestação e o parto com o diagnóstico de infecção pelo coronavírus

O diagnóstico positivo para infecção do COVID-19 durante a gestação ou parto foi abordada em 18 estudos da amostra. Essa situação resultou na intensificação dos sentimentos negativos de gestar no contexto pandêmico, sobretudo, em relação à solidão e medo. Medo este, relacionado à própria morte, e à possibilidade de transmitir o vírus para o bebê, resultando em anomalias e deformações, seja pela doença ou pelo tratamento (Ugurlu; Kirath; Yavan, 2023; Schmiedhofer et al., 2022; Fumagalli et al., 2022; Soltani; Bakht; Refaei, 2023; Freitas-Jesus et al., 2022).

Sentir-se culpada ou negar estar com a doença foram respostas comuns diante a infecção pelo vírus, onde a percepção de falta de suporte emocional e estigma social, foram recorrentes (Soltani; Bakht; Refaei, 2023; Freitas-Jesus et al., 2022; Fumagalli et al., 2022; Ross et al., 2022). Três artigos pontuaram que o avanço da doença, com sua alta mortalidade e/ou o diagnóstico positivo para covid-19, trouxe mudanças perceptivas das mulheres em relação ao vírus, antes, considerado como algo distante e externo, e posteriormente, se assumindo como uma realidade imutável e tangível (Freitas-Jesus et al., 2022; Lamy et al., 2023; Sahin; Kabakci, 2021).

Já em relação ao parto, em geral, após diagnóstico, as mulheres eram direcionadas a salas de isolamento, e deixadas sozinhas, sendo pouco visitadas pelas equipes de saúde. Estas recorrentemente referiram medo de não terem a presença do parceiro no parto, ou de serem separadas do recém-nascido logo após o nascimento. Para aquelas que, por estarem positivas para covid-19, vivenciaram o parto sem acompanhante, a experiência foi decepcionante, triste e traumática, interferindo até mesmo, no desejo de ter mais filhos (Fumagalli et al., 2022; Schmiedhofer et al., 2022; Lamy et al., 2023; Williams; Berkowitz; Rackin, 2022; Gomez-Lopez et al., 2023, Ross et al., 2022; Ugurlu; Kirath; Yavan, 2023; Karavadra et al., 2020; LoGiudice; Bartos, 2020; Colaceci et al., 2022; McGowan et al., 2023; Deyoung; Mangum, 2021; Panda et al., 2021).

Interrupção e insuficiência: percepções da assistência à gestação e parto na pandemia do Covid-19

A experiência de gestar e parir na pandemia, resultou em constantes interrupções no acesso à saúde, evidenciado por adiamento, diminuição da frequência ou cancelamento de consultas e exames de rotina, cancelamento de grupos de gestante e outras atividades educativas, transição parcial ou completa para a telemedicina e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pelo fechamento de instituições, falta de vagas para consultas, distância e opções de transporte (Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Scott et al., 2022; Kolker et al., 2021; Breman et al., 2021; Mortazavi; Guardashi, 2021; Resurreccion; Hernandez-Albujar, 2023; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; Aydim; Aktas, 2021; Goyal et al., 2022; Montgomery et al., 2023; Dove-Medowns et al., 2022; Abu Sabbah et al., 2022; Saleh et al., 2023; McGowan et al., 2023; Riley et al., 2021; Vermeulen et al., 2022; Hadjigeorgiou et al., 2022; Ashby et

al., 2022; Ugurlu; Kirath; Yavan, 2023; Atmuria et al., 2022; Silva et al., 2023; LoGiudice; Bartos, 2020; Levett et al., 2023; Chae; Kang; Kim, 2023; Huynh et al., 2023; Cadwallader et al., 2023; Keating et al., 2022; John; Curry; Cunningham-Burley, 2021; Cameron et al., 2021; Sweet et al., 2022; Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Kinser et al., 2022, Karavadra et al., 2020; Lamy et al., 2023, Akhter et al., 2021; Panda et al., 2021).

O cuidado, majoritariamente, foi tido como impessoal, insuficiente e desqualificado. As mulheres se sentiram negligenciadas, invisíveis e silenciadas, com necessidade de se autodefender durante a assistência, principalmente aquelas diagnosticadas com COVID-19 ou pertencentes a grupos socioeconomicamente vulneráveis ou marginalizados, na qual destaca-se as mulheres negras. Estas ressaltaram, respectivamente, o estigma dos trabalhadores de saúde pela doença e o racismo, amplamente potencializado pela pandemia, como preocupação adicional ao gestar e parir neste período (Aydin et al., 2022; Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Breman et al., 2021; Lamy et al., 2023; Chae; Kang; Kim, 2023; Eri et al., 2022; Sweet et al., 2022; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Cherinet et al., 2024; Ajayi et al., 2021; Vermeulen et al., 2022, Keedle et al., 2023; Sweet et al., 2022; Kolker, Biringier, Bytautas et al, 2021; Schmiedhofer et al., 2022; Resurreccion; Hernandez-Albujar, 2023; Atmuria et al., 2022; Colaceci et al., 2022; Ugurlu; Kirath; Yavan, 2023; Kinser et al., 2022; Dahl et al., 2023; Ravaldi et al., 2023; Jackson et al., 2023).

A escolha por realizar atendimentos e exames do pré-natal em clínicas particulares, a admissão intrahospitalar tardia no trabalho de parto, a escolha por hospitais privados, a opção por cesáreas eletivas e o parto domiciliar foram medidas recorrentemente adotadas, para resguardo do acompanhante durante a assistência à gestação e nascimento (Irvine; Chisnall; Vindrola-Prados, 2024; Jackson et al., 2023; Colaceci et al., 2022; Ugurlu; Kirath; Yavan, 2023; Aydim; Aktas, 2021; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022, Abu Sabbah et al., 2022; Atmuria et al., 2022; Silva et al., 2023; Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Ajayi et al., 2021). O uso da máscara facial foi negativamente percebido no tangente ao relacionamento e comunicação com a equipe de saúde, bem como pelo desconforto em seu uso (Scott et al., 2022; Dove-Medowns et al., 2022; Montgomery et al., 2023; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Breman et al., 2021).

Do Home Office às restrições de visitas no alojamento conjunto: o outro lado da pandemia do Covid-19

Percepções positivas promovidas pela dinâmica da pandemia do covid-19 também foram presentes. A possibilidade de trabalhar em ambiente domiciliar permitiu que muitas gestantes tivessem mais tempo com seus parceiros e família. A flexibilização da licença parental e do expediente de trabalho, aumentou a percepção de suporte social e vínculo familiar (Sullivan; Cameron; Kornelsen, 2022; Sweet et al., 2021; Kolker et al., 2021; Ashby et al., 2022; Kinser et al., 2022; Cadwallader et al., 2023; Dragnovic; Bosankic; Ramic, 2021; Aydim; Aktas, 2021; Goyal et al., 2022; Montgomery et al., 2023; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Huynh et al., 2023; Shuman et al., 2022; Jackson et al., 2023; Keedle et al., 2023; Rossetto et al., 2021).

Trabalhar em casa permitiu as mulheres dedicarem tempo para si, com melhor adaptação às mudanças corporais/hormonais da gestação, e queixas comuns, bem como, para o preparo da chegada do bebê. A restrição de visitas no puerpério imediato e alojamento conjunto foi considerada para muitas mulheres como benéfica a fim de evitar a presença de pessoas indesejáveis, e favorável há um ambiente confortável, privativo e tranquilo, potencializando a recuperação clínica da mulher, e vínculo mãe-bebê (Cadwallader et al., 2023; Gomez-Lopez et al., 2023; Atmuria et al., 2022; Aydim; Aktas, 2021; McKinlay; Fancourt; Burton, 2022; Dahl et al., 2023; Keating et al., 2022; Ajayi et al., 2021; Shuman et al., 2022; Vermeulen et al., 2022; Jackson et al., 2023; Keedle et al., 2023; Rossetto et al., 2021; Sweet et al., 2021; Breman et al., 2021; Schmiedhofer et al., 2022; Miani et al., 2023; Kinser et al., 2022; Resurreccion; Hernandez-Albujar, 2023; Chae; Kang; Kim, 2023; Goyal et al., 2022; Montgomery et al., 2023; Panda et al., 2021; Shuman et al., 2022).

Discussão

Ao analisar o curso da pandemia do COVID-19, considerando como marco inicial a declaração oficial pela OMS em março de 2020 (Fiocruz, 2020), 2022, ano mais prevalente da amostra, encontra-se no centro desse período. Acredita-se que o inicial desconhecimento sobre a doença, sobretudo nos anos de 2020 e 2021, se apresentou em menor intensidade em 2022. Ademais, neste ano, embora ainda,

epidemiologicamente em estado de alerta, já havia sido construído um arcabouço teórico, mesmo que limitado, promovido pelo contingente de pesquisas fomentadas nos anos supracitados, voltados, sobretudo ao estudo clínico e as opções de tratamento e conduta, bem como estabilização da produção e distribuição mundial da vacina contra o vírus. Este novo contexto permitiu então, a investigação de fatores empíricos, até então pouco explorados (Pompeu et al., 2021).

Quanto ao geomapeamento, a América e a Europa foram os continentes com mais estudos na temática, enquanto a África, a menor contribuição da amostra. Nota-se que o ano de 2020 apresentou estudos apenas do continente Asiático e Europeu. Considerando a cronologia mundial da pandemia do covid-19, este é um resultado esperado, visto que a infecção pelo coronavírus surge na Ásia, mais precisamente na China, e se desloca para a Europa (Fiocruz, 2020).

Os estudos da América e a Oceania começam a ser evidentes no ano de 2021, com aumento gradativo de publicações em 2022, processo este, também acompanhado pela Europa, enquanto a Ásia, em paradoxo, apresenta uma queda de publicações nessa temática. Cabe destacar que, o continente asiático, favorecido por anteriores experiências pandêmicas, pelo investimento na saúde, e, organização política e social com valorização e cumprimento das medidas sanitárias, obteve rápida contenção do vírus do COVID-19, mesmo sendo o berço de sua origem (Pompeu et al.; 2021; Machado; Pereira, Freitas, 2022). Embora, menos efetivo que a Ásia, a Europa, altamente desenvolvida socioeconomicamente, ainda que mantivesse estáveis as taxas de morbidade, apresentou também um controle importante no número de mortes pela doença, resultado este diretamente relacionado ao fortalecimento e organização dos serviços de saúde, muitos destes, públicos e universais (Machado; Pereira, Freitas, 2022).

Já a América, embora atingida um pouco depois, foi o continente com maior representatividade nas taxas de morbidade e principalmente mortalidade pelo vírus, sobretudo, a América do Sul (OPAS, 2022). Ressalta-se que esse cenário, se traduz nas fragilidades preexistentes, como o subdesenvolvimento socioeconômico, altos índices de pobreza e desigualdade social, desafios na alocação de recursos em estratégias de contingência à pandemia e vulnerabilidade dos sistemas de saúde (OPAS, 2022). O Brasil foi o único país da América do Sul, representado na amostra da presente pesquisa, tendo o maior contingente de produções no ano de 2022 e 2023.

A fragilidade nas respostas governamentais e das medidas de contenção sanitária, a intensificação dos determinantes sociais, a aquisição e distribuição tardia da vacina contra o vírus, e o enfraquecido Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pelo subfinanciamento e investidas de desmonte com o fortalecimento do neoliberalismo e tensão entre público e privado, são fatores essenciais para entendimento da extensão da pandemia no Brasil (Machado; Pereira, Freitas, 2022; Pase; Patella, 2022).

Não houve representação de países da América Central na presente amostra. Já em relação à América do Norte, ressalta-se o predomínio de publicações dos Estados Unidos da América, também no ano de 2022. Apesar de ser a maior potência econômica do mundo, a evidente desigualdade social no país, junto à falta de um serviço de saúde público e gratuito - mesmo que para contenção do vírus, o governo tenha assumido provisoriamente a estatização da saúde com alocação de recursos específicos - culminou em um contexto de agressividade da doença (OPAS, 2022). Em detrimento desta realidade, o Canadá apresentou um efetivo enfrentamento à pandemia, com respostas semelhantes à Europa, distoando assim, dos outros países de seu continente, movimento esse também evidenciado pela Oceania, que como a América, foi atingida pelo vírus mais tardiamente (Machado; Pereira, Freitas, 2022).

Em 2023, por sua vez, o padrão de publicações por continente se inverte. A Ásia retoma o seu crescimento, enquanto se reduzem as publicações da América, Europa e Oceania. Esse padrão asiático, pode refletir a retomada de estudos voltados aos efeitos tardios da pandemia no continente. Em 2024, a África se apresenta pela primeira vez, com um artigo sobre a temática. A África foi o último continente a ser atingido pelo vírus, apresentando o menor número de casos e a menor mortalidade pela doença, apesar da fragilidade de seus sistemas de saúde e altos índices de pobreza (Dufailu et al., 2021).

Embora haja suposições de que essa realidade seja fruto de uma subnotificação e número reduzido de relatórios epidemiológicos, não se pode negar a atuação rápida do continente na contenção do vírus, que incluiu, bloqueios de importação, fechamento de fronteiras e aeroportos, implementação de protocolos de segurança rigorosos, investimento na vigilância em saúde e expansão da testagem de casos suspeitos e isolamento dos mesmos (Dufailu et al., 2021).

Na análise da caracterização metodológica dos estudos, a prevalência da abordagem qualitativa vai ao encontro com a temática investigada, uma vez que esse

tipo de pesquisa visa à compreensão dos fenômenos e fatores empíricos, considerando os sentimentos, vivências e significados atribuídos ao mundo e as condições de existir (Pyo et al., 2023). Nesse sentido, destaca-se o uso das entrevistas semiestruturadas, análise temática e de conteúdo, como métodos mais frequentes, respectivamente, para coleta e análise dos dados, metodologias estas características de estudos com esta abordagem. Embora amplamente consolidadas e efetivas, esse cenário, traz a tona, a necessidade de constante aprimoramento, com introdução de novos métodos de coleta e análise de dados, abrindo o leque de possibilidades na reflexão crítica dos dados empíricos, conferindo cada vez mais reconhecimento e visibilidade a este tipo de pesquisa (Vaismoradi; Turunen; Bondas, 2013).

No entendimento das significações, a gestação e o parto, na pandemia do COVID-19 esteve imerso em um processo indissociável, de medo (Aydin; Aktas, 2021) e adaptação à uma nova ordem social, que transformou as relações interpessoais, o modo de vida e as construções culturais envolvidas na concepção internalizada do que seria a normalidade de gestar e parir. As mulheres vivenciaram o luto pela perda de uma gestação intrinsecamente idealizada, significadas em experiências de decepção, tristeza e sofrimento psíquico (Ajayi et al., 2021).

A pandemia do novocoronavírus afetou diretamente os direitos das mulheres no período perinatal, bem como sua autonomia para a tomada de decisão (Cherinet et al., 2024). O isolamento da mulher, foi observado não apenas no seu cotidiano, pela impossibilidade de compartilhar a gestação com a família e amigos, mas durante a assistência em saúde, nas consultas de pré-natal e exames, com clara negligência da garantia de um acompanhante de sua escolha, em todo ciclo gestacional, sobretudo, no parto (Goyal et al., 2022).

Na assistência em saúde à gestante, a presença de acompanhante de sua escolha, além do potencial suporte emocional, influi no aumento da percepção de segurança e qualidade diante o cuidado recebido (Ross et al., 2023). Embora, se negue a vulnerabilidade como uma rotulação fixa e inerente à mulher, é reconhecida a naturalização histórica da apropriação e domesticação dos corpos femininos, que se reflete na normatização sexista, moralização dos construtos de gênero e nas relações de poder, defendidas e propagadas socialmente (Lage; Cal; Silva, 2020; Butler, 2006).

Ressalta-se que, esta vulnerabilidade, é maximizada diante dos determinantes sociais de raça, etnia e nível socioeconômico, que são acompanhadas por estruturas de preconceito enraizadas, que modulam condutas de negligência e desprezo (Atmuri et al.,

2021). Recorrentemente as mulheres são submetidas à violência obstétrica e ao paternalismo médico, que se reflete no apoderamento de seus processos reprodutivos e no silenciamento de suas vozes e escolhas, tornando-as subordinadas a práticas de cuidado desumanas e opressoras (Cavalcanti; Holanda, 2019), resultando na percepção de uma assistência em saúde insatisfatória e insuficiente, com destaque para as experiências vivenciadas por gestantes e parturientes diagnosticadas com COVID-19 (Freitas-Jesus et al., 2022).

Assim, talvez o maior direito negligenciado às mulheres durante a gravidez e parto, na pandemia do COVID-19, tenha sido a restrição de acompanhante no processo do nascimento, fenômeno este, vivenciado por incontáveis mulheres no mundo, e que resultou em experiências traumatizantes, de sofrimento e solidão (Schmiedhofer et al., 2022). Todavia, os estudos incluídos nesta revisão, ressaltam a figura do parceiro e as restrições de sua participação no processo da perinatalidade, não se pode negar a vivência de incontáveis mulheres, apoiadas exclusivamente, por outras mulheres, que se configuram como rede factual de suporte e resistência, e a gama destas que vivenciam a maternidade de forma solo, evidenciando, os inúmeros casos de desresponsabilização da figura paterna, não apenas na disposição de recursos financeiro para cuidado com os filhos, mas, sobretudo, na inclusão prática e diária neste processo (Almeida et al., 2020).

Embora se reconheça a importância das diretrizes de saúde, no tangente a contenção da transmissão do novocoronavírus, estas não deveriam, de maneira alguma, sobrepor-se aos direitos adquiridos das mulheres, em todos os ciclos de sua vida, principalmente, na perinatalidade. Qualquer normativa, que limite ou impeça, a vivência positiva e plena de um fenômeno natural e intrínseco a existência, corresponde a uma negligência aos direitos e dignidade humana (Ajayi et al., 2021).

Logo, a pandemia do covid-19, demonstra a facilidade e pré-disposição das estruturas coletivas, em ocultar tão prontamente, deveres sociais, principalmente, aqueles relacionados ao cuidado integral em saúde e isso se intensifica, quando direcionado às mulheres, grupo já marginalizado, silenciado e oprimido pelas organizações globais de poder, e potencializado nos grupos sociais subcategorizados (Dahl et al., 2023). Todavia, o conjunto de significações da perinatalidade, durante a pandemia do covid-19 tenha se apresentado amplamente negativo, percepções positivas, se manifestam, em limitada escala, mesmo que insuficientes para minimizar o sofrimento psíquico predominante nas experiências que caracterizam a vivência da gestação e parto na pandemia do COVID-19.

A ausência de estudos voltados às experiências da gestação e parto de trans homens, por exemplo, bem como a conceituação dialógica das pesquisas, com destaque para figura do homem como principal acompanhante da mulher grávida, demonstra uma lacuna importante a ser explorada, no tangente à identificação e análise das vivências da perinatalidade que se estendem aos padrões da heteronormatividade.

4.2 Resultados da Segunda Etapa – Coleta de dados empíricos

Foram entrevistadas quatorze mulheres que gestaram e pariram no período de março de 2020 a dezembro de 2021, residentes no momento da coleta, nos municípios de Ibaté, Descalvado ou Porto Ferreira, interior de São Paulo. As características socioeconômicas estão e as variáveis da gestação estão apresentadas a seguir, respectivamente, na tabela 1 e 2.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas na pesquisa. São Carlos, SP, Brasil.

	N	%
Idade		
18 a 25 anos	2	14%
25 a 30 anos	2	14%
30 a 35 anos	3	22%
35 a 40 anos	6	43%
< 40 anos	1	7%
Cor (autodeclarada)		
Parda	8	57%
Branca	5	35%
Preta	1	7%
Estado Civil		
Casada	8	57%
Solteira	4	28%
União Estável	2	14%
Escolaridade		
Ensino superior completo	7	50%
Ensino superior incompleto	2	14%
Ensino médio completo	2	14%
Fundamental completo	1	7%
1º a 5º série incompleto	1	7%
Analfabeta	1	7%
Renda Familiar		
3 a 5 salários mínimos	6	43%
1 a 3 salários mínimos	4	28%

Até 1 salário mínimo	2	14%
5 a 15 salários mínimos	2	14%
Profissão		
Professora	4	28%
Agente Comunitária de Saúde	1	7%
Técnica de Enfermagem	1	7%
Escriturária	1	7%
Cozinheira	1	7%
Profissional de Marketing	1	7%
Auxiliar Administrativa	1	7%
Operadora de Máquina	1	7%
Avicultora	1	7%
Do lar	2	14%

Tabela 2 – Caracterização da gestação e parto das mulheres entrevistadas. São Carlos, SP, Brasil.

PRÉ-NATAL E PARTO	N	%
SUS	5	36%
PRIVADO	9	64%
INICIOU NO SUS E MIGROU PARA ASSISTÊNCIA PARTICULAR *Incluídos no total do Pré-Natal realizado no setor privado n=9	2	14%
PRIMIGESTA	10	72%
MULTIGESTA	4	28%
Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL		
<6	1	7%
7 A 10	6	43%
>10	7	50%
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL		
MÉDICO (A)	14	100%
ENFERMEIRO (A)	0	0%
AMBOS	0	0%
VIA DE PARTO		
CESARÉA	12	86%
VAGINAL	2	14%
IDADE GESTACIONAL NO MOMENTO DO PARTO		
36 SEMANAS	1	7%
37 SEMANAS	3	22%

38 SEMANAS	6	43%
39 SEMANAS	2	14%
40 SEMANAS OU MAIS	2	14%
LOCAL DO PARTO		
HOSPITAL	14	100%
PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO PARTO		
SIM	12	86%
NÃO	2	14%
ASSISTÊNCIA AO PARTO		
MÉDICO (A)	11	78%
ENFERMEIRO (A) OBSTETRA	0	0%
AMBOS	3	22%
COVID-19 NA GESTAÇÃO		
SIM	2	14%
NÃO	12	86%
TRIMESTRE DO DIAGNÓSTICO		
1º TRIMESTRE	1	7%
3º TRIMESTRE	1	7%

A análise de conteúdo dos discursos permitiu identificar quatro categorias de análise, descritas a seguir:

“Eu amo ser mãe, mas eu detestei gestar”: reflexos do medo e da sobrecarga psíquica do gestar na pandemia do Covid-19.

A caracterização da vivência da gestação na pandemia do Covid-19 esteve associada ao medo, preocupação e desespero. Esses sentimentos interrelacionados, de conotação negativa se encontram na apreensão e receio frente ao desconhecimento da doença, e as possibilidades de sua interferência, principalmente para o feto.

Estava morrendo de medo de pegar o Covid na gestação, por causa da sequela que a gente viu, até então, eu não conhecia a doença, né? (E1)

Eu fiquei meio assustada. Porque eu fiquei com medo de pegar Covid, passar por neném, de nascer com algum problema (V)

Foi assustadora viu. Eu fiquei com muito medo de acontecer alguma coisa com o bebê ainda dentro da barriga né (T1)

Foi apavorante, acho que a incerteza de não saber o que era a doença, o que ela causava, o que poderia vir a acontecer, foi muito difícil, muito desgastante mentalmente, psicologicamente (A)

Eu tive muito medo. Fiquei meio com receio, né, por conta da covid, muitos casos de pessoas que estavam transmitindo essa doença e por conta dele, tá gerando uma criança, pra mim, eu fiquei meio com receio de pegar e da minha criança nascer com ele também (T2)

Na vivência da gestação durante a pandemia, algumas especificidades como trabalhar em instituições de saúde e ter acesso direto aos desdobramentos de alta morbimortalidade da doença, bem como as informações vinculadas a mídia, contruíbuiam para intensificação dos sentimentos supracitados.

Desesperador, porque era novo, eu trabalhava no hospital, e a gente viu muita gente morrer ali dentro. Era o medo de pegar, era o medo de passar, o medo de nem saber como pegar direito, e o medo de toda mulher que engravida é perder o neném, então naquela situação era pior ainda. Tanto que quando eu lembro daquela época, eu falo, eu amo ser mãe, mas eu detestei gestar (J)

Nossa, foi assustador, eu lembro que teve um dia, estava eu e meu marido, a gente assistiu uma reportagem do fantástico que eles estavam cavando milhares de covas assim, pros corpos das pessoas que tinham morrido, numa cidade específica. E eu lembro que nesse dia eu não consegui dormir de tanto medo que eu senti. Medo de eu morrer, dele morrer, do meu marido morrer... então assim, foi assustador (C)

As mulheres experimentaram a ambiguidade de sentimentos, envolvidos no contraste de suas expectativas com a realidade, seja pelo planejamento de uma gestação que ocorreu em um contexto inesperado e desestabilizador, seja pela alegria de uma nova vida em meio a morte.

Foi uma loucura, porque ao mesmo tempo que o mundo estava acabando, um mundo estava começando e ao mesmo tempo era muita solidão, parecia que você nunca estava sozinha. Era morte e vida caminhando junto (B)

Eu fiquei muito apreensiva né, de estar vivendo algo que eu desejava, minha filha foi planejada, mas com incertezas. Ansiedade e medo de perder as pessoas. Quando eu penso em parir vem a apreensão de tirar alguém que está protegido dentro de mim pra esse mundão que o vírus pegava pelo ar (D)

Eu queria muito ser mãe e quando eu engravidei, não tinha a dimensão do que seria o Covid, então foi assim, bem angustiante (L2)

A nova organização social, caracterizada por restrições no convívio coletivo, como estratégia de contingência diante a pandemia do novocoronavírus, marjeou as narrativas analisadas, representando sentimentos de solidão e tristeza, minimização da rede de suporte e apoio emocional e privação no compartilhamento da gestação com pessoas significativas.

E o distanciamento da família também, porque teve uma época da quarentena, que a gente não podia ficar [junto]. E realmente a gente sente falta de ter um apoio mais familiar... É uma coisa mais solitária, uma coisa mais da gente (E)

Eu senti falta da minha família, né, porque assim, como eu tinha uma criança pequena, e chegou outra, eu tinha que me virar sozinha, eu não poderia contar com a minha mãe, com a minha irmã, com ninguém. Que todo mundo ficava isolado na sua casa, por causa da doença (V)

Eu lembro que teve coisas muito ruins né, os exames todos eu fiz tudo sozinha, então é muito solitário né, e aí o pai em casa falava no telefone, o acabei de sair eu ouvi o coração, as vezes filmava, gravava o áudio pro pai ouvir o coração em casa. E aí assim, a minha mãe voltou a trabalhar exatamente quando ela nasceu, então na época da gestação a minha mãe estava em casa também em home office, mas a gente não podia se ver (B)

O fato de não poder sair de casa, não poder socializar foi uma coisa que eu idealizei muito quando eu ficasse grávida, ter essa convivência, esse afeto, e é uma coisa que eu não pude, porque a covid atrapalhou (K)

A impossibilidade de realizar eventos culturais, de celebração da vida, se relacionaram ao rompimento de idealizações esperadas na vivência desse ciclo.

Eu não tive chá de bebê, nada dessas comemorações, desses encontros, eu não vi minhas amigas, quase ninguém me viu de barrigão sabe. Tirei fotos no finalzinho, só pra guardar mesmo (J).

Eu fiz um chá de bebê, e na época estava na moda aquela charreata e tal, e por conta que estava todo mundo com medo, eu não tive a presença de muitas pessoas da minha família, então eu acho que a covid atrapalhou um pouquinho. E eu fiquei muito

chateada, por mais que eu tenha pessoas muito especiais que estiveram lá, não estiveram todas. Então foi bem triste (C).

O chá, foi aquele charreata. Fiquei paradinha no portão e o pessoal foi passando de carro e aí na minha cabeça o que eu tinha idealizado quando eu descobri que estava grávida, não era assim né, seria com mais pessoas próximas a mim, mas foi o que deu (T1).

Mas foi complicado né, porque tipo era minha primeira gestação, a vontade de querer estar com os amigos, de querer compartilhar esse momento. Foi difícil pra comprar as coisas. Queria um chá de bebê, não podia, vamos fazer charreata. Então a gente preparou a frente da minha casa, o pessoal foi passando, então tinha amigas que choravam na hora que via, porque não me viam grávida entendeu (D).

Teve muitos lugares que eu queria fazer fotos e então tinha como ir porque tava com muita doença, né. Não tinha nem como sair, pra rua, pra falar a verdade (T2)

Mulheres multigestas, comparando as gestações antes e durante o Covid-19, estabeleceram limitações importantes no gestar durante a pandemia.

Eu queria ter feito aquelas fotos de grávida e eu não consegui fazer. Na primeira gestação o pai acompanhava em tudo, a minha mãe também me acompanhava, então eu nunca estava sozinha. E dessa gestação, eu sempre estava sozinha pra fazer tudo... Na primeira gravidez eu tenho o registro de tudo. E dessa aqui o que eu tenho, é só as fotos mesmo que eu tirei no celular. Não tinha como fazer mais nada (V)

Eu acho que a gestação na pandemia meio que tirou um pouco, a alegria da gestação, porque o meu primeiro, eu fazia ultrassom, aí eu levava a família pra ver o ultrassom, eu fiz ultrassom 3D duas vezes, então era tudo lindo, o outro não podia entrar ninguém, ninguém podia ir junto. Perdeu aquele encanto daquele momento feliz de estar todo mundo esperando e ansioso e tudo mais. Eu não fiz fotos, eu fiz uma sessão de fotos só, no primeiro teve várias fotos mês a mês (A)

E a diferença era que tudo era um evento né, vai na consulta leva a família inteira, vai no médico leva a família inteira, então as pessoas participaram mais né, então pra mim acho que foi bem parecido, porque estava vivendo ali a gestação, mas as pessoas se sentiram mais incluídas. Então acho que foi uma maternidade que eu me senti mais amada assim, o mundo não era só eu e o bebê (B)

Outra mulher, que no momento da entrevista, estava grávida pela segunda vez, relatou a diferença entre as gestações.

A experiência, a tranquilidade. Acho que eu estou bem mais tranquila em relação a essa gestação. Eu tenho medo do parto cesárea, mas eu tenho certeza que eu não vou ter nada, não vou passar nada pra ele. Se eu pegar COVID, eu sei que eu não vou morrer por causa disso. Eu estou vacinada, estou bem (E)

A intersecção dos sentimentos vivenciados e das limitações impostas pelo contexto pandêmico impactaram até mesmo no desejo de outras gestações.

Foi também muito solitário, eu chorava muito... fica o medo de gestar e parir de novo, mesmo que não seja na pandemia (J)

Apenas duas mulheres entrevistadas contraíram a doença durante a gestação. Enquanto uma expressou a negação inicial em relação ao vírus, com posterior potencialização do medo e culpa diante o diagnóstico na gravidez, a outra referiu, que mesmo preocupada, conseguiu vivenciar com tranquilidade a situação.

Eu que não me cuidava, eu fui bem... eu não acreditava muito no seu negócio de COVID... Eu me senti a pior pessoa do mundo, porque eu me senti responsável, eu fiquei com medo da nenê nascer com defeito e eu comecei a me preparar pro pior (H).

Agora a preocupação né, eu tive covid no primeiro trimestre... o único sintoma que eu tive foi dor de cabeça... ao mesmo tempo que eu tinha um pouco de medo porque já tinha perdido meu sogro, eu estava tranquila, acho que eu estava bem emocionalmente, então eu consegui lidar bem (L2).

Uma delas, referiu ainda, como informações falsas eram disseminadas, e tornavam ainda mais difícil passar por este momento. Nesse caso, a entrevistada, acreditou que a gestação seria interrompida precocemente, decorrente o vírus, porém recebeu tranquilizadoras orientações da equipe em saúde.

Porque todo mundo pregava que, suponhamos, que se eu pegasse o vírus, eu tinha que tirar o bebê... Eu fui muito assessorada... A gente só tira o bebê, se realmente a mãe tiver que ser intubada. Se tiver que ficar lá na UTI. É diferente, no seu caso não (H).

A potencialidade do acolhimento na saúde: a assistência pré-natal e ao parto na pandemia do COVID-19

Em relação à assistência em saúde no período gravídico, as mulheres referiram positivas experiências, que incluíram majoritariamente o acolhimento por parte da equipe em saúde.

Eu me senti muito acolhida quando eu fiz o meu pré-natal, porque eu não sei se é porque eu fiz particular, eu tive acesso a todas as informações, eu tive acesso acompanhante nas minhas consultas. Todas as minhas consultas foram presenciais, todas os horários que eu quis, foi tudo maravilhoso (E)

Eu fiz os meus atendimentos lá na Casa Rosa, a doutora tratava a gente super bem, aquela moçinha, que fica lá na frente, ela também me tratou super bem, no começo ela me deu bastante apoio, porque eu peguei até depressão (L1)

Eles [profissionais de saúde] foram assim muito cuidadosos, com tudo, desde o início, tanto na gestação, tanto no pós parto (C).

Uma das mulheres ressaltou como o acesso a recursos assistências, no tangente a consultórios e maternidades estruturados e solicitação de exames laboratoriais e de imagem, contribuiu para sentir-se segura em relação ao atendimento em saúde.

Então eu tentei médico aqui, não me encaixaram, aqui tem poucos médicos, os que fazem pré natal. E ai me indicaram esse médico de Araras que atendia pela Unimed. E eu fui e eu adorei ele porque, além dele ser pelo convênio, lá o hospital da Unimed era muito bom, aqui, no hospital da unidade, é um hospital pequeno, tem menos recurso. Lá era um hospital maior, já fazia os exames lá dentro do hospital mesmo e o medico também tinha também o equipamento de ultrassom no consultório. Então toda consulta, a gente fechou um pacote, toda consulta ele já fazia o ultrassom ali, ouvia o coraçãozinho né, então isso passava uma segurança pra mim muito grande. Ele pedia muitos exames, o que muitas vezes os médicos daqui, a gente nem ouve falar sabe. Então eu acho que tudo isso fez eu ficar mais tranquila, mas segura. A única coisa era a viagem né, que eram uns 40 minutos toda consulta, 40 minutos pra ir, 40 minutos para voltar. Meu marido ia junto. Ele entrava, participava de todas (L2)

Apenas duas mulheres referiram lacunas no atendimento ao pré-natal, seja pela falta de profissionais médicos ou pelo desestímulo por parte da equipe que as gestantes procurassem os serviços de saúde, que nesse caso, apareceu de forma contrastante quando busca pela maternidade.

Não foi muito bom não [o atendimento pré-natal], porque não ia muito medico lá e assim... de vez em quando, não era todo dia (P).

[Os atendimentos durante a gestação] foram bem ruins, as pessoas queriam evitar que a gente fosse tanto no médico, eu achei bem relapso. Quando eu ia na maternidade, lá eu era muito bem acolhida, me ajudavam e me davam um norte, principalmente pela enfermagem, todas as vezes que eu fui, elas me prestaram muita assistência. Eu falo que faz muita diferença pra gente, nesse momento, porque é um momento assim que a gente está muito fragilizado, um momento que você tem mil e uma dúvidas (J).

A permissão do acompanhante nas consultas e exames de pré-natal foi amplamente valorizada, enquanto sua restrição gerou decepção e tristeza.

Então, o meu marido me acompanhou em os ultrassons, todos os exames. Ele pôde ir comigo, pode entrar comigo. Isso é bem legal (E)

Só no parto que eles deixaram ir acompanhante, mas nas consultas não. Eu só achei estranho só nos ultrassons né, que o pai queria estar presente e não podia. Aí eu tinha que entrar sozinha e levava para ele só as fotinhas, aí ele via a criança só pelas fotos (V)

Ninguém podia levar acompanhante [nas consultas]. Eu ia sozinha. Era ruim, porque o que eu queria, por exemplo, minha mãe, junto comigo, não podia nem minha mãe, nem minha irmã, nem ninguém, só eu (T2)

Dois entrevistadas que perpassaram em atendimentos tanto em serviços públicos quanto privados, ressaltaram positivamente o cuidado fornecido pelo Serviço Único de Saúde (SUS).

Eu fui no hospital [SUS] e tive o maior cuidado do enfermeiro, o maior cuidado do mundo. Aí eu falei que tinha convênio. Mas aqui, também eu fui muito, super bem atendida... A equipe estava toda em cima de mim. O médico também. Eu não tenho o que falar. O mesmo cuidado, o mesmo carinho que eu estava recebendo, o tempo todo. Desde as meninas da recepção, até o método lá dentro do consultório (H).

Logo que eu descobri a gravidez eu fui atrás já pra marcar no convênio, mas não tinha horário com a médica. Aí eu dei início pelo SUS, no posto aqui perto de casa. Fui muito bem atendida, fui muito bem tratada. Aí surgiu uma oportunidade de eu passar

com a médica, teve uma desistência, aí eu migrei pro convênio. Mas assim, acho eu que seria muito bom no SUS também. Eu não tive diferença de tratamento não (T1)

Já em relação ao parto, as mulheres entrevistadas, referiram boas experiências relacionadas, sobretudo, a presença de acompanhante e atuação da equipe de saúde.

A experiência de parto cesárea foi boa, tive todo cuidado, meu esposo foi comigo o tempo todo, no meu preparo, no parto (E)

Não tenho nada negativo, só vem coisas boas. Porque foi tudo muito tranquilo, me acolheram muito bem, o médico, as enfermeiras, o hospital, atendimento né, e por ser um momento difícil eles tiveram muito cuidado, foram muito atenciosos. Uma outra enfermeira tirou um monte de foto, que a gente não podia né, contratar esses planos pra tirar foto (L2)

Eu só tenho elogios, pra mim foi incrível, sensacional. As enfermeiras eram muito carinhosas, até pelo fato de a gente não ter ninguém pra visitar e tal, então elas iam, elas tinham paciência de conversar e explicar (A)

Embora, o discurso inicial tenha sido positivo, alguns fatores ao longo da narrativa, como a falta de contato pele a pele com o bebê após o nascimento e a ausência de médico na maternidade, interferiram na satisfação em relação a esta experiência.

Sim, a única coisa ruim também, na época de pandemia, estava nascendo muita criança né, e a sala de pediatria, a enfermagem estava muito lotada, eu senti falta do contato mãe e bebê, eu fiquei na sala de observação sozinha, demoraram mais de uma hora para trazer ela pra mim. Aí ele [marido] ficou entre mim e ela, falo um pouco com ela, porque ele também não podia ter acesso, pelo perigo de contaminação de outras crianças que estava acabando de nascer, então eu não consegui amamentar, eu imagino que isso também foi influente para a minha filha, ela não teve contato, pele a pele comigo, acho que a maior parte, ela ficou longe de mim (E)

Quando ele nasceu eu não vi ele, porque quando ele nasceu, ele não chorou. Aí elas tiveram que levar para outra salinha, para ver se conseguia fazer chorar, que ela estava batendo na bundinha dele e ele não chorou (L1)

No hospital, não tinha médico. Eu tive que esperar o médico chegar com dor. Ele demorou, acho que mais de meia hora pro médico chegar (P)

Parte das mulheres referiu o uso da máscara, durante o parto, como desconfortável, e associado à falta de ar.

Ah, era meio chato, né, com negócio assim na cara. A gente não consegue nem respirar direito. É ruim. E é estranho, era estranho ver a equipe toda com máscara (L1).

Incomodou um pouquinho, teve um pouquinho de falta de ar, teve hora que eu tirava [a máscara] um pouquinho e voltava de novo (P).

A máscara meio que sufocava a gente, era uma coisa que você precisava usar, e não era confortável. E as vezes se a gente esquecia, meu Deus e se eu passei alguma coisa pra ele? (A).

Duas entrevistadas relataram, que a pessoa que as acompanhava durante a internação para o parto, não pôde estar presente na sala intraparto, podendo visualizar o nascimento à distância, por uma janela de vidro ou ter que esperar no quarto de internação.

Não, não entrou na cesárea. Assistiu do vidrinho assim na porta, que tinha o vidrinho na porta. Ela foi só até a sala do parto. A gente até tentou insistir, mas aí os médicos, falou assim não, mas não podemos por causa da pandemia... eles não deixaram, aí ela assistiu lá na porta (L1).

Não tive acompanhante no trabalho de parto, não. Só teve as enfermeiras mesmo. Ela [acompanhante] tava no quarto. E ela viu que tava demorando muito pra nascer. Ela foi lá onde eu tava no trabalho de parto. Ficou falando assim pro médico, por que ela está demorando, porque o bebê tá demorando pra nascer? Ai o médico falou que tava demorando porque ele nasceu laçado. Eu tive sozinha, só com enfermeira e médico (P).

Da estranheza do parto vaginal à conveniência: a cultura da produção de cesarianas.

Percebe-se, que a força da cesárea esteve presente nos discursos, seja por parte de crenças da própria mulher, ou de posicionamentos dos profissionais de saúde. Abaixo, encontram-se depoimentos que emergem do receio destas em relação ao parto normal, seja por vivências prévias ou por imagens sociais interiorizadas sobre a representação do parto vaginal.

Quando eu cheguei lá, eu vi o era o parto humanizado, eu já sofri tanto no outro, nunca que eu ia querer (H)

Eu queria cesárea, porque eu vi um parto normal de muito sofrimento uma vez, e aquilo não saiu da minha cabeça. Aí o doutor falava assim pra mim, vai ser normal, vai ser normal eu tenho certeza que você consegue. Mas assim, quando eu fui na consulta, com 37 semanas, como ele fazia ultrassom na consulta, ele viu que o meu líquido estava baixo e ele falou vai pra casa, já entra em jejum, faz sua mala e volta pra internar porque a gente vai precisar fazer sua cesárea (J)

Eu tinha pavor do parto normal, a primeira coisa que eu falei quando eu engravidei, eu lembro até hoje, doutora eu só tenho uma coisa a te pedir, eu não vou fazer parto normal, eu quero cesárea (A)

Outros depoimentos, por sua vez, refletem a convênencia do parto cesariana, mesmo sem indicação clínica, para ambas as partes, onde, por parte dos profissionais de saúde, há um padrão comportamental de imediato consentimento à cesárea, sem mínimo esforço de argumentação, pela primazia da via de parto vaginal.

Quando tinha completado nove meses, ele fez um exame de toque e falou não dilatou nenhum dedo, vai ter que ter cesárea, aí foi cesárea (L1)

Então eu até cheguei a pensar no parto normal, mas eu tive hemorroida. O medico falou, olha tá prontinha pra nascer, se você quiser esperar algum sinal, fica à vontade, a gente costuma esperar até a quadragésima primeira semana, mas se você quiser fazer cesárea, eu costumo fazer de segunda e de quarta feira, que são os dois dias que eu mais faço cesárea, que são os dias que ele estava no hospital. Aí você pensa se você vai esperar algum sinal, o que você prefere, sua escolha, se você preferir o normal, vai ser o que você quiser. E aí você decidindo, você entra em contato com as enfermeiras. Como eu já estava muito inchada, meu rosto, meu lábio, meu nariz, tava muito inchado, tava muito calor né, e já estava difícil pra andar, pra dormir, pra tudo, aí eu resolvi fazer a cesárea (L2)

No início eu queria ter o parto natural e tipo assim há uma cultura aqui no município de que nunca ela ia deixar [o parto normal], mas, ela me respeitou o tempo todo. A cesárea veio porque uma semana antes da minha filha nascer, meu sogro faleceu e aí eu comecei a ter crise de ansiedade. Ai eu tinha uma consulta marcada e falei pra ela que queria cesárea, ela falou, você não queria o parto natural, eu falei não, mas eu estou

pronta hoje, quero que nasce hoje, então vai pro hospital, que eu tô indo. Até de certa forma se era isso que ela ia tentar mais pra frente eu já cedi. Eu estava com muita crise de ansiedade, pelo luto, pela tristeza, por tudo (D).

“Eu queria, mas não consegui”: o desencontro entre o desejo e o desfecho, na escolha do parto vaginal.

Todas as mulheres entrevistadas, que relataram o desejo do parto normal, ou tiveram o desfecho do parto cesárea ou experiências não exitosas durante sua vivência.

Eu queria o parto normal, porque assim eu tinha muito medo, porque eu nunca fiz cirurgia, eu nunca fiquei internada, nunca precisei ficar no hospital por muito tempo, eu tinha muito medo da cesárea, então eu preferia parto normal. Mas eu não tive dilatação, eu não senti dor, não tive nada disso e eu cheguei a ir no hospital com dor no pé da barriga, mas eles disseram que não iria nascer, aí eu parei de sentir dor, não sentia nada, absolutamente nada, eu fiquei muito assustada e voltei no posto de saúde que a gente tem aqui perto de casa, e aí ele me encaminhou pra cesárea porque ele não estava encaixado pra nascer, ele estava sentado. Só que eu estava de 42 semanas e 3 dias (C)

Eu queria que fosse parto normal, mas não consegui. Eu esperei, começou as contrações fui pro hospital, me mandaram para maternidade, fizeram exame de toque, aí falaram, não mãe, ainda não vai dar e me mandaram de volta para casa. Chegou uma hora que não estava mais aguentando, voltei pro hospital, e aí a médica me perguntou se eu queria parto cesárea ou parto normal, aí eu falei, não, quero parto normal e tudo, vamos tentando. Aí eu fiquei caminhando, andando de um lado pro outro no hospital, bola de pilates, banho quente, tudo, com uma dor horrível de contração. A médica foi fazendo os exames de toque durante o dia, aí chegou um momento que ela falou, olha você está muito cansada, não tem dilatação, a gente já tentou aqui, você já fez, já caminhou, inseriram aquele comprimidinho também para tentar dilatar, aí ela perguntou vamos fazer a cesárea, a então vamos, porque eu não estava mais aguentando de dor. Ele nasceu com a cabeça um pouco afuniladinha, porque tentou sair, mas não conseguiu tadinho (T1)

Quanto às vivências da concretização ou tentativa do parto normal, apresentam-se a seguir, dois relatos impactantes. Justifica-se aqui o uso dos depoimentos em sua íntegra, por se tratarem de relatos profundos e de grande valor subjetivo, pertinentes na abordagem qualitativa adotada, que atribui valor e significado igualitário naquilo que é particular e único, pois constitui a condição de existir. O primeiro se refere a uma mulher que vivenciou o parto vaginal, porém, experienciou diversas situações de desrespeito e violência obstétrica.

É um trabalho que a gente fez sozinha sabe, ninguém ajudou e não teve nenhuma pessoa pra segurar minha mão, porque enquanto eu estava lá, estavam mandando meu marido assinar papel e aí elas me deixaram sozinha, e eu sinto assim que foi o maior dia da minha vida, de longe, foi uma coisa assim, que eu encho a boca pra falar, eu acho que eu sou incrível. Mas quando eu penso na equipe médica, quando eu penso na assistência, teve algumas coisas que tipo assim, são muito bonitinhas no instagram, a gold hour por exemplo, eu não tive, porque eu fui pra sala e parece que foi de pirraça, na semana que eu tive minha filha ela fez uma postagem sobre a golden hour, então assim na rede social tudo era lindo, então eu acho que eu comprei uma história de que tudo ia ser lindo também, e foi lindo porque eu e a minha filha fizemos o que tinha que fazer, mas ela, foi totalmente coadjuvante, e se ela não tivesse ido ela não teria feito falta e ela na verdade assim, até me irritou um pouco porque, quando ela chegou ela começou a conversar a enfermeira sobre o piso da casa dela que ela estava trocando e depois, uma certa hora ela falou que não era pra eu vocalizar, que a força não era na garganta, que a força era no períneo, e aí ela pôs o dedo assim com tudo e cutucou, a força é aqui, e eu pari na posição mais tradicional, hoje eu penso que eu poderia ter ficado em qualquer outra posição, em nenhum momento ela perguntou, você quer virar, você quer ficar assim (B)

Eu não quis saber o sexo da minha filha, eu pari né minha filha, ela me entregou minha filha e em segundos ela puxou de volta, abriu a perna da minha filha e gritou é menina e gritou pra todo mundo e aí virou uma gritaria dentro da sala de parto, uhul, eeh, e eu assim na sala de parto com os braços esticados, assim esperando ela devolver a minha filha. A médica omitiu algumas coisas, que depois eu tive que ficar buscando, perguntando, ela não me explicava direito e tal, depois essa parte dela falar o sexo pra todo mundo, esse bando de gente que estava no meu parto também não sei o que estava fazendo lá, ela fazendo essas intervenções que me irritaram, mas do que me ajudaram. Tanto que eu mandei uma mensagem pra ela na madrugada, falando assim, eu tô com muita dor nas costas, ela falou se conforme, é a dor do terceiro trimestre, vai ser assim até você parir, mas em

nenhum momento ela perguntou, a dor vai e volta, e aí eu baixei um aplicativo pra cronometrar as contrações, então assim eu senti que foi um trabalho meio sozinho (B)

Percebe-se, ainda neste caso, que o papel reprodutivo da mulher, como identidade principal, e sua responsabilização no bem-estar fetal, é manifesta na reposta da médica, durante a consulta puerperal, diante o questionamento, da laceração perineal durante o parto.

Eu tive laceração, mas eu só soube que eu tive, porque a minha hemorragia não cessava no pós-parto, e ela (médica) fez um encaminhamento pra outro médico, e na carta ela escreve que eu tive laceração dois, aquela natural, não a que faz o pique. Ela deu ponto, e assim é uma coisa do meu parto que eu não tive muito acesso. Depois eu até pedi o prontuário, pra tentar entender, porque ela falava assim, depois que eu fui na pós consulta, no pós parto, eu perguntava sobre isso da laceração, ela falava, isso é bobagem, isso não é importante você saber, o importante é sua filha estar aqui (B)

O segundo relato, por sua vez, expressa a complexidade emocional que envolve uma tentativa frustrada da vivência do parto vaginal, com influência até mesmo no desejo de uma nova gestação.

A experiência foi tão traumática que eu não tenho a vontade de ter outro, eu sempre tive o sonho do normal, só que tipo assim, a médica que eu peguei, ela falou assim, pode ficar tranquila que você vai ter a melhor experiência possível, você vai chegar aqui, as enfermeiras vão te acolher e aí tem a bola, pra você ficar na bola e aí ela vai ensinar seu marido a fazer uma massagem com o óleo, tem a banheira, e eu vou estar aqui também. Nossa fiquei super animada, porque é diferente quando você tem um acolhimento e um apoio neste momento. Porém, não teve apoio, me deixaram na sala sozinha, com o meu marido e sumiram. Meu primeiro parto, sem saber de nada, sem entender nada, morrendo de dor. Aí, mas é assim mesmo, mãezinha, vai pro chuveiro que alivia. A minha médica não apareceu. Aí eu lembro que quando foi umas quatro da manhã, eu falei pra ele, eu não aguento mais, eu tô cansada, não tenho mais forças, tô com muita dor. E aí na cesárea eu já fui pra sala frustrada, sai do parto frustrada, muito decepcionada, muito triste, muito chateada, muito cansada. Não teve bola, não teve óleo, não teve ensinando a massagem, não teve nada. Não teve orientação nenhuma. A única coisa, a fica debaixo do chuveiro, eu não aguentava mais ficar debaixo do chuveiro. Eu me senti muito largada, porque a médica me vendeu um parto ali que no momento não aconteceu, então eu me senti abandonada, aí

acabou que eu não aguentei, fui pra cesárea, eu estava cansada, com muita dor, não evoluía, porque eu não tive apoio de ninguém, nem da médica, da enfermeira, a médica só apareceu na hora que eu disse que eu queria fazer cesárea, ela nem foi pro hospital. Eu acabei tendo depressão pós parto, então foi muito complicado por causa disso (K).

Por fim, essa mesma entrevista nega a rotineira abordagem da temática do parto vaginal durante o pré-natal, e expressa comentários desestimuladores por parte da médica responsável pelo atendimento.

Na verdade, eu vou ser bem sincera, não conversávamos sobre isso. Eu procurei ela principalmente porque eu ouvi de outras pessoas que ela fazia muito parto normal, porque normalmente quando a gente tem essa ideia de parto normal, a gente não vai atrás de médico cesarista. A primeira vez que a gente conversou, acho que foi a única vez que a gente falou sobre o parto em si, foi na primeira consulta, e talvez ali nas últimas, que eu cheguei a perguntar alguma coisa sobre. Aí o meu marido ainda falou assim, ela quer ter normal e se Deus me livre e guarde e se no meio do caminho essa criança nasce dentro do carro. Ainda ela virou e falou, imagina, o parto dela não vai ser fácil não, aí eu falei nossa doutora, é, você é sedentária, você não sei o que, não vai ser um parto fácil (K)

Do home office aos ambientes puerperais privativos: o outro lado da pandemia

Durante a pandemia do Covid-19, a possibilidade de trabalhar em ambiente domiciliar, ou o afastamento do trabalho decorrente a gravidez no período, foram tidas como experiências positivas.

Por um lado, eu trabalhava em casa né, com as aulas online, então foi menos cansativo, tinha horário de aula reduzido, dava pra eu descansar no meio do dia um tempo maior, dava pra eu fazer as coisas mais no meu tempo, então foi bem tranquilo assim, nesse sentido (L2)

Eu acho que gravidez nesse período, ela me alienou um pouco sabe, porque eu tava vivendo tanto aquele universo da gestação, que eu só lembrava que tinha uma pandemia quando eu ligava a TV. Foi bom pra mim o home office, foi um momento de muita calma, então eu curti muito a minha gestação, eu conseguia fazer meus horários, eu fazia exercícios em casa, se eu quisesse dormir eu dormia o dia todo, então não tinha uma ansiedade de viver a vida e ao mesmo tempo estar gestando, era como se o mundo tivesse parado para eu gestar (B)

Eu me preparei muito na gestação. Nesse ponto a pandemia me deu mais tempo pra fazer essas coisas. Eu tive mais tempo, eu ganhei livros, as amigas passavam entregavam livros na porta da minha casa porque sabia que eu estava vivendo cem por cento aquilo (D)

Ficar em casa foi muito bom. Foi um momento de descanso, foi um momento muito bom. Meu esposo, que estava desempregado na época, a gente ficou mais unido como casal (E)

Ademais, a impossibilidade de receber visitas no puerpério imediato, em ambiente hospitalar, também foram tidas como benéficas.

Olha como eu estava com muito medo, eu não senti falta das visitas, então o medo que eu tinha de ele sair da maternidade com alguma coisa. E eu acho que também foi muito importante, porque foi um momento ali, entre eu, meu marido e o bebê sabe, então estar ali, mesmo que isolado, mesmo que na pandemia no seu auge, a gente ali dentro de um ambiente que estava seguro foi um momento pra mim que embora fosse assustador por conta da doença, foi muito especial, por conta do cuidado que o hospital teve (C)

É um momento muito familiar. Eu gostei de não ter visitas, então eu fiquei num quarto com uma pessoa, então fiquei eu, meu esposo, ela o esposo e as crianças, não teve aquela muvuca. Então foi bom, eu gostei (E)

5. Discussão

Nas imagens construídas em relação à vivência de gestar na pandemia do COVID-19 nota-se uma descontinuidade, das expectativas relacionadas ao período gravídico, onde a realidade se desvia do idealizado e é preenchida pela transição de sentimentos, antes em sua maioria, positivos, e então, com predomínio do medo, preocupação, tristeza, solidão e decepção. A intensidade dessas emoções, embora se diferenciem em profundidade, e conseqüentemente resultem diferentes respostas emocionais das mulheres, a depender de seus recursos internos e contextos de vida, estiveram presentes em todos os discursos analisados, estruturando uma simbologia compartilhada dos impactos da pandemia na vivência da gestação, que se sobrepõem as distinções de suas características socioeconômicas e grupos de pertencimento.

Parece ser uníssono que, o sofrimento emocional experimentado, vem inerente à nova organização coletiva contingencial à pandemia, na condição de delimitações e

restrições sociais, impostas universalmente. Nota-se, portanto, que na sociedade ocidental, a gestação, a despeito das gravidezes indesejadas, corresponde uma imersão em expectativas de pertencimento, comemoração e partilha, e tais elementos sofreram impacto direto pelo coronavírus (Mortazavi; Ghardashi, 2021; Riley et al., 2021). Como, por sua vez, esta estruturação social esteve presente, em maior ou menor dimensão, em todos os contextos de vida, geraram significações comuns e complementares.

A força dessas imagens interrelaciona-se também, a comparações negativas com gestações fora do período pandêmico, e em mulheres primigestas, com a recusa de vivenciar uma nova gestação, mesmo que em outro contexto, o que resultaria na lembrança de todo sofrimento previamente experimentado. Isso demonstra a profundidade de tais mudanças na construção da identidade da mulher e na subjetividade de gestar.

Por outro lado, particularidades comuns no enfrentamento à pandemia, resultaram em experiências convergentes, como evidenciado na imagem positiva que acompanhou a possibilidade de trabalhar em casa, durante o período. Essa condição peculiar e secundária, emerge, sobretudo, de um grupo específico que compõe a amostra, relacionados a profissão de algumas mulheres entrevistadas, que atuam como professoras, nos diferentes níveis educacionais. Parece haver uma consonância de que esta nova organização laboral potencializou a sensação de segurança e imersão na gestação, pois, permitiu que estas, ao estarem menos envolvidas nas atividades rotineiras do trabalho, tivessem mais tempo para si e para o autocuidado (Goyal; Han; Feldman-Schwartz, 2022).

Tais achados empíricos, analisados junto ao mapeamento sistemático previamente conduzido, parecem inferir que as mulheres aqui entrevistadas, compartilham imagens e significações com diferentes grupos de mulheres, em distintas localidades e condições sociais, exemplificados pela repetição de predomínio do sofrimento psíquico na gravidez, o contraste negativo de comparações entre as gestações antes e durante o contexto pandêmico e a positividade das novas formas de trabalho estabelecidas.

Já a vivência do parto, durante a pandemia do novo coronavírus, revisita desafios pré-existent e persistentes ao contexto vivenciado, coroando a supremacia da produção de cesáreas e da assistência ao parto, que esgota a autonomia das mulheres, no domínio de seus corpos e processos de vida (Ladeira; Borges, 2022). Nos discursos

analisados, ao mesmo tempo em que, parte das entrevistadas, fortalece a percepção de anormalidade e estranheza ao parto vaginal, a outra, alimenta significativa expectativa em sua vivência. Os desfechos, desse segundo grupo, por sua vez, a saber, o parto cesárea, ou o parto vaginal associado à uma vivência não exitosa, estabelecem a dicotomia entre a escolha e concretização da via de nascimento, e a privação do direito de existir, com qualidade, integralidade e respeito.

Na retroalimentação de sistemas, este ciclo de desfechos frustrados, tem papel determinante na perpetuação da significação da anormalidade do parto vaginal, que pode ser entendida tanto na conformação da incapacidade fisiológica da mulher no parir, evidenciados por discursos como “eu queria, mas não consegui”, mas também pelo contraste de se sentir surpreendentemente empoderada na vivência do parto por esta via. As duas imagens, se encontram na centralidade socialmente instituída, da cesárea como escolha mais segura, assertiva e conveniente para ambas as partes, seja pelos profissionais envolvidos na sua assistência, ou até mesmo das mulheres e seus contextos de vida, que são, por sua vez, influenciados pelas visões de mundo de seus espaços de pertencimento, das mídias e veículos de informação (Cardoso; Barbosa, 2012).

Assim, a relação cruzada entre a imagem supracitada e a cultura da cesárea, deve ser entendida nas facetas que fomentam a edificação da sociedade, o que envolve, as relações de poderes e suas normatizações, a estratificação de saberes e valorização de atributos, a organização conceitual das instituições de saúde e seus modelos assistenciais e os sistemas econômicos emergentes e dominantes (Miranda; Amaral, 2024). No tangente à lógica capitalista e neoliberal, a cesárea representa, a oferta de um produto sujeito ao lucro, e conseqüentemente, a legitimação de um status quo, na possibilidade de consumo. Remete ainda, à garantia de escolha, em detrimento das evidências científicas, da via de parto mais oportuna, onde diante a modernidade e avanço científico, sentir dor ou ter que esperar o momento do trabalho de parto, torna-se incompatível a dinâmica de um coletivo movido pelo imediatismo.

A liberdade de tomada de decisão, associa-se a autonomia, e esta pressupõe o poder e controle diante os processos próprios de vida, o que também valida a hierarquização de um posicionamento social (Cardoso; Barbosa, 2012; Morais et al., 2022). Esses fatores, se confirmam no altíssimo índice de cesarianas, em detrimentos dos partos vaginais, no setor suplementar e privado, sustentado também pelos modelos biomédicos centrados e as correlações de forças que formam os sistemas de saúde, e que

perpassam os interesses socioeconômicos e as construções de gênero (Morais et al., 2022).

O poder, inerente a toda organização de vida, é relacional, ou seja, se constrói, consolida e se dissemina nas relações sociais. Ele se materializa no controle, que gerencia condutas e comportamentos, balizados por prévias normas e valores coletivos (López; Wermuth; Gomes, 2021). A assistência à mulher, nas diferentes fases de sua vida, mas, sobretudo, no gravídico-puerperal - que reacende o estereótipo de seu papel reprodutivo - se sujeita, portanto, às relações de poderes que procedem das construções de gênero do patriarcado. Portanto, a naturalização da objetivação dos corpos femininos e domínio de seus processos reprodutivos, se estendem à assistência em saúde, onde a centralidade biomédica fomenta a hierarquização de saberes e valorização da atenção tecnicista e intervencionista, demarcadas pelas inclinações mercantis dos sistemas de saúde, resultando na materialização do controle dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, por meio da cesárea (Miranda; Amaral, 2024).

Desse modo, há um paradoxo gritante aonde, ao mesmo tempo em que, a medicalização e a intervenção vêm sendo, inquestionavelmente, sinônimo de avanço científico e qualidade do cuidado - e em muitos casos, quando clinicamente indicadas, responsáveis pela redução das taxas de morbimortalidade materna e fetal -, atuam também como ferramentas de controle e legitimação das relações de poder entre os diferentes gêneros e os diferentes saberes, onde o seu uso indistinto e as motivações que o precedem, destinam a mulher a submissão, consciente, ou inconsciente, já que foi subordinada a esta realidade, à uma assistência em saúde, que esgota seu protagonismo e autonomia (Reis et al., 2017).

É intrigante pensar que a mulher, fisiologicamente capaz de parir, foi condicionada a acreditar o contrário, e que esta crença se consolida durante a assistência em saúde, seja por manifestações diretas ou camufladas de seus atores (Russo; Nucci; Coelho, 2024). Nos discursos analisados, tornou-se claro que a mulher não é preparada para o parto vaginal durante a gestação, uma vez que esta temática raramente é abordada durante os atendimentos de pré-natal, e quando ocorre vem acompanhada de comentários desestimuladores ou de conotação negativa. Várias vezes as mulheres referiram que os seus médicos obstetras as apoiavam em suas escolhas da via de parto, mas quase todas tiveram como desfecho a cesárea. Isso mostra que, isoladamente, a concordância diante um desejo expresso é insuficiente se não acompanhado da revisão de recursos internos e preparo das mulheres e sua rede de suporte, seja

cl clinicamente, fisicamente e emocionalmente para o parto. Só assim é possível respeitar sua autonomia e incentivar seu protagonismo, à medida que são construídos meios para que suas expectativas, aconteçam de forma exitosa.

A atuação residual dos profissionais de saúde, todavia, não deixa de ser uma resposta de manutenção de normativas e construções sociais, presente desde a formação acadêmica, na qual o despreparo da mulher, retroalimenta a produção de cesáreas e contribui pra vigência de negativas experiências que inviabilizam o desejo pelo parto vaginal, e fortalecem a escolha pela cesárea. Percebe-se também, que no recorte socioeconômico dessa pesquisa, as mulheres que não tiveram direito a acompanhante durante o parto, são de classes sociais marginalizadas, apresentando um ou mais condicionantes sociais relacionados a cor, nível de escolaridade, estado civil e idade. Isso demonstra a indissociação da manifestação do poder em grupos socialmente vulneráveis, que estão mais propensos a situações de opressão, controle e desvalorização de suas particularidades, resultando em rotineiras experiências não satisfatórias durante a assistência em saúde, bem como maior risco de serem submetidas a violência obstétrica.

Novamente, a análise dos estudos do mapeamento sistemático, fortalecem esses achados ao constatar que as mulheres, durante o parto na pandemia do COVID-19, sentiram-se predominante sozinhas, negligenciadas durante o cuidado, com a percepção de descontrole sobre os seus planos e restrição de suas escolhas, com necessidade constante de autodefesa e sensação de invisibilidade perante uma assistência impessoal e insuficiente. Reforça-se ainda que a presença normativa de atributos sociais das mulheres, foram determinantes ou não para a qualidade do cuidado oferecido.

No tangente ao diálogo das categorias de análise com a TRS, é preciso revisitar que esta, trata-se de uma rede de explicações que partem da vida cotidiana, do senso comum, construído no curso das comunicações interpessoais. As RS englobam um conjunto de fenômenos, quanto ao conceito e as teorias criadas para sua explicação. Assim, o objetivo da TRS é conhecer e compreender o modo como determinado grupo elabora e compartilha socialmente saberes que refletem sua identidade, e que por sua vez, são construídas sob as normas culturais de seus espaços de pertencimento e contexto sociohistórico (Jodelet, 2001).

A representação social é sempre a representação de alguma coisa. Para que um objeto ou fenômeno seja qualificável a representação, ele precisa ser ausente aos sujeitos e conferir significância para o grupo de identificação, tornando-se assim,

elegível a ser integrado no mundo consensual, onde o conhecimento partilhado se torna uma realidade concreta (Lara; Ogata; Machado, 2009; Charmon; Lacerda; Marcondes, 2017). Tanto a gestação como o parto durante a pandemia do covid-19, respondem a estes requisitos, uma vez que introduzem um novo contexto de vida, ou seja, representam aquilo que até então, não era pertencente à estruturação cognitiva de saberes pré-existentes. E ambos, sendo processos intrínsecos à natureza humana, geram um desvio dos referenciais habituais e do senso de continuidade, o que implica em conflito e, portanto, significância (Alves; Ogata; Pedro, 2009).

A elaboração de uma RS depende de dois processos contínuos e complementares, a ancoragem e objetivação. Na ancoragem, o grupo social convencionaliza um fenômeno, ou seja, transforma algo estranho em familiar. Para isso, o objeto de conflito é primeiramente nomeado e posteriormente inserido em uma categoria de conhecimento prévio, onde receberá elementos ali presentes e também acrescentará novos conceitos a esta organização cognitiva. Isso confere significado ao objeto, com base na estrutura conceitual anterior e nas tradições culturais e normativas do sujeito social (Moscovici, 2003, Charmon; Lacerda; Marcondes, 2017). A objetivação, por sua vez, transforma algo subjetivo em objetivo, e o externaliza ao mundo material. As imagens se tornam componentes de uma realidade à medida que desaparece a distinção entre o simbólico e o conceitual, e esse novo conhecimento se integra ao núcleo figurativo de um grupo social, que é o conjunto de ideias que traduzem sua existência (Jodelet, 2001).

Neste estudo, as mulheres entrevistadas representam a gestação no medo, solidão e tristeza, em um gestar sem brilho e alegria, solitário, com prejuízo da rede de apoio e suporte, bem como impossibilidade de partilha do momento vivenciado e recusa por uma nova gestação. Essa representação é elaborada, no recorte amostral, por diferentes fatores, que incluem a assimilação e disseminação de informações pela mídia, a vivência pessoal em relação à infecção, seja pelo diagnóstico, pela atuação profissional na área da saúde, no reflexo dos protocolos governamentais de contingência ao vírus, seja durante os atendimentos em saúde, em diálogo com as equipes assistenciais, e pelas experiências no próprio núcleo social, no adoecimento e morte de pessoas significativas.

Um estudo sobre as representações sociais de gestantes sobre a gravidez durante o pré-natal, conduzido em período anterior a pandemia do covid-19, apontou que as RS da gestação estiveram ancoradas na realização de um sonho, na benção divina e no

estado de mudanças físicas e psicológicas, objetivando-se, portanto, na maturidade e experiência pessoal, no crescimento da barriga, percepção dos movimentos fetais, na constituição de uma família e no planejamento do futuro (Silveira et al., 2014). Esses achados em contraste a significância que as mulheres deste estudo estabelecem entre as expectativas e experiências do gestar durante a pandemia e fora dela, bem como o compartilhamento desses sentimentos por incontáveis mulheres ao redor do mundo, como evidenciado pelo mapeamento sistemático da literatura, parecem inferir que a representação social da gestação durante a pandemia, nesta pesquisa, sofreu alteração em comparação a contextos anteriores, constituindo-se em um novo universo simbólico e consensual.

Já em relação ao parto, as representações sociais das mulheres deste estudo, foram cesárea, violência obstétrica e experiências não exitosas na vivência do parto vaginal, com o entendimento de que ser parturiente é experimentar um parto cirúrgico, vivenciar o conflito entre a escolha e concretização da via de parto ou ser submetida, em algum grau a violência obstétrica. Sua elaboração emana das crenças das mulheres, seja pelas suas próprias experiências ou pelos saberes que permeiam seus espaços de pertencimento, no entendimento da cesárea como forma de nascimento mais oportuna e conveniente, com importante influência da atuação das equipes assistenciais na legitimação e priverligiação dessa via de parto, o que alimenta também a representação da vivência do parto vaginal como indissociável a violência obstétrica e ao reducionismo da capacidade intrínseca e fisiológica da mulher no parir.

Estudos de RS sobre as vias de parto conduzidos em anos anteriores à pandemia, observaram que as mulheres ancoraram o parto normal na dificuldade, dor, incapacidade corporal e violência obstétrica, enquanto a cesárea foi ancorada na facilidade, rapidez, comodismo, ausência de sofrimento, cicatriz e passividade. A vivência do parto normal resultou no desejo pela cesárea em oportunidade futura (Velho; Santos; Collaço, 2014; Cavaler; Castro; Figueiredo; Araujo, 2018). E em uma das pesquisas, embora, todas as mulheres tenham vivenciado a cesárea, a maioria declarou preferência pelo parto normal (Velho; Santos; Collaço, 2014).

Tais estudos corroborando com a análise dos discursos das mulheres do grupo social investigado, tende a induzir que as representações sociais do parto parecem manter a força do universo reificado do parir prévio ao vírus. O universo reificado é aquele externo à elaboração do indivíduo, um conhecimento científico e validade (Charmon; Lacerda; Marcondes, 2017). Nesse sentido, se refere a reprodução das

normas e tradições de nascer no Brasil, com altas taxas de cesárea e seus desdobramentos no esgotamento da escolha pelo parto vaginal, ou de experiências positivas na sua concretização. De agravo, todavia, a infecção pelo novo coronavírus, permitiu às instituições, sistemas, modelos e trabalhadores de saúde, justificativas plausíveis e socialmente aceitas, de retrocesso aos direitos às mulheres, legitimados por discursos de segurança e prevenção ao vírus.

Portanto, as mulheres desse estudo, na estruturação da representação social da gestação e parto durante a pandemia do COVID-19, ancoram a vivência desses eventos, comparando-os com seus referenciais conceituais sobre a perinatalidade. Isso provoca um conflito de suas expectativas com a realidade. Assim, o gestar transiciona da alegria para o medo, da comunhão para a solidão e tristeza. Já a vivência do parto, mantém-se enraizado no universo reificado anterior à pandemia pelo novo coronavírus.

No tangente a organização das práticas em saúde na perinatalidade, os achados deste estudo inferem que a pandemia do COVID-19 escancarou as lacunas e mazelas que margeiam a assistência em saúde às pessoas que gestam. Em resposta ao fortalecimento do modelo biomédico centrado e da intensificação das desigualdades sociais, maior tornou-se a vulnerabilidade das mulheres a experiências assistenciais não exitosas neste período. Entende-se, por sua vez, que esse cenário, embora predominante antes da pandemia, foi desmascarado de uma vez por todas, agora diante um contexto ainda mais desafiador e de extrema necessidade de reestruturação social.

A Atenção Primária em saúde ficou ainda mais fragilizada, desconfigurando-se de seu papel transformador das práticas de cuidado e promotor à prevenção e educação em saúde (Pereira et al., 2023). A força dos sentimentos que representam a gestação e o parto para as mulheres durante a pandemia do COVID-19, e os discursos que se refletem no despreparo destas na vivência da perinatalidade, com destaque para o parto, associam-se a lacunas de construção de saberes e da orientação clara sobre a temática nos atendimentos de pré-natal. Ademais, em nenhum momento as mulheres fizeram qualquer tipo de alusão a grupos ou atividades educativas, indicando que estas já não faziam parte de suas vivências.

A condução do pré-natal exclusivamente por profissional médico, evidenciado por todas as mulheres entrevistadas, inclusive aquelas assistidas pelo SUS, e as desigualdades assistenciais vivenciadas por mulheres de grupos sociais marginalizados, contrasta as diversas políticas públicas de atenção à saúde da mulher gestante e parturiente, como a Rede Alyne, que dentre tantas premissas, se norteia na

reestruturação da atenção em saúde materno-infantil, no modelo de cuidado humanizado, integral e multidisciplinar, no fortalecimento da rede de atenção em saúde e no reconhecimento dos determinantes étnico-raciais e locais (Brasil, 2024).

A intensificação dos desafios que envolvem a assistência integral e satisfatória em saúde para as pessoas que gestam, necessita, portanto, da urgente retomada de discussões sobre a formação profissional dos trabalhadores de saúde, educação permanente e os modelos assistenciais que orientam as instituições de saúde e de ensino. Como já referido, estes referenciais respondem a interesses geopolíticos e econômicos dominantes, bem como as construções sociais normativas e de papéis sociais. Na formação em saúde não é diferente, e o processo de ensino-aprendizagem emana destas mesmas ideologias (Colares; Oliveira, 2019).

Recorrentemente, o processo de ensino-aprendizagem tem sido preenchido pela transmissão vazia de informações, sem estímulo a reflexão e criticidade. Manifesta-se em estruturas de rígida hierarquia e impessoalidade, onde saberes são categorizados e atribuíveis a níveis distintos de valorização. À medida que as diferenças subjetivas, os saberes empíricos, história e contexto de vida são ignorados, negligencia-se o reconhecimento da multidimensionalidade humana e perpetua-se a visão individualista e rasa de existir, o que implica na dificuldade em estabelecer um olhar holístico na prática assistencial e desconforto no trabalho multidisciplinar em saúde. O ensino do cuidado que deveria, antes de tudo, ser interiorizado pela sua vivência na formação profissional, resulta em mão de obra operacional e técnica, que nada questiona ou transforma, mas reproduz fidedignamente as relações de ensino na prática de atuação, materializada na assistência fragmentada, biologicista e limitada (Costa; Ogata, 2024).

Se a transformação do mundo exige primeiro a transformação das formas de apreensão desse mundo, é preciso revisitar os conceitos e interesses que regem o processo formativo e as metodologias utilizadas no processo de ensino aprendizagem (Freire, 2002), para que respondam eficazmente a uma sociedade que carece de mudanças duradouras e vivências compatíveis aos princípios do SUS, de universalidade, integralidade e equidade. Associado a isso, precisam ser instituídos mecanismos de supervisão e cumprimento de políticas públicas, visto que, o cenário nacional se articula com referenciais governamentais teoricamente potentes para reestruturação da assistência materno-infantil, mas que falham em sua aplicabilidade e concretização.

6. Considerações finais

A pandemia pelo vírus do COVID-19, representou um contexto de desequilíbrio e estranheza às organizações sociais vigentes, influenciado o modo de vida e os processos existenciais humanos. As representações sociais do parto, em relação ao período pré-pandêmico, sofreram transformações importantes, centralizando-se no medo, tristeza e solidão. Já as representações sociais do parto mantiveram-se alinhadas ao universo reificado prévio ao vírus, às tradições do nascer, onde ser parturiente é, em geral, ser submetida a uma cesárea ou sofrer algum grau de violência obstétrica, onde a pandemia do covid-19 intensificou fragilidades relacionadas à assistência em saúde e à satisfação da parturiente diante o cuidado recebido.

Assim, o grupo social de mulheres desta pesquisa, indicam que, a gestação na vivência da pandemia foi diferente do idealizado. O universo reificado da gravidez, tida como um momento mágico, um ritual de celebração, foi constituído no universo simbólico e consensual como uma experiência frustrada, se atribuindo assim a pandemia. Já o parto manteve a mesma representação social, elaborada antes do período pandêmico. Ou seja, a representação social da gestação e parto se constituíram em universos diferentes, respectivamente, simbólico e reificado.

A análise dessas representações se torna em conceitos importantes que possibilitam o entendimento da complexidade subjetiva e social de gestar e parir em um novo contexto de vida. À medida que estes fenômenos são tidos como componentes intrínsecos a estrutura identitária da mulher, e, portanto, complementares na definição do seu posicionamento no mundo, a valorização dessas significações coloca em relevo o reconhecimento de sua integralidade e corrobora para reflexões e discussões sobre as atuais práticas em saúde e suas relações com os diferentes momentos históricos, a fim de garantir um cuidado perinatal satisfatório com base nas expectativas e idealizações das mulheres nesse processo de existir. Traz a luz também oportunidades para reflexão sobre a formação profissional em saúde, educação permanente e construção, atualização e supervisão de políticas públicas comprometidas com a igualdade de gênero, assistência integral à mulher nos diferentes ciclos de sua vida, revistando, principalmente as tradições de nascer no Brasil, e estabelecendo estratégias de cuidado humanizadas e ampliadas diante contextos semelhantes a pandemia do covid-19.

Entre as principais limitações desse estudo aponta-se a condução da pesquisa empírica em apenas três municípios de pequeno porte, uma vez que a extensão da coleta

de dados poderia resultar na ocorrência de representações complementares e distintas, pela exploração de diferentes grupos sociais de mulheres, não atingidas nessa pesquisa.

7. Referências

ABU SABBAH, E.A.; EQYLAN, S.B.; AL-MAHARMA, D.Y.; THEKRALLAH, F. **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, 2018773, 2022.

AJAYI, K.V.; HARVEY, I.S.; PANJWANI, S.; UWAK, I.; GARNEY, W.; PAGE, R.L. **Narrative analysis of childbearing experiences during the covid-19 pandemic.** MCN Am J Matern Child Nurs, v.46, n.5, pp. 284–292, 2021.

AKGOR, U.; FADILOGLU, E.; OYAK, B.; UNAL, C.; CAGAN, M.; TEMIZ, B. E.; ERZENOGLU, B. E.; AK, S.; GULTEKIN, M.; OZYUNCU, O. **Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID- 19 pandemic.** Archives of Gynecology and Obstetrics, 2021.

AKHTER, S.; KUMKUM, F.A.; 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, 2021.

ALMEIDA, D.C.S.; DONADUZZI, D.S.S.; FETTERMANN, F.A.; CORTES, L.F.; SEHNEM, G.D. **Potencialidades e fragilidades relacionadas à participação do pai/parceiro no pré-natal na percepção de enfermeiras.** Research, Society and Development, v.9, n.8, e183985434, 2020.

ALVES, A.P.M.; OGATA, M.N.; PEDRO, W.J.A. **Breve análise deperiodicos da área de ciências da informação sobre as teorias de identidade e representações sociais.** Revista Uniara, v.12, n.2, pp. 243-260, 2009.

ARMSTRONG, R; HALL, B.J; DOYLE, J; WATERS, E. **Cochrane Update ‘Scoping the scope’ of a cochrane review.** Journal of Public Health, v.33, n.1, pp.147-150, 2011.

ASHBY, G.; RIGGAN, K.A.; HUANG, L.; TORBENSON, V.E.; LONG, M.E.; WICK, M.J.; ALLYSE, M.A.; RIVIERA-CHIAUZZI, E.Y. **“I had so many life-changing decisions I had to make without support”: a qualitative analysis of women’s pregnant and postpartum experiences during the COVID-19 pandemic.** BMC Pregnancy and Childbirth, v.22, p. 537, 2022.

ATMURI, K.; SARKARC, M.; OBUDUB, E.; KUMAR, A. **Perspectives of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study.** Women and Birth, v. 35, n.5, pp. 280-288, 2022.

AYDIN, R.; AKTAS, S. **An investigation of women's pregnancy experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study.** Int J Clin Pract, v.75, n.9, e14418, 2021.

AYDIN, E.; GLASGOW, K.A.; WEISS, S.M.; KHAN, Z.; AUSTIN, T.; JOHNSON, M.H.; BARLOW, J.; LLOYD-FOX, S. **Giving birth in a pandemic: women's birth experiences in England during COVID-19.** BMC Pregnancy Childbirth, v.22, n.1, p.304, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, Diário Oficial da União, 7 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 5.350, de 12 de Setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.** Brasília, Diário Oficial da União. 12 set. 2024.

BREMAN, R.B.; NEERLAND, C.; BRADLEY, D.; BURGESS, A.; BARR, E.; BURCHER, P. **Giving birth during the COVID-19 pandemic, perspectives from a sample of the United States birthing persons during the first wave: March-June 2020.** Birth v.48, n.4, pp. 524-533, 2021.

BUCKORNI, B.R.S.; GOMES, A. F. **A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração.** Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR. Umurama. V. 22, n.1, p 105-117, 2021.

BUTLER, Judith. **Vida precária: El poder del duelo y la violencia.** Buenos Aires, Paidós, 2006. In: Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2015.

CAMERON, E.S.; RAMOS, H.; ASTON, M.; KURI, M.; JACKSON, L. **"COVID affected us all:" the birth and postnatal health experiences of resettled Syrian refugee women during COVID-19 in Canada.** Reproductive health, v.18, n.1, p. 256, 2021.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. **O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, pp. 35-52, 2012.

CAVALCANTI, T.R.L.; HOLANDA, V.R. **Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sob a saúde da mulher.** Enferm foco (Brasília), v. 10, n.1, pp. 93-98, 2019.

CAVALER, C.; CASTRO, A.; FIGUEIREDO, R.C.; ARAÚJO, T. N. **Representações Sociais do Parto para Mulheres que foram parturientes.** ID on Line. Revista De Psicologia, v.12, n.41, pp. 977-990, 2018.

CIGARAN, R.G., BOTEZATU, R.; MÎNECAN, E.M.; GICA, C.; PANAITESCU, A.M.; PELTECU, G.; GICA, N. **The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnant Women.** Healthcare, v.9, n.725, pp.1-12, 2021.

CHAE, S.M.; KANG, H.S.; KIM, M. **Perinatal women's experiences of childbirth and parenting during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study.** Health Care for Women International. 2023.

CHAMON, E.M.Q.O.; LACERDA, P.G.; MARCONDES, N.A.V. **Um breve revisar de literatura sobre a Teoria das Representações Sociais.** Rev. Ens. Educ. Cienc. Human., Londrina, v. 18, n.4, p. 451-457, 2017.

CHERINET, A.; ABEBAYEHU, Z.; WUDINEH, A.; MOLLA, W.; SISAY, D.; NEGASSA, B.; MEBRATU, A.; GROSSAYE, A.; MELAKU, G.; MADORO, D. **Lesson Learned During a Pandemic: A Phenomenological Study of Pregnant Women's Experience in Resource-Limited Setting.** Journal of Multidisciplinary Healthcare. v. 17, pp. 325-337, 2024.

CHURCH, Anna Claire. **Women's experiences with solitary childbirth support in Ohio during COVID-19: Results from a qualitative study.** Perspectives on sexual and reproductive health, v.55, n.4, pp. 239-244, 2023.

COLACECI, S et al. **Experiências de Nascimento durante a Pandemia de COVID-19 na Itália e Espanha: Uma Análise Temática.** Internacional J. Meio Ambiente. Res. Saúde Pública, v. 19, n. 7488, 2022.

COLARES, K.T.P.; OLIVEIRA, W. **Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão.** Revista Sustinere, v. 6, n. 2, p. 300 -320, jan. 2019.

COSTA, Barbara Regina Lopes. **Bola de Neve Virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica.** Rev interdisciplinar de gestão social, v.7, n.1, 2018.

COSTA, K.B.; OGATA, M.N. **Contribuições da pedagogia Freireana na formação acadêmica de enfermeiros e transformação das práticas de cuidado.** Educação, Ciência e Cultura. Canoas, v. 29, n.3, 2024.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2010;3, Porto Alegre, Artmed, 296 p.

CRUZ-RAMOS, M.C.; RESURRECCIÓN, D.M.; HERNÁNDEZ-ALBÚJAR, Y.H. **Childbirth experience during the COVID-19 pandemic: A qualitative thematic analysis.** Midwifery, v.121, 103669, 2023.

DAHL, A.A.; YASA, F.N.; BUTTS, S.J.; TOLLEY, A.; HIRSCH, S.; LALGONDAR, P.; WILSON, K.S.; SHADE, L. **Contextualizing the experiences of Black pregnant women during the COVID-19 pandemic: 'It's been a lonely ride'.** Reproductive Health, v.20, p.124, 2023.

DEYOUNG, S.E.; MANGUM, M. **Pregnancy, birthing, and postpartum experiences during COVID-19 in the United States.** Front Sociol, v.6, 611212, 2021.

DOVE-MEDOWS, E.; DAVIS, J.; MCCRACKEN, L.; LEBO, L.; MISRA, D.P.; GIURGESCU, C.; KAVANAUGH, K. **A mixed methods study of experiences during**

pregnancy among black women during the covid-19 pandemic. J Perinat Neonatal Nurs, v.36, n.2, pp. 161-172, 2022.

DRAGANOVIC, S.; BOSANKIC, N.; RAMIC, J. **The Lived Experiences of Pregnancy and Motherhood in Bosnian Women During COVID-19 An Interpretative Phenomenological Analysis.** European Journal of Psychology Open, v.80, n.12, pp. 50-61, 2021.

DUFAILU, O.A.; AFRIYIE-ASANTE, A.; GYAN, B.; KWABENA; D.A.; YEBOAH, H.; NTIAKOH, F.; ASARE-WEREHENE, M. **COVID-19 in Africa: an ovarian victory?.** J Ovarian Res, v. 14, n. 1, p. 70, 2021.

ERI, T.S.; BLIX, E.; DOWNE, S.; VEDELER, C.; NILSEN, A.B.V. **Giving birth and becoming a parent during the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis of 806 women's responses to three open-ended questions in an online survey.** Midwifery, v.109, 103321, 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de relações internacionais em saúde-CRIS. **Resposta da Europa à COVID-19. Cenários diplomáticos, políticos, econômicos, de saúde e bem estar.** Informe n.32. Ministério da Saúde. 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS-JESUS, J.V et al. **Stigma, guilt and motherhood: Experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil.** Women and Birth. 2022; Women Birth, v.35, n.4, pp. 403-412, 2022.

FUMAGALLI, S.; ORNAGHI, S.; BORRELLI, S.; VERGANI, P.; NESPOLI, A. **The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy.** Women and Birth, v.35, pp. 242-253, 2022.

GODOY, Arilda Schimidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas, São Paulo. 1995 mar/abr;35(2):57-63.

GÓMEZ-LÓPEZ, M.E. et al. **The Emotional Experience of Mexican Women with SARS-CoV-2 during Pregnancy - A Qualitative Study.** Healthcare, v.11, n.20, 2785, 2023.

GOYAL, D.; HAN, M.; FELDMAN-SCHWARTZ, T.; LE, Y. **Perinatal Experiences of Asian American Women During COVID-19.** MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing. v.47, n. 2, p. 71-76, 2022.

GOYAL, D.; ROSA, L.D.L.; MITTAL, L.; ERDEI, C.; LIU, C.H. **Unmet Prenatal Expectations During the COVID-19 Pandemic.** MCN Am J Matern Child Nurs, v.47, n.2, pp. 66-70, 2022.

HADJIGEORGIU, E.; VOGAZIANOS, P.; CHRISTOFI, M.D.; MOTRICO, E.; DOMÍNGUEZ-SALAS, S.; MESQUITA, A.R.; CHRISTOFOROU, A. **Experiences,**

concerns, and needs of pregnant and postpartum women during the Covid-19 pandemic in Cyprus: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth, v. 22, n.1, p. 685, 2022.

HUYNH T, BOISE C, KIHNTOPF ME, SCHAEFER AA, SCHAFFER M. **"Fear and anxiety is what I recall the best.": A phenomenological examination of mothers' pregnancy experiences during COVID-19 in the United States.** Midwifery, v. 122, 103700, 2023.

IRVINE, L.C.; CHISNALL, G.; VINDROLA-PADROS, C. **The impact of maternity service restrictions related to COVID-19 on women's experiences of giving birth in England: A qualitative study.** Midwifery, v.128, n. 103887, 2024.

JACKSON, C et al. **Being pregnant and becoming a parent during the COVID-19 pandemic: a longitudinal qualitative study with women in the Born in Bradford COVID-19 research study.** BMC Pregnancy and Childbirth, v. 23, p.494, 2023.

JACKSON, L et al. **The antenatal psychological experiences of women during two phases of the COVID-19 pandemic: A recurrent, cross-sectional, thematic analysis.** PloS one, v. 18, n.6, e285270, 2023.

JAMES, K.L.; RANDALL, N.P.; HADDAWAY, N.R. **A methodology for systematic mapping in environmental sciences.** Environ Evid, v.5, n. 1, pp. 1-13, 2016.

JESUÍNO, Jorge Correia. **Introdução. A teoria das representações sociais.** In: Representações Sociais nas sociedades em mudança. Jesuíno, J. C.; Mendes, F. R. P.; Lopes, M. J. (orgs.). p. 7 – 19. Petrópolis, RJ. Vozes. 2015.

JODELET, Denise. **Representações Sociais: um domínio em expansão.** In: JODELET, D. (org.) As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, p.17-44. 2001.

JOHN, J.R.; CURRY, G.; CUNNINGHAM-BURLEY, S. **Exploring ethnic minority women's experiences of maternity care during the SARS-CoV-2 pandemic: a qualitative study.** BMJ Open, v.11, n. e050666, 2021.

KARAVADRA, B.; STOCKL, A.; PROSSER-SNELLING, E.; SIMPSON, P.; MORRIS, E. **Women's perceptions of COVID-19 and their healthcare experiences: a qualitative thematic analysis of a national survey of pregnant women in the United Kingdom.** BMC Pregnancy and Childbirth, v.20, n.600, 2020.

KEATING, N.E.; DEMPSEY, B.; CORCORAN, S.; MCAULIFFE, F.M.; LALOR, J.; HIGGINS, M.F. **Women's experience of pregnancy and birth during the COVID 19 pandemic: a qualitative study.** J Med Sci, v. 191, v.5, pp. 2177-2184, 2022.

KEEDLE, H.; TOMCZAK, K.; LEQUERTIER, B.; DAHLEN, H.G. **Feeling anxious'-women's experiences of having a baby in Australia during the COVID-19 pandemic using the Voqual real time app.** BMC pregnancy and childbirth, v.23, n.1, p. 670, 2023.

KINSER, P.; JALLOA, N.; MOYER, S.; WEINSTOCK, M.; BARRETT, D.; MUGHAL, N.; STEVENS, L.; RIDER, A. **“It’s always hard being a mom, but the pandemic has made everything harder”**: A qualitative exploration of the experiences of perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*, v. 109, n. 103313, 2022.

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, 2021.

KRIPPENDORFF, Klaus. **Content analysis: an introduction to its methodology**. London (UK): Editora Sage, 1980.

LADEIRA, F. M. B; BORGES, W. A. **Colonização do corpo e despersonalização da mulher no sistema obstétrico**. *Revista de Administração de Empresas. FGV EAESP*. v 62, n.4, pp. 1-17, 2022.

LAGE, L.R.; CAL, D.; SILVA, B.T.V. **Corpo e Poder: as condições de vulnerabilidade da mulher mãe no debate midiático sobre o parto**. *Cadernos Pagu*, v.59, n. e205915, 2020.

LAMY, Z. C et al. **Experiences of women in prenatal, childbirth, and postpartum care during the COVID-19 pandemic in selected cities in Brazil: The resignification of the experience of pregnancy and giving birth**. *PLoS One*, v. 18, n.5, e0284773, 2023.

LARA, E.M.O.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. **Os profissionais das unidades especializadas de saúde e suas representações sociais em relação à Saúde da Família**. *Cienc. Cuid. Saúde*, v.8, n.4, pp. 630-636, 2009.

LEVETT, K.M.; SUTCLIFFE, K.L.; KEEDLE, H.; DAHLEN, H. **Women's experiences of changes to childbirth and parenting education in Australia during the COVID-19 pandemic: The birth in the time of COVID-19 (BITTOC) study**. *Sex Reprod Health*, v.38 100904, 2023.

LOGIUDICE, J.A.; BARTOS, S. **Mixed-Methods Study of the Experience of Pregnancy During the COVID-19 Pandemic**. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, v.51, n.5, pp. 548–557, 2022.

LOPES, L.C.; WERMUTH, M.A.D.; GOMES, P.R.F. **Biopolítica e produção de cesarianas durante a assistência pré-natal no Sul do Brasil**. *Revista Videre*, v.13, n.27, 2021.

MACHADO, C.V.; PEREIRA, A.M.M.; FREITAS, C.M. **As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições**. In: MACHADO, C.V.; PEREIRA, A.M.M.; FREITAS, C.M. *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, pp. 323-342, 2022.

MACHADO, M. M. T.; ROCHA, H. A. L.; CASTRO, M. C.; SAMPAIO, E. G. M.; OLIVEIRA, F. A.; SILVA, J. P. F.; AQUINO, C. M.; SOUSA, L. A. R.; CARVALHO,

F. H. C.; ALTAFIM, E. R. P.; CORREIA, L. L. **COVID-19 and Mental Health of pregnant women in Ceará, Brazil.** Rev Saude Publica, v. 55, n. 37, pp. 1-11, 2021.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M.A. **Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 22, n.1, pp. 216-237, 2019.

MCGOWAN, L. et al. **The effect of COVID-19 on women's experiences of pregnancy, birth and postpartum in Indonesia: a rapid online survey.** BMC Pregnancy Birth, v.23, n. 304, 2023.

MCKINLAY, A.R.; FANCOURT, D.; BURTON, A. **Factors affecting the mental health of pregnant women using UK maternity services during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study.** BMC Pregnancy Childbirth, v. 22, n.1, p. 313, 2022.

MEANEYA, S.; LEITAO, S.; OLANDERB, E. K.; POPEC, J.; MATVIENKO-SIKARC, K. **The impact of COVID-19 on pregnant womens' experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support, and stress-reduction strategies.** Women Birth, 2021.

MIANI, C.; LEIBE, A.; WANDSCHNEIDER, L.; BATRAM-ZANTVOORT, S. **Experiences of giving birth during the COVID-19 pandemic: a qualitative analysis of social media comments through the lens of birth integrity.** BMC Pregnancy Childbirth, v.23, n.1, p. 32, 2023.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, R. D. C.; AMARAL, M. **A comercialização dos corpos durante o processo de parto.** Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v.17, n.3, p. 01-11, 2024.

MONTGOMERY, E et al. **Navigating uncertainty alone: A grounded theory analysis of womens psycho-social experiences of pregnancy and childbirth during the COVID-19 pandemic in London.** Women and Birth, v.6, n.1, e106-e117, 2023.

MORAIS, M. K. L.; CASTRO, V. M. R.; NETO, A. M. C.; SOUZA, C. M. A, et al. **Parto cesáreo no Brasil: prevalência, indicações e riscos acarretados para o binômio mãe e filho.** Research, Society and Development, v. 11, n. 10, e191111032466, 2022.

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

MOSCOVICI, Sergei. **Representações Sociais: investigação em psicologia social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NG, Q.J.; KOH, K.M.L.; TAGORE, S.; MATHUR, M. **Perception and Feelings of Antenatal Women during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey** Ann Acad Med Singap. V.40, n.8, pp. 543–552, 2020.

OLIVEIRA, Denize Cristina. **Análise de Contéudo Temático-Categorial: Uma proposta de sistematização.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; v. 16, n.4, pp. 569-576, 2008.

OPAS. **Saúde nas Américas 2022. Panorama da Região das Américas no contexto da pandemia de COVID-19.** Organização Pan-Americana da Saúde. 2022.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. **Rayyan – a web and móbile app for systematic reviews.** Syst Ver. v.5, n. 210, 2016.

PANDA, S et al. **Women's views and experiences of maternity care during COVID-19 in Ireland: A qualitative descriptive study.** Midwifery, v. 103, 103092, 2021.

PARRA- SAAVEDRA, M et al. **Attitudes and collateral psychological effects of COVID- 19 in pregnant women in Colombia.** Int J Gynecol Obstet, pp. 1–6, 2020.

PASE, H. L.; PATELLA, N. A. **O combate à covid-19 em comparação: Brasil, EUA e Reino Unido.** Interação, v. 13, n.3, 2022.

PEREIRA, S.C.A. ; GUIMARÃES, G.C. ; MIRANDA, J.O.F. ; CARNEIRO, A.J.S. ; MELO, R.O. ; MORAIS, A.C. **Atenção primária à saúde da gestante no contexto de pandemia pelo COVID-19.** Saberes Plurais : Educ. Saúde, v. 7, n. 1, e128251, 2023.

PETERS, M.D.J; GODFREY, C.M; MCLNERNEY, P; SOARES, C.B; KHALIL, H; PARKER, D. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition /Supplement. **Methodology for JBI Scoping Reviews.** 2015.

POMPEU, J.C.B.; SILVA, S.P.; AVELINO, D.P.; FONSECA, I.F. **O uso de tecnologia da informação para o enfrentamento da pandemia do COVID-19.** Boletim de Análise Político Institucional. V. 25, 2021.

PRODANOV, C.C, FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** Novo Hamburgo: Feevale, v. 2, 2013.

PYO, J.; LEE, W.; CHOI, E.Y.; JANG, S.G.; OCK, M. **Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics.** J Prev Med Public Health, v.56, pp. 12-20, 2023.

QI, M.; LI, X.; LIU, S.; LI, Y.; HUANG, W. **Impact of the COVID-19 epidemic on patterns of pregnant women's perception of threat and its relationship to mental state: A latent class analysis.** PLOS ONE, v.15, n.10, pp. 1-15, 2020.

RAVALDI, C.; MOSCONI, L.; BONAIUTI, R.; VANNACCI, A. **The Emotional Landscape of Pregnancy and Postpartum during the COVID-19 Pandemic in Italy: A Mixed-Method Analysis Using Artificial Intelligence.** J. Clin. Med, v.12, n.19, 6140, 2023.

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, pp. 335-343, 2021.

REIS, T.L.R.; PADOIN, S.M.M.; TOEBE, T.F.P.; PAULA, C.C.; QUADROS, J. S. **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura.** Rev Gaúcha Enferm, v. 38, n.1, e64677, 2017.

RILEY, V.; ELLIS, N.; MACKAY, L.; TAYLOR, J. **The impact of COVID-19 restrictions on women's pregnancy and postpartum experience in England: A qualitative exploration.** Midwifery. 103061, 2021.

ROSS, T et al. **COVID-19 threatens the progress of humanised childbirth: a qualitative study of giving birth during the pandemic in Brazil.** Sex Reprod Health Matters, v. 31, n.1, 2152548, 2023.

ROSSETTO, M.; SOUZA, J.B.; FONSÊCA, G.S.; KERKHOF, V.V.; MOURA, J.R.A. **Flores e espinhos na gestação: experiências durante a pandemia de COVID-19.** Rev Gaúcha Enferm, v.42, e20200468, 2021.

RUSSO, J.; NUCCI, M.; COELHO, M.C. **O poder do descontrole: observações sobre gênero, corpo e poder no ideário do “parto humanizado”.** Revistas de estudos Interdisciplinares. V. 26, n.3, 2024.

SAHIN, B.M.; KABAKCI, E.M. **The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: a qualitative study.** Women and Birth, v.34, n.2, pp. 162-169, 2021.

SALEH, L.; CANCLINI, S.; MATHISON, C.; COMBS, S.; DICKERSON, B. **"This is not what I imagined motherhood would look like": pregnancy, postpartum, and parenting during COVID-19 - a qualitative analysis of the first year since birth.** BMC Pregnancy Childbirth, v. 23, n.1, p. 578, 2023.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. **Plano de ação regional para o atendimento à vítimas de acidentes por escorpião.** Região Coração do DRS III – Araraquara. 2019.

SCHMIEDHOFER, M et al. **Birthing under the Condition of the COVID-19 Pandemic in Germany: Interviews with Mothers, Partners, and Obstetric Health Care Workers.** Int J Environ Res Public Health, v.19, n.3, 1486, 2022.

SCOTT, S.F.; JOHNSON, N.L.; BRANN, M.; BUTE, J.J. **‘Had I gone into the office, they would have caught it a little bit sooner’: Narrative problematics in U.S. pandemic birth stories.** Journal of Applied Communication Research, v.50, n.6, pp. 711-729, 2022.

SHUMAN, C.J et al. **"Mourning the Experience of What Should Have Been": Experiences of Peripartum Women During the COVID-19 Pandemic.** *Matern Child Health J*, v. 26, n.1, pp. 102-109, 2022.

SILVA, C.M.; BEZERRIL, A.V.; MARTINS, E.L.; MOUTA, R.J.O.; ZVEITER, M. **Pregnancy in the COVID-19 pandemic, prenatal care, and digital technologies: women's experiences.** *Rev Rene*, v.24, n. e83454, 2023.

SILVEIRA, M.A.M.; RODRIGUES, A.R.M.; DANTAS, S.L.C, MELO, L.P.T.; FILHO A.V.M.; RODRIGUES, D.P. **Representações sociais das gestantes sobre gravidez durante o pré-natal.** *Rev de Enfer da UFPI (REUFPI)*, v.13, e3602, 2014.

SOLTANI, F et al. **Experiences of A Population of Recovered Iranian Pregnant.women from COVID-19: a qualitative study.** *Int J Fertil Steril*, v.17, n.1, pp. 12-21, 2023.

STAMPINI, V.; MONZANI, A.; CARISTIA, S.; FERRANTE, G.; GERBINO, M.; 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 webbased survey.** *Pregnancy and Childbirth*, v.21, n.473, pp. 1-12.

SULLIVAN, E.; CAMERON, A.; KORNELSEN, J. **Rural Residents' Perinatal Experiences During the Initial Months of the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study in British Columbia.** *J Midwifery Womens Health*, v. 67, n.4, pp. 488-495, 2022.

SWEET, L et al. **Becoming a mother in the 'new' social world in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic.** *Midwifery*, v.98, 102996, 2021.

SWEET, L et al. **Childbearing women's experiences of the maternity care system in Australia during the first wave of the COVID-19 pandemic.** *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, v.35, n.3, pp. 223–231, 2022.

TRICCO, A.C., et al. **PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation.** *Ann Intern Med*, v.169, n.7, pp. 467-473, 2018.

UĞURLU, M.; KIRATLI, D.; YAVAN, T. **The Experience of Women Infected by the COVID-19 During Pregnancy: A Qualitative Study.** *Med J Bakirkoy*, v. 19, pp. 41-50, 2023.

UPENDRA, S.; DEVI, S.; KAUR, J.; WAGHMARE, S.; BARDE, S. **Um estudo fenomenológico da experiência de mulheres grávidas: período de bloqueio da COVID-19.** *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, v.14, n.4, pp. 3939-3942, 2020.

VAISMORADI, M.; TURUNEN, H.; BONDAS, T. **Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study.** *Nursing and Health Sciences*, v.15, pp. 398-405, 2013.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. **Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram.** Rev Bras de Enferm, v. 67, n.2, pp. 282-289, 2014.

VERMEULEN, J et al. **Women's experiences with being pregnant and becoming a new mother during the COVID-19 pandemic.** Sex Reprod Health, v.32, 100728, 2022.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto.** Temáticas, Campinas, v.22, n.44, pp. 203-220, 2014.

VON RIEBEN, M.A.; BOYD, L.; SHEEN, J. **Care in the time of COVID: An interpretative phenomenological analysis of the impact of COVID-19 control measures on post-partum mothers' experiences of pregnancy, birth and the health system.** Frontiers in psychology, v.13, 986472, 2022.

WILLIAMS, C.E.; BERKOWITZ, D.; RACKIN, H.M. **Exploring the experiences of pregnant women in the U.S. during the first year of the Covid-19 pandemic.** J Soc Issues, v.30, 2022.

APÊNDICE A – COREQ CHECKLIST

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

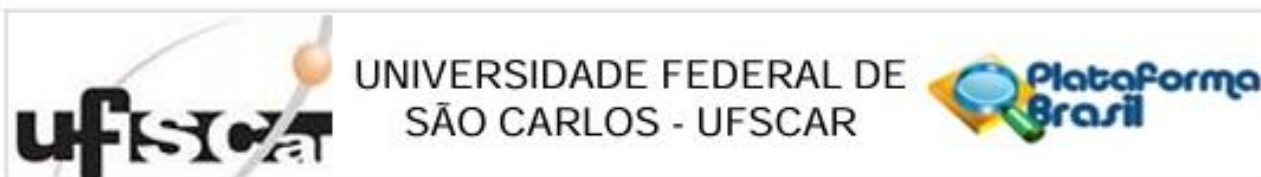
Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do covid-19

Pesquisador: KEMILY BENINI COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71664223.7.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.511.807

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2136831.pdf, de 06/11/2023) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_Doutorado_3.pdf, de 06/11/2023). TCLE e/ou TALE (TCLE2_3.pdf, de 06/11/05/2023) e CARTA_RESPOSTA_versao2.pdf dde 06/11/2023

RESUMO

A doença pelo novo coronavírus reformulou drasticamente o modo de vida e as relações sociais na sociedade contemporânea, impactando assim na vivência de gestar e parir, que na sua essência já é uma experiência singular. Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo identificar e analisar as representações sociais de gestar e parir de mulheres que viveram esses fenômenos durante a pandemia, a fim de fomentar reflexões sobre a significação dessas experiências diante o covid-19, bem como na qualidade da assistência prestada a estas mulheres. Trata-se, portanto, de um estudo exploratório, descritivo e analítico, de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semiestruturada e será utilizada a análise de conteúdo temático-categorial para avaliação e compilação dos dados referentes às mesmas.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



HIPÓTESE (se houver)

A representação da gestação e parto no período da pandemia do covid-19 sofreu transformação quando comparada às representações dos mesmos fenômenos anteriores a infecção pelo novo coronavírus. Além disso, essas representações diferem nos distintos grupos sociais na qual as mulheres estão inseridas. Ou seja, partindo dos pressupostos da TRS, não há uma única representação de gestar e parir, a mesma varia de acordo com o grupo social, que influencia na construção de crenças, imagens e pensamentos das gestantes e parturientes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados se dará, inicialmente, com a aplicação de um questionário com dados de perfil socioeconômico a fim caracterizar a amostra do estudo e estabelecer possíveis relações entre as variáveis investigadas e os resultados dos dados empíricos. A investigação do perfil socioeconômico será procedida por um questionário de antecedentes obstétricos visando identificar o número de gestações da mulher, vivência de aborto, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, complicações e intercorrências durante o período, idade gestacional no momento do parto, local do parto e equipe responsável por conduzir trabalho de parto e parto. Será investigado ainda se as mulheres entrevistadas foram diagnosticadas com o vírus e o período de sua ocorrência, complicações relacionadas a ele, bem como a vivência de perder pessoas significativas pela doença. A entrevista semiestruturada será o instrumento de coleta de dados desse estudo, pois corresponde uma das principais técnicas para pesquisas qualitativas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO."

Critério de Inclusão: Serão incluídas mulheres primíparas ou multigestas, maiores de 18 anos, que tiveram gestação de risco habitual

Critério de Exclusão: Serão excluídas as gestantes e puérperas acompanhadas no Alto Risco e que possuem algum transtorno psiquiátrico.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.511.907

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as representações sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do covid-19.

Objetivo Primário: Analisar as representações sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do covid-19.

Objetivo Secundário: Identificar e analisar as representações sociais de gestar e parir durante a pandemia do covid-19. Comparar e discutir as representações sociais da gestação e parto antes e após a pandemia do covid-19. Discutir a relação entre as representações sociais de gestar e parir na pandemia com o cuidado em saúde, em vista de experiências perinatais positivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais ao responder perguntas que envolvam as próprias vivências; leve cansaço diante o formulário e interrupção da rotina diária.

Benefícios: Não há benefícios diretos aos entrevistados, mas sua participação auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios na assistência prestada às gestantes e parturientes em vista a uma experiência positiva na gestação e parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Estudo exploratório, descritivo e analítico de abordagem qualitativa, fundamentado da Teoria das Representações sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências previamente observadas:

1-Solicita-se inserir, no projeto detalhado e na Plataforma Brasil, a descrição da forma de abordagem ou plano de recrutamento dos potenciais participantes de pesquisa (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.8). Não está claro como a pesquisadora saberá quem são os possíveis participantes

PENDÊNCIA ATENDIDA

2-O Pesquisador deverá informar onde será realizada a coleta de dados (local) e o período de tempo em que os dados serão coletados. Todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, os locais onde ocorrerão as etapas da pesquisa. Solicita-se inserir na Plataforma Brasil e no projeto detalhado, informações sobre o(s) local(is) de realização da pesquisa (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.4.1.5). O pesquisador só informa as cidades em que serão recrutados os participantes

PENDÊNCIA ATENDIDA

3- Deve-se apresentar documento (carta de anuência) que demonstre que a instituição tem infraestrutura adequada para o desenvolvimento da pesquisa e condições de prestar assistência ao participante, sobretudo para as situações de urgência/emergência clínica. Esse documento deve ser assinado pelo responsável institucional que tenha competência para tal (por exemplo, o diretor técnico numa instituição hospitalar). Norma Operacional CNS N.º 001 de 2013, item 3.3.h e item 3.4.1.17.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4-O cronograma do estudo não está adequado, pois não informa detalhadamente os passos da pesquisadora. Sendo assim, solicitam-se a adequação do cronograma. Ressalta-se, ainda, a necessidade de adequação do cronograma de forma a descrever a duração das diferentes etapas da pesquisa, com o compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.511.807

a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.f).

PENDÊNCIA ATENDIDA

5- Cadastrar a instituição onde será realizada a pesquisa ou parte dela como Instituição Coparticipante. Ver como fazer o cadastro no Manual Pesquisador da Plataforma Brasil (disponível na seção Manuais da página inicial dessa plataforma).

PENDÊNCIA ATENDIDA

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

6-O TCLE não deve conter ressalva que negue a responsabilidade do pesquisador ou que implique ao participante da pesquisa renunciar a seus direitos, incluindo o direito de buscar indenização por danos eventuais. Diante do exposto, solicita-se inserir, no TCLE, a explicitação acerca do direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Resolução CNS n.º 466, de 2012, item IV.3.h).

PENDÊNCIA ATENDIDA

7-A confidencialidade e o sigilo são direitos do participante de pesquisa e, para manter a eticidade na pesquisa, devem ser previstos procedimentos que assegurem a confidencialidade dos dados e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Dessa forma, solicita-se garantir ao participante que os dados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para os fins deste estudo, bem como assegurar o anonimato quando do repasse dos dados. Solicita-se esclarecimento sobre como será feito o processamento dos dados obtidos e como será armazenado e com que segurança (Resolução CNS n.º 466, de 2012, itens III.2.i e IV.3.e).

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



8-Solicita-se que seja incluída, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido, a garantia de acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes e/ou compromisso do/a pesquisador/a em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou à população que foi pesquisada (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Inciso VI e Artigo 3º, Inciso IV; Artigo 17, Inciso VI).

PENDÊNCIA ATENDIDA

9- Adicionar paragrafo sobre o CEP e CONEP: Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

PENDÊNCIA ATENDIDA

10- O Registro do Consentimento Livre e Esclarecido e/ou do Assentimento Livre e Esclarecido deve trazer, de forma explícita, que o pesquisador poderá ser acessado em qualquer momento para esclarecimento de dúvidas e os meios de contato com o/a pesquisador/a responsável (como o endereço, e-mail e telefone nacional). Se não houver Registro por escrito desse Processo, o/a pesquisador/a deverá entregar essas informações por escrito (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 17, Incisos VIII). Solicita-se adequação. Favor inserir estas informações nas lacunas do TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Projeto APROVADO: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2136831.pdf	06/11/2023 14:48:23		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_versao2.pdf	06/11/2023 14:48:08	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_3.pdf	06/11/2023 14:47:35	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2_3.pdf	06/11/2023 14:46:48	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_versao1.pdf	09/10/2023 13:38:56	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_autorizacao.pdf	25/09/2023 14:26:43	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_Plataforma_Brasil.pdf	20/09/2023 15:30:38	KEMILY BENINI COSTA	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.511.807

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2_2.pdf	20/09/2023 15:30:17	KEMILY BENINI COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	24/07/2023 08:42:40	KEMILY BENINI COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Novembro de 2023

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA GESTAÇÃO E PARTO DE MULHERES QUE TIVERAM ESSA VIVÊNCIA DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19.

Eu, Kemily Benini Costa, estudante do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, UFSCar a convido a participar da pesquisa – Representações Sociais da gestação e parto de mulheres que tiveram essa vivência durante a pandemia do covid-19 - orientada pela Prof^a Dr^a Marcia Niituma Ogata. A proposta desse estudo é investigar e analisar as representações sociais da gestação e parto de mulheres que viveram esses fenômenos durante a pandemia do covid-19 a fim de estabelecer relações dessas imagens na construção de suas experiências, especificamente no gestar e parir.

Você foi selecionada por ser uma mulher que vivenciou a gestação e o parto no período de março de 2020 a janeiro de 2021. Primeiramente você será convidada a responder um formulário com informações para sua identificação socioeconômica. Em seguida será realizada uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem a experiência de gestar e parir no contexto da pandemia.

A entrevista será individual e realizada no local de sua preferência, considerando que o horário estabelecido será modulado por sua disponibilidade e terá duração aproximada de 30 a 50 minutos. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, entretanto, esclareço que sua participação pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais ao responder perguntas que envolvam as próprias vivências; leve cansaço diante o formulário e interrupção de sua rotina diária. Diante dessas situações, você terá garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas que considerar constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Além disso, resguarda-se o seu direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes a pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa não te trará benefícios diretos, mas auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios na assistência prestada às gestantes e parturientes em vista a uma experiência positiva na gestação e parto. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro por ela. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e utilizados exclusivamente para os fins deste estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas suas etapas. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Solicito sua autorização para gravação em áudio da entrevista. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de

transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. Será garantido ainda o acesso aos resultados da pesquisa pelos participantes e compromisso da pesquisadora em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou à população que foi pesquisada.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (16)997115786.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do País, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados. O CEP-UFSCar funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Kemily Benini Costa

Contato telefônico: (16) 997115786 e-mail: kemilybenini@gmail.com

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

APÊNDICE D - Questionário sócio-econômico/ Antecedentes obstétricos/ Covid-19

Nome:

Idade:

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () Viúvo () Outro _____

Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Escolaridade: () Analfabeto () 1 a 4 série incompleta do EF () 4 série completa EF () 5 a 8 série incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Educação superior incompleta () Educação superior completa

Nível socioeconômico: () até um salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () 5 a 15 salários mínimos () mais de 15 salários mínimos

Profissão:

Cidade de residência:

Antecedentes obstétricos:

Número de gestações:

Aborto:

NNV:

PC:

PN:

Intercorrências em gestações anteriores: () Não () Sim, quais? _____

Gestação investigada:

Numero de consultas de pré-natal:

() menor que 6 () 7 – 10 () mais de 10 consultas

Profissional responsável pelas consultas:

() somente médico(a) () misto (médico/enfermeiro)

Data do parto: __/__/__ () PC () PN

Se parto normal:

() episiotomia () fórceps () vácuo () laceração tipo _____

Profissional que assistiu ao parto normal:

() médico obstetra () enfermeiro obstetra/obstetriz () ambos

Local de nascimento:

hospital casa de parto domicílio outro _____

Acompanhante no parto:

Não SIM, quem? _____

Contraiu COVID-19 durante a gestação? SIM NÃO

Se sim, qual trimestre? 1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre

Vivenciou a perda de algum parente/pessoa importante devido a COVID-19?

SIM NÃO

APÊNDICE E – Roteiro da entrevista semiestruturada

- Me conta como foi sua gestação
(Como você se sentiu durante o período?)
(O que você mais lembra da gestação?)
- E como foi ser gestante durante a pandemia do Covid-19?
Expectativa x Realidade
(Você teve que refazer planos? Alguma coisa foi diferente do que você esperava?)
- Me conta como foram as suas consultas de pré-natal?
(Acolhimento/Vínculo/Experiência/Frequência)
- Houve pessoas que estiveram com você, que te ajudaram durante a gestação?
Rede de apoio
- E o momento do seu parto, me conta como foi?
Acompanhante?
Violência obstétrica?
Humanização do cuidado?
Covid-19 e o parto
- Pra finalizar: Qual a primeira palavra que vêm a sua mente quando você lembra da sua gestação?
- E qual a primeira palavra que vêm a sua mente quando você lembra do seu parto?