



# PSICOLOGIA ARGUMENTO

ISSN 0103-7013

Licenciado sob uma licença Creative Commons



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.43.121.A001>

## **Maternidade e COVID-19: repercussões da experiência de internação e parto em Centro de Terapia Intensiva (CTI)**

*Maternity and COVID-19: repercussions of the hospitalization and parturition process at Intensive Care Unit (ICU)*

*Maternidad y COVID-19: repercusiones de la experiencia de hospitalización y parto en Centro de Cuidados Intensivos (UCI)*

**Paula Cristina Silva da Rosa**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

[paulacsr@ufcspa.edu.br](mailto:paulacsr@ufcspa.edu.br)

<https://orcid.org/0000-0001-9343-8041>

**Luiza Demiquei Gonzatti**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<https://orcid.org/0000-0003-4704-9162>

**Luciana Suárez Grzybowski**

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<https://orcid.org/0000-0002-8471-2421>

## **Resumo**

Na pandemia de COVID-19, as gestantes apresentaram maior risco de agravamento de sintomas e, em alguns casos, alterou-se o ciclo gravídico-puerperal. A presente pesquisa qualitativa, transversal e retrospectiva buscou conhecer a experiência de internação e parto em CTI de gestantes com COVID-19. A coleta de dados ocorreu remotamente com três mulheres, que responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e de saúde e participaram, separadamente, de uma entrevista semi-estruturada . Pela Análise Temática de Braun e Clarke, seis temas foram identificados: Infecção por COVID-19 e ruptura do ciclo gestacional esperado; Experiência do processo de internação; Construção da parentalidade: o vínculo mãe-bebê do hospital aos dias de hoje; A vida que ficou lá fora; estratégias para lidar com o sofrimento; sequelas pós-COVID e transformações de vida. Conclui-se que a internação na gravidez afetou as participantes emocional, social e fisicamente, impactando na relação mãe-bebê e na construção da parentalidade.

**Palavras-chave:** *Gravidez de Alto Risco; Parto; Centros de Terapia Intensiva; Internação Hospitalar; COVID-19.*

### **Abstract**

*During the COVID-19 pandemic, pregnant women were at greater risk of worsening symptoms in the pandemic and, in some cases, impacts on the pregnancy-puerperal cycle. Therefore, this qualitative, cross-sectional, and retrospective research aimed to approach the hospitalization and birth experience of pregnant women with COVID-19 in an Intensive Care Unit. Data were collected remotely from three women who answered a sociodemographic and health form and simply attended a semi-structured interview . The thematic analysis of Braun and Clarke was conducted in the transcribed interviews leading to six different themes: COVID-19 infection and rupture of the expected pregnancy cycle; the hospitalization process experience; parenting building: the mother-baby bonding from the hospital until nowadays; the outside hospital life; coping suffering mechanisms; post-COVID sequels and life transformations. The results led to the conclusion that hospitalization during pregnancy affected emotional, social, and physical, impacting the mother-baby relationship and the parental building.*

**Keywords:** *Pregnancy, High-Risk; Parturition; Intensive Care Units; Hospitalization; COVID-19*

### **Resumen**

*En la pandemia de COVID-19, las mujeres embarazadas tuvieron mayor riesgo de empeorar los síntomas durante la pandemia y, en algunos casos, alterar el ciclo embarazo-puerperal. Esta investigación cualitativa, transversal y retrospectiva buscó comprender la experiencia de hospitalización y parto en UCI de mujeres embarazadas con COVID-19. La recolección de datos se realizó de forma remota con tres mujeres, quienes respondieron a un formulario de datos sociodemográficos y de salud y participaron, por separado, en una entrevista semiestructurada . A través del Análisis Temático de Braun y Clarke se identificaron seis temas: infección por COVID-19 y ruptura del ciclo gestacional esperado; Experiencia del proceso de hospitalización; Construcción de la crianza: el vínculo madre-bebé desde el hospital hasta hoy; La vida que quedó afuera; estrategias para afrontar el sufrimiento; y Secuelas post-COVID y*

*transformaciones de vida. Se concluye que la hospitalización durante el embarazo afectó emocional, social y físicamente a las participantes, impactando la relación madre-bebé y la construcción de la paternidad.*

**Palabras-clave:** Embarazo de Alto Riesgo; Parto; Unidades de Cuidados Intensivos; Hospitalización; COVID-19

## Introdução

A pandemia da COVID-19 registrou 664.618.938 casos confirmados no mundo, incluindo 6.722.949 mortes, até 24 de janeiro de 2023, segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023). No Brasil, esse número foi de aproximadamente 36.718.053 casos e 696.257 mortes (WHO, 2023). Dentre tantos indivíduos afetados de diferentes formas e intensidades, as gestantes e puérperas (Estrela et al., 2020) corresponderam 1% do número geral de casos no Brasil totalizando 24.094 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19, até 18 de janeiro de 2023 (Observatório Obstétrico Brasileiro SRAG, 2023).

Estudos recentes mostram que a gravidez está associada ao aumento da probabilidade de agravamento de sintomas de COVID-19, além de internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) e intubação, podendo estar relacionada com desfechos desfavoráveis (Martins et. al, 2022). Devido às transformações biológicas deste momento, as gestantes são mais vulneráveis quando comparadas com outras mulheres e a existência de complicações ou outros fatores de risco associados, tais como obesidade, diabetes, tabagismo, entre outros agravantes, tornam as gestantes mais suscetíveis a complicações da infecção por COVID-19 (Lassi et al., 2021).

Os dados apresentados em estudo retrospectivo realizado por Péju et al. (2022) com gestantes em 32 CTIs de 3 diferentes países europeus, apontaram obesidade, idade gestacional, anormalidades na tomografia computadorizada maiores que 50% e uso de ventilação não invasiva como fatores de risco para intubação. Apesar da baixa taxa de mortalidade materna (1%) e fetal/neonatal (4%), os partos durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e partos prematuros foram mais frequentes no caso de intubação materna. Conforme dados informados pela Fiocruz, foi o aumento de mortes

maternas por agravamento dos sintomas pela COVID-19, evidenciando mortalidade de 7,2% que comparado a população geral, que registrava letalidade de 2,8% (Ribeiro et al., 2022), o que justificou a necessidade de incluir gestantes e puérperas no grupo de risco para a COVID-19 (Silva, Russo & Nucci, 2021).

Contudo, no Brasil, somente em março de 2021 o Plano Nacional de Operacionalização (PNO) incluiu gestantes e puérperas como grupo de risco, com intuito de abranger a maior parcela das populações de risco (Ministério da Saúde, 2021). Para além dos impactos físicos, sabe-se que o impacto emocional do diagnóstico de doenças graves durante a gestação, que apresentem risco à vida ou de complicações no decorrer do processo gestacional, precisa de atenção. A manutenção do bem-estar físico é fator importante e que facilita a construção das representações maternas e da parentalidade. Mulheres que recebem diagnósticos de alterações orgânicas durante o ciclo gravídico, com potencial interferência no processo gestacional, podem apresentar posterior dificuldade de idealizar o bebê, resultando em interações pobres com o mesmo e interferências na construção da parentalidade (Azevedo & Vivian, 2020).

Pesquisas realizadas durante a pandemia, indicaram que gestar neste período aumentou os riscos de apresentar sofrimento psíquico, ocasionando impactos na saúde mental que poderão ter consequências tanto na gravidez quanto no puerpério, com repercussões psíquicas (como distúrbios do sono, sintomatologia ansiosa e depressiva), relacionais (como isolamento social), comportamentais e na relação e vínculo mãe-bebê (Tomfohr-Madsen et al., 2021). Por conseguinte, a contaminação por COVID-19 durante a gestação, trouxe sentimentos de medo, insegurança e tristeza, que se agudizam durante uma internação considerando o receio de morrer, as incertezas, a ansiedade e a saudade da família, principalmente dos filhos que ficaram em casa (Boaventura et al., 2021). Além disso, a hospitalização durante a gestação ou a internação do bebê na UTI Neonatal é algo inesperado para as mães e familiares, que impacta significativamente a rotina e organização familiar, tornando-se um momento desafiador (Frello & Carraro, 2012).

Com intuito de minimizar esses impactos, salienta-se que ao longo da internação hospitalar é importante que a assistência seja realizada por uma equipe multiprofissional e atendimento humanizado e biopsicossocial (Estrela et al., 2020; Rocha & Dittz, 2021;

Rodrigues et al., 2022), com intuito de prestar um cuidado integral à gestante/puérpera e ao bebê, com destaque para comunicação empática e postura afetuosa, efetiva e acolhedora (Frelo & Carraro, 2012). Para além disso, sabe-se da relevância de acompanhante no parto para saúde mental materna, todavia, a presença de familiares pode não ser viável nessas situações clínicas, contribuindo para intensificação de sentimentos de solidão, vulnerabilidade, impotência, sensação de desamparo e angústia (Estrela et. al, 2020; Carvalho & Arrais, 2022).

Especialmente em um momento pandêmico, que trouxe diversos impactos no contato social, bem como dúvidas em relação ao tratamento e prognóstico da doença, é fundamental a construção e efetivação de práticas de cuidado preventivo para mulheres grávidas e recém-nascidos no que se refere à assistência aos efeitos psicológicos e manifestações clínicas (Martins et al., 2022). Nesse sentido, o suporte familiar e social também é algo que fortalece e auxilia no enfrentamento, aliviando o sofrimento, ansiedades e medos, portanto, entende-se que a rede de apoio e a assistência nos serviços de saúde são fundamentais para gestantes de alto risco visando auxílio no enfrentamento, diminuição de sintomas disfuncionais e alívio do sofrimento (Azevedo & Vivian, 2020).

Além de rede familiar/social e assistência adequada, sabe-se que em doenças com risco de vida a busca por estratégias de enfrentamento, das quais a espiritualidade, religiosidade e eufemia, tem intuito de suportar o sofrimento psíquico e lidar com manifestações clínicas. Desta forma, busca-se aliviar as variáveis estressoras, acreditando que ajudará na melhora dos sintomas e na superação dos momentos traumáticos (Camillo et al., 2021). Outro ponto importante, diz respeito às sequelas da infecção, uma vez que estudos recentes vêm evidenciando que mais de 50% dos infectados apresentam sintomas depois de 30 dias da internação hospitalar ou diagnóstico, a chamada síndrome pós-covid (Bragatto et al., 2021), podendo apresentar sintomas físicos, psicológicos e neurológicos, além de pensamentos suicidas, insônia, dificuldade para caminhar e estresse pós-traumático (Carvalho & Arrais, 2022).

## Objetivos

Diante disso, a presente pesquisa teve por objetivo conhecer a experiência de internação e parto em CTI de gestantes com COVID-19. Assim, buscou-se identificar as características de mulheres infectadas durante a gestação, sua experiência de contaminação e internação hospitalar, compreender a interferência da gravidez do quadro clínico decorrente da COVID-19 sobre a gestação e as repercussões no processo de construção da maternidade e parentalidade dessas mulheres.

## **Método**

### **Delineamento**

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, de caráter retrospectivo, realizado com mulheres infectadas pela COVID-19 durante a gestação, que necessitaram de internação em CTI, e tiveram o nascimento prematuro emergencial do seu bebê neste contexto.

### **Participantes**

Participaram do estudo três mulheres que necessitaram de internação hospitalar em CTI durante a gestação, por contaminação e complicações decorrentes da COVID-19, e devido ao risco de óbito fetal e/ou materno, duas delas precisaram realizar cesariana de emergência. A amostra foi selecionada por conveniência, através de identificação de possíveis participantes egressas da internação, após a alta de um hospital geral referência no tratamento da COVID-19 em Porto Alegre/RS. Como critérios de inclusão foram aceitas participantes com mais de 18 anos de idade, que positivaram para a COVID-19 durante a gravidez, foram internadas em CTI e necessitaram de intubação. Período de coleta entre 09/06/2022 e 22/07/2022, em torno de um ano após alta hospitalar e as entrevistas foram realizadas pelas pesquisadoras. Cabe salientar a dificuldade de contato e de aceitação de participação, considerando o tempo transcorrido pós-alta e possivelmente o sofrimento associado a relembrar essa experiência de intenso sofrimento. Os critérios de exclusão foram menores de 18 anos e internação por outra complicações clínica.

### **Instrumentos**

- 1) Ficha de dados sociodemográficos e de saúde (Rosa & Grzybowski, 2021a): ficha desenvolvida pelas autoras para este estudo com a finalidade de identificar o perfil social e clínico das participantes, tais como: idade, cidade de residência, escolaridade, históricos de doenças prévias e dados clínicos da gestação e nascimento do bebê.
- 2) Entrevista semiestruturada (Rosa & Grzybowski, 2021b): entrevista construída pelas autoras para nortear a coleta de dados deste estudo, através de perguntas sobre os seguintes temas centrais: características das participantes, experiência de infecção de COVID-19 e internação em CTI durante o período gestacional, vivências do nascimento antecipado e do pós-nascimento e processo de construção inicial da parentalidade.

### **Procedimentos de Coleta de Informações**

Após o fornecimento dos dados das pacientes pela equipe hospitalar, foi realizado o primeiro contato com as participantes, individualmente, através de *WhatsApp* para apresentar a proposta da pesquisa e convidar a participar do estudo. Àquelas que aceitaram participar, foi enviado um formulário padrão *Google Forms* com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após preenchido, permitiu acesso ao questionário de dados sociodemográficos e de saúde. Na sequência, agendou-se uma entrevista online pela plataforma *Google Meet* com cada participante, separadamente, com duração entre 1h e 1h30min. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa, entre junho e julho de 2022, sendo gravadas em áudio por meio de dispositivo eletrônico externo.

### **Procedimentos de Análise das informações**

A partir das informações da ficha de dados sociodemográficos e de saúde foi possível traçar o perfil de cada participante e criar uma tabela demonstrativa das características da saúde pré-gestacional e gestacional, da infecção pela COVID-19 e da

internação. As entrevistas foram transcritas para possibilitar a Análise Temática (Braun e Clarke, 2006; 2012), um método qualitativo que organiza e descreve o conjunto de dados de forma rica e detalhada no qual o pesquisador identifica, analisa e relata padrões que surgem ao longo do processo de análise, que podem também ser considerados temas. O processo da Análise Temática envolve seis estágios que não transcorrem de forma linear, mas de acordo com a necessidade. Esses estágios envolvem familiarizar-se com os dados, gerar códigos iniciais, buscar temas nos dados coletados, revisar temas, definir e nomear temas e redigir o relatório (Braun & Clarke, 2019). A presente análise foi realizada de forma independente por uma dupla de pesquisadoras e, posteriormente, revisada por uma terceira que teve o papel de juiz, a fim de qualificar os resultados.

### **Questões Éticas**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA e da UFCSPA, sob o número CAAE: 52752821.3.0000.5345. Houve a preservação do sigilo e anonimato das participantes, buscando-se preservar suas identidades com a alteração para um nome fictício na apresentação dos resultados da pesquisa.

### **Resultados**

A tabela a seguir apresenta as informações obtidas na coleta de dados sociodemográficos e de saúde. Foram atribuídos nomes fictícios às participantes em ordem alfabética e de acordo com a ordem das entrevistas, sendo Ana (Participante 1), Bela (Participante 2) e Clara (Participante 3):

#### *Caracterização das participantes*

	Ana (P1)	Bela (P2)	Clara (P3)
<b>Idade</b>	33 anos	38 anos	26 anos

Escolaridade	Ensino Incompleto	Superior Completo	Ensino Médio Completo	Ensino Médio
<b>Filhos</b>	4	2	2	
<b>Ocupação atual</b>	Empresária	Manicure	Mãe em tempo integral	
<b>Situação amorosa</b>	Com companheiro	Com companheiro	Com companheiro	
<b>Doenças prévias</b>	Hipertensão	Hipertensão	Asma	
<b>Tempo total de internação</b>	80 dias	60 dias	30 dias	
<b>Tempo de internação em CTI</b>	24 dias	30 dias	24 dias	
<b>Surgimento dos primeiros sintomas de COVID-19 na gravidez</b>	Com 20 semanas E com 28 semanas	Com 10 semanas	Com 31 semanas	
<b>Intubação com sedação</b>	Sim	Sim	Sim	
<b>Parto em CTI</b>	Não	Sim	Sim	
<b>Nascimento do bebê</b>	Com 36 semanas	Com 30 semanas	Com 32 semanas	
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea	Cesárea	Cesárea	
<b>Internação do bebê</b>	Sim	Sim	Sim	

Nota. Tabela indicativa dos dados sociodemográficos e de saúde das participantes.

A sistematização dessas informações possibilitou delinear um perfil entre as participantes da pesquisa: a média de idade foi de 32 anos, escolaridade média, nenhuma

das mulheres era primípara, o agravamento da doença levou todas as participantes a serem internadas em CTI e entubadas, além de todas terem um companheiro no momento da gravidez e adoecimento. Vale destacar que as infecções pelo vírus da COVID-19 ocorreram em etapas diferentes da gestação para cada uma das participantes. Além disso, à época da infecção, todas as participantes trabalhavam e apenas Clara solicitou afastamento das atividades por medo de contaminação pelo vírus. Os partos na sua maioria aconteceram no CTI enquanto as participantes estavam intubadas, somente Ana, que retornou ao hospital para cesárea e todos os bebês necessitaram de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo), sendo assim, não tiveram contato contínuo com os recém-nascidos após o parto.

Através da Análise Temática realizada, os relatos das participantes evidenciaram seis principais temas: 1. Infecção por COVID-19 e ruptura do ciclo gestacional esperado; 2. Experiência do processo de internação; 3. Construção da parentalidade: o vínculo mãe-bebê do hospital aos dias atuais; 4. A vida que ficou lá fora; 5. Estratégias para lidar com o sofrimento; 6. Sequelas pós-COVID e transformações de vida.

Com relação ao tema 1, *Infecção por COVID-19 e ruptura do ciclo gestacional esperado*, as informações trazidas pelas participantes dizem respeito aos impactos que a contaminação e a internação pela COVID-19 provocaram em suas rotinas, vidas, corpos e expectativas. A jornada começa com a mobilização pela busca de atendimento, que inicia com a suspeita de contaminação, sendo possível identificar nas falas das participantes a angústia na espera pelo diagnóstico e a tensão pela falta de atendimento entre a testagem e a confirmação de positivação:

Mas aí, por incrível que pareça, no sábado que eu tinha que voltar a trabalhar, foi aí que eu peguei o COVID, porque domingo eu já comecei a ficar mal mal mal, e segunda daí foi piorando tudo. Ainda, para sair o resultado, eu fiz pelo SUS, foi sair na quarta-feira, eu fiquei todos esses dias mal em casa, porque não tinha o que fazer né, como eu estava aguardando o resultado, eu fui, procurei as emergências, mas eles não tinham o que fazer porque tinham que esperar o resultado (Clara).

O percurso pela busca de atendimento após resultado positivo e a dificuldade de receber assistência médica apareceu nas falas das três participantes, visto que todas passaram por mais de um centro de saúde e hospitais na cidade em busca do cuidado adequado, sendo muitas vezes negado, justamente, por estarem gestantes:

Fui no Hospital, fui na UPA [Unidade de Pronto Atendimento] aqui, (...) e os dois lugares não me receberam. Não queriam dar seguimento ao atendimento. No hospital foi porque, como eu estava gestante, a maternidade não poderia me receber, e o hospital de campanha que atendia COVID e como era uma suspeita, só estava atendendo casos graves. Então, me recomendaram procurar a UPA. Fui até a UPA, na UPA mandaram eu ir no posto de saúde... então dali eu fui no posto de saúde com aquele teste positivo para que a médica me orientasse, aí ela me deu uma série de medicações e, em casa, repouso absoluto por 14 dias... como eu já tinha ido no [posto de saúde] e eles não tinham me recebido eu pesquisei qual hospital eu poderia ir, que tivesse UTI Neonatal também, qualquer coisa, e aí achei o [hospital de referência] (Ana).

Eu fui em todos os hospitais e nenhum queria me atender, então realmente, por estar tudo lotado já e por eu ser gestante e estar com COVID, olha foi... Então eu ficava no carro e eles iam lá [nos hospitais] se informar né, porque eu não conseguia nem caminhar. Então, essa parte também foi uma loucura porque eles não queriam atender, e eles “ah não, se ela está grávida não é aqui o hospital” tudo assim, sabe. E daí o último que a gente foi, ‘vamos para [hospital de referência]’ (Clara).

Essa dificuldade de obter assistência pode ter contribuído para o agravamento dos sintomas e também no surgimento de novos com o avanço da infecção viral, além do notório agravamento da ansiedade:

No último dia, do décimo terceiro para o décimo quarto, foi onde eu fiquei ruim assim, no sentido de muita tosse, estava com muita tosse, e uma falta de ar assim, mas não era que eu não conseguia respirar, era um cansaço. E aí, por estar grávida, eu monitorava a saturação em casa também, e deu uma caída na saturação, eu

resolvi procurar o posto e eles me orientaram a ir para o hospital (Ana).

Após o diagnóstico positivo para COVID e longa peregrinação pelos serviços de saúde da cidade, deu-se início a uma longa jornada de internação hospitalar das três entrevistadas. Esse período foi, de modo geral, sensível e representou uma interrupção do que era esperado para este momento de vida enquanto gestantes:

A gente fez o teste de farmácia, deu positivo os dois... Nesse momento, a gente tomou um susto assim né, porque a gente estava já bem debilitado e por conta das crianças... tivemos que tirar elas de casa, para que elas não se contaminassem... E, a partir daí, eu já não vi elas até eu retornar para casa depois de todo o quadro (Ana).

A quebra da rotina e de rituais que marcam o curso normal da gestação e envolvem a preparação para receber o bebê fica evidente no relato de Clara: “Na verdade, eu já estava preparando o chá de fralda, eu já estava fazendo os convites do chá de fralda, eu não tinha feito ainda... foi um choque”.

No que tange ao tema 2, *A experiência do processo de internação*, que corresponde às etapas de internação, intubação, sedação, despertar e extubação, identificou-se também aspectos sobre a assistência familiar e hospitalar recebidas, bem como a experiência do tratamento e as expectativas sobre a gravidez e o parto neste cenário. Para as três participantes, a memória do início desse processo é muito vívida e seus relatos possuem riqueza de detalhes, principalmente no que diz respeito à notícia da necessidade de serem intubadas:

De manhã, eram umas 6 horas da manhã, a médica chegou assim no meu box e falou bem baixinho no meu ouvido “Ana, nós vamos precisar te entubar” e seguiu falando. E eu escutei, mas não escutei assim, ela falou alguma coisa de entubar, aí eu falei “a senhora pode repetir?” aí ela disse “Nós vamos te entubar”. Meu Deus, implorei, eu me desesperei, disse “Doutora, pelo amor de Deus não. Eu tenho três filhos, não, não me entuba, eu estou bem, eu estou saturando bem, eu vou conseguir (Ana).

Deparar-se com a possibilidade de intubação sinalizava o agravamento da doença, a possibilidade de não resistir ao tratamento e a incerteza sobre o prognóstico. A finitude da vida é posta em evidência e desperta o sentimento de medo: “Bom, como a gente só vê casos de que, todo mundo que entuba acaba morrendo, eu achei que era... que estava indo para a morte” (Ana). O medo da morte se estende também ao bebê “Quando eu cheguei, o meu medo era de morrer, até mesmo porque eu estava grávida, então eu fiquei pensando “Meu Deus, se eu morro ou se a minha filha morre...” (Clara).

Para as participantes, serem intubadas e sedadas sem saber se sairiam com vida foi desesperador, mas não era uma escolha. Durante a sedação estariam lutando pela vida sem saber até quando, sem acompanhar a gestação e a vida que seguia fora do hospital.

Nesse período em que estiveram intubadas, a gestação seguia, as modificações corporais aconteciam e o bebê se desenvolvia. Clara relatou a necessidade de antecipar o parto em decorrência do agravamento do estado de saúde para que a gestação não fosse fatal para ela e/ou o bebê: “Eu estava passando para ela e não estava ficando oxigênio comigo, então eu estava me prejudicando e passando só para ela, então eles resolveram ‘Vamos tirar, que daí ela fica na incubadora’ porque se não eu não iria aguentar né (Clara)”.

As três participantes relataram o despertar da sedação como um momento confuso. Ana precisou ser sedada duas vezes, na primeira acordou em desespero e misturando fantasia e realidade, ao ver a mãe que sonhou estar morta. O despertar da sua segunda sedação foi mais similar a das outras participantes, que acordaram aos poucos e foram orientadas pelos profissionais da saúde sobre onde estavam e o que havia acontecido com elas. Bela relata seus primeiros momentos após acordar:

Lembro que eu acordei e a psicóloga lá do hospital se apresentou. Disse que eu tinha pegado COVID e que fiquei tantos dias. E aí primeira coisa que atinei foi perguntar sobre o meu esposo, porque daí eu fiquei preocupada com meu filho. Eu deduzi se eu estou no hospital o meu marido também está. Aonde está meu filho. Óbvio que sabia que estaria com algum familiar, mas foi a primeira coisa que me preocupei. Eu não dei falta da nenê no primeiro momento. Não, não atinei,

assim, a botar a mão na barriga e para ver que ela não estava mais ali, né? (Bela).

Após acordarem, ainda era necessário fazer a extubação: “Lembro da cena tirando o tubo, que saiu um troço verde horroroso, que era pura secreção, isso eu lembro (Ana).” As participantes também relataram ficar com a garganta seca e sentir muita sede:

Eles tiraram o tubo, eu já estava mais lúcida, aí eu pedia “Água, água”, e não podiam me dar água [riso] ela disse “Eu sei que tu tem sede, mas só amanhã ainda para ti tomar um golinho”. Daí ela molhava minha boca porque era muito seco, assim. Eu disse “Eu nunca fui para o deserto né, mas parece que eu passei pelo deserto”, que era muita sede. Daí ela molhava minha boca com um paninho (Clara).

Tipo como uma pessoa vai desejar tomar um copo de água que é tão simples? Nessa vida, né? É muito simples tomar um copo de água. E ali não pode tomar, a sede era terrível, terrível. Até que eles me tiram o tubo, só que isso foi 2 a 3 dias de tubo. Mas para mim parece que foi um ano (Bela).

Nos relatos é possível identificar a tentativa da equipe de saúde em humanizar o processo de internação, em possibilitar o contato com a família de formas distintas: “Consegui falar com eles, fiquei mais tranquila, com isso, me recordo que minha mãe e a minha sobrinha estavam lá no hospital” (Bela).

Eles chamaram a família, meu marido e minha mãe foram lá me ver, aí eu já estava entubada, deixaram eles entrar, fazerem uma oração para mim...Depois o meu marido foi me ver, levou foto das crianças né, do meu filho, ele fez um desenho para mim, foi bem legal. O pessoal, toda família, fez vídeo para mim, passando força (Clara).

Esse cuidado com as pacientes ao facilitar o contato com a família e, também, do atendimento recebido foi reconhecido pelas participantes e expressado com gratidão:

Os médicos, os técnicos todos quando eu saí de lá, eles têm que ter orgulho do trabalho deles, que o trabalho deles não é mole. Eles não ganham o suficiente para o que eles trabalham. O Hospital está de parabéns, todos vocês pela profissão

(Bela).

Os relatos também evidenciam como a ruptura do ciclo gestacional esperado impactou na vida das gestantes e na quebra de expectativas em relação ao parto:

Essa parte de não ter a fotinho que todo mundo tira do parto ali do bebê, essa parte foi bem difícil, é como tu não, como é que eu vou te explicar? É como não sentir o cheiro, sabe? Sai de ti, tu não pego, não sentiu o cheiro. É, coisa da natureza, né? (Bela).

Assim como Bela, Clara também teve o parto realizado em CTI, tendo o primeiro contato com o bebê adiado por estar sedada: “Não, não tenho [lembança de como é que foi a vivência do parto, da cesárea, quando tu estava no hospital e primeiro contato com o bebê]. Porque eu não tive né, não tive nada disso. Só depois, quando eu conheci ela, ela já tinha 20 dias, quando eu fui conhecer ela na neo [UTI Neonatal] (Clara)”.

Ana não realizou o parto em CTI, mas teve um longo tempo de espera até o nascimento da bebê marcado por fortes dores e desconforto. A escolha médica por aguardar foi devido ao estado de saúde materno:

Aí nas 28 semanas, eu implorei para que eles fizessem o parto. 28, 29 semanas ali. Foi logo na saída da UTI, nas primeiras semanas que eu estava na enfermaria, eu pedi para o meu pai e a minha mãe que eles fossem conversar com a obstetrícia e implorei para fazer o parto porque daí, tirando a nenê, eles poderiam administrar medicação e eu ia me livrar daquela dor, só que eu estava muito fraca, não tinha condições, então o doutor, até pela bebê não tinha problema, ele disse que ela estava bem, formada, mas eu não resistiria, então eles tiveram que aguardar (Ana).

Em relação ao terceiro tema, *A construção da parentalidade - o vínculo mãe-bebê do hospital aos dias atuais*, é possível identificar que a gestação e o parto ocorreram de modo turbulento no caso das infectadas pela COVID-19, antecipando o momento do parto e impactando nos primeiros contatos da mãe com o bebê no pós-parto. Devido às condições de saúde, Bela e Clara necessitaram de parto emergencial durante a internação em CTI, foram privadas do primeiro contato com o bebê, além de não terem lembranças

do nascimento:

Essa parte do parto no início foi bem difícil, eu falava e tocava no assunto e já abria o berreiro, hoje eu assimilo melhor, mas em seguida que eu saí foi muito difícil, eu não ter visto o parto dela, não ter pegado no colo, eu sei por causa de foto, eu vi foto, quando ela nasceu (Bela).”

A singularidade e o simbolismo que esse momento tem para cada mãe é algo único e a dimensão dessa perda se refletiu na frequência com que foi citada no relato das participantes, mesmo no caso de Ana que esteve consciente durante o parto e que a bebê precisou de internação:

Queria ter aquele primeiro contato já no começo né, e no fim, acabou não tendo porque ela já teve que ir para a UTI, aí eu fiquei um bom tempo no pós ali, esperando até conseguir subir, mas eu fiquei tranquila porque o meu marido e a minha mãe acabaram indo ver ela e foram na UTI Neo, e depois que eu subi para o quarto consegui ir lá ver ela (Ana)”.

Os primeiros contatos foram marcados com uma forte carga emocional, potencializada pelas intercorrências na gravidez, desde o início da construção do vínculo parental, com a notícia da positivação, a necessidade de internação, as adversidades no parto e a saúde prejudicada:

Eu ganhei ela eram umas seis e pouco da tarde, eu acho que eu fui subir para o quarto no fim da madrugada, no início da manhã, acho que foi. E, depois, de manhã eu acabei indo ver ela, eu não lembro, assim, exatamente. Mas eu lembro que daí a minha mãe me levou de cadeira de rodas até lá na UTI, que é no mesmo andar, e aí foi bem emocionante poder ver ela assim. Foi bem forte, porque daí ela estava na incubadora, assim, e aí consegui pegar ela no colo, botar no peito, foi bem, bem marcante, assim (Ana).”

Um contato inicial que no caso da Bela ocorreu por videochamada, 22 dias após o nascimento da filha. O primeiro contato físico, que ocorreu somente dias depois, foi relatado com grande emoção pela participante:

Aí eu conheci o meu bichinho. E aí eu peguei e colocaram no meu colo. E aí eu fiquei mais abismada, ainda. Porque ali eu fiquei olhando assim para ela, eu tive certeza que era minha filha, como estivesse pegando o meu filho no colo depois de 18 anos. Foi a sensação que eu tive quando eu peguei ela. Fiquei olhando, era muito pequena, muito pequena. E aí foi ótimo, claro que chorei horrores, óbvio. As psicólogas disseram que eu não poderia chorar e choraram junto também, foi uma choradeira total. Não teve quem, não chorou naquela Neo (risos). Acordar e voltar como eu voltei, muitas mães ali não voltaram. Então, cada mãe que voltava era uma conquista gigantesca. Um milagre, porque, nisso eu já descobri que tinha tido 3 paradas cardíacas, uma inclusive no dia que eu ganhei ela, tipo do dia 10 para o dia 11, duas e meia da manhã eu tive uma parada. E eu não estava reagindo, estava com 5 respiradores, estava muito complicada a coisa. E aí eles optaram em fazer a cesárea para salvar a [nome da bebê], mas foi feita para ela (Bela).

A amamentação também foi um desafio para as três participantes:

A amamentação também foi uma situação. Foi outro milagre para mim, porque de todos os outros eu só consegui amamentar o primeiro filho né...então, como eu já estava com dor nos pés, eu falei para as médicas “olha só, eu não pretendo amamentar, porque eu não vou suportar mais essa dor. Eu não estou disposta a passar por isso. Não tem problema dar fórmula... eu tinha muitas dores nos pés, eu não conseguia ficar lá com ela muito tempo, eu aguentava, assim, ficar uma hora, e já não aguentava mais, tinha que voltar para o meu quarto. E aí eles estavam dando fórmula, leite de fórmula, só que ela começou a vomitar muito assim, uma coisa exagerada... E aí eu disse “Não, me chama que eu vou aí e vamos tentar o peito para ver”. E era isso que ela queria, queria o peito. Pegou e não me deu uma ferida, nada (Ana).

Bela relatou ter passado por um certo distanciamento emocional em relação ao bebê após o nascimento como se a gravidez e o parto tivessem sido experiências traumáticas a serem bloqueadas:

Foi muito estranho, porque tipo eu bloqueei ela no início (...). É como eu esquecesse, que eu não tivesse um bebê.... Foi quando eu conheci, eu olhei, matei a curiosidade, mas isso me bastou. Aquilo me bastou, aquilo me bastou, tipo, o que eu queria mesmo, era sair daquela UTI, queria sair daquela UTI (neonatal)... fiquei 12 horas lá dentro com toda a dificuldade física, todas as dores que eu sentia. Porque para mim era um esforço horrível estar lá também (Bela).

A partir desse contexto, e com o passar do tempo, a vinculação mãe-bebê foi se construindo e sendo ampliada pelo maior contato das mães com seus bebês, principalmente, após a alta hospitalar, como fica claro no relato:

Foi maravilhoso ter vindo para casa. As crianças todas adoraram a bebê e babavam em cima né. No começo não foi fácil porque eu ainda não conseguia me movimentar muito bem, mas ela é uma bebê muito tranquila, então não teve esses problemas de passar noites em claro, de né, porque daí eu com dor, debilitada, mais isso...(Ana).

Notou-se que o retorno para casa teve impactos significativos na construção da parentalidade: “Depois que tudo que a gente passou a [nome da bebê] é minha vida, é o ar que eu respiro. Ela é tudo. E também tem isso, ela corresponde muito. Ela é uma criança muito feliz, ela é uma criança, muito amorosa (Bela)”.

A internação materializou a ruptura do ciclo gestacional esperado e afetou diretamente a experiência materna. A privação de momentos como o parto e o primeiro contato, levou a participante Clara a optar pela maternidade em tempo integral após a alta:

Pedi demissão do meu serviço, não queria mais trabalhar, queria aproveitar esse tempo com ela, o tempo que eu não tive quando ela nasceu, nesses dias que eu queria né, como toda mãe planeja o nascimento e tudo do seu filho, eu não tive e eu queria recompensar esse tempo com ela e com o meu filho também (Clara).

No que tange ao tema 4, *A vida que ficou lá fora*, ficou evidente que durante todo o processo de internação e alta, uma das preocupações mais citadas durante as entrevistas

referiu-se à família, especialmente em relação aos filhos que ficaram em casa:

Também eu tenho um filho, ele fez 7 anos agora, na época ele tinha 6, então essa parte foi bem difícil (...). Eu acordar depois, lembrar que eu deixei ele sabe, quase um mês, para mim essa foi a pior parte porque eu sabia que ele estava bem, mas não sabia se ele ia entender né, que eu estava no hospital, se eu ia voltar ou não né, então... ele estava aqui né. Tinha a família e tudo, mas não tinha eu. Então, essa parte, para mim, foi a mais difícil [se emociona e chora], e ficar longe dele né... (Clara)

A preocupação com o companheiro e os filhos que estavam em casa foi uma constante no processo de internação de todas as participantes. Pensar em como estariam e saber quem estava cuidando dos filhos na sua ausência foi motivo evidente de aflição, como expresso na fala de Bela ao despertar após a sedação: “ E aí primeira coisa que atinei foi perguntar sobre o meu esposo, porque daí eu fiquei preocupada com meu filho”.

O quinto tema relacionado às *Estratégias para lidar com o sofrimento* abordou as formas encontradas pelas participantes para lidar com a dor, a doença, a incerteza e a quebra de expectativas. Foram identificadas como estratégias a espiritualidade, a gratidão por estar viva, o atendimento recebido pela equipe assistencial, bem como, a importância dos suportes familiar e social. Além dessas estratégias, as participantes também apresentaram outras formas de lidar com esse momento dramático, como o uso da racionalização, do humor e a naturalização da vivência.

No que tange à espiritualidade, as falas a seguir representam a importância que a espiritualidade possui na vida das participantes e seu papel no processo de adoecimento e recuperação: “Deus me preparando e preparando ela para esse tempo distante, porque acabou eu em uma UTI e ela em outra. As duas cada uma lutando pela vida para que a gente pudesse ficar junto... É milagre, é coisa de Deus (Bela).”

Graças a Deus, deu tudo certo... eu tenho certeza que Deus me deu bastante calma nessa hora... Nossa, oração, fé, isso tudo faz parte também porque às vezes as pessoas não acreditam né, mas a gente tem que ter fé todos os dias que tudo vai

dar certo e é isso (Clara).

A ausência materna, devido a internação, criou a necessidade de formar redes de apoio cuja ajuda se estendeu para além do momento da internação, estando presente também nos cuidados após a alta: “Foram a minha mãe e o meu pai, acabaram ficando morando, praticamente, comigo, se revezando, para poder fazer as coisas de casa e me ajudar com a bebê, porque eu ainda não conseguia muito bem. Mal conseguia atendê-los (Ana)”.

Olhar retrospectivamente para tudo que enfrentaram gerou nas participantes um forte sentimento de gratidão pela vida: “Eles achavam que eu estava meio louca lá no hospital, a psiquiatria perguntava toda hora o que que eu pensava, porque não entendia como que eu tava levando, apesar de estar com muita dor, eu agradecia por estar viva (Ana)”.

Para Clara, uma das etapas mais difíceis foi a internação do bebê em CTI Neonatal. Sua estratégia foi racionalizar e confiar que a equipe de saúde estaria cuidando de sua filha: “E ela, eu sabia que ela estava bem, estava lá acompanhada de todos os médicos né, estava na caixinha, como a médica disse, e tendo todo o atendimento”.

Observou-se na fala da participante Bela o uso do humor para descrever sua recuperação e como estava se sentindo, principalmente, por intermédio do tom de voz e risadas:

Isso me liberou para eu comer normal.... Primeira coisa que eu fiz, lanchei um xizão, calabresa, oh delícia (risos), coisa mais boa aquilo... Aí eu tomei tanta água que foi tão bom... Eu caminhava igual ao Patati Patatá, assim, sabe, que nem uma palhaça. Toda, toda, errada, eu não caminhava, que nem uma pessoa normal. Tanto que a pantufa, eu tinha que usar fechada se eu usasse qualquer chinelo, eu arremessava ele longe, chutava assim... Se eu estou dando bicuda é porque eu estou caminhando (Bela).

Identificou-se, ainda, a utilização da naturalização como um recurso defensivo para lidar com as memórias traumáticas e buscar resiliência, como evidenciado na fala da

Clara:

Eu avalio que foi uma experiência complicada, mas ao mesmo tempo me fez crescer junto e mudar bastante também, em quase tudo na minha vida. Então, eu não considero hoje como uma coisa ruim, eu acho que foi, assim, acho que quando tem que acontecer simplesmente acontece né, e se deu tudo certo mais ainda né. É um aprendizado de vivência mesmo né, uma coisa que eu posso contar para outras pessoas também, que deu tudo certo (Clara).

As ações da equipe assistencial foram, muitas vezes, para além de facilitar o contato com a família que estava do lado de fora na tentativa de proporcionar um atendimento biopsicossocial e humanizado. No caso de Ana, que ficou internada por 80 dias, foram afixadas fotos dos seus três filhos que estavam em casa e de sua família na parede da sala em que esteve hospitalizada. Para Bela, o contato com a família por vídeo foi recorrente e fundamental, e Clara relata ter ganhado um diário da equipe relatando os primeiros momentos da filha desde o parto até o primeiro encontro entre as duas.

Por fim, o último tema, *Sequelas pós-COVID e transformações de vida*, refere-se ao período pós-alta e à reabilitação pós-COVID, atravessado por dificuldades relacionadas às sequelas tanto da doença, quanto da internação em CTI e intubação. As participantes verbalizam as adversidades do retorno para casa e descrevem os sintomas físicos e psíquicos, pontuando a importância do apoio familiar neste momento e a preocupação com cuidados do bebê. Elas contam que, aos poucos, retomaram suas rotinas e ressignificaram suas vivências, entretanto, sinalizaram que, assim como sua vida mudou, a dos familiares também.

Quanto às sequelas físicas, Ana desenvolveu uma neuropatia nos pés, causadora de muita dor: “A minha reabilitação, aprender a caminhar, falar, comer de novo, mas porque eu fiquei com uma neuropatia nos pés, uma dor insuportável nos pés (Ana)”. Bela, por sua vez, apresentou dificuldade para caminhar e ficou com uma lesão no punho devido a ter sido amarrada na internação:

Eu não podia sentar como uma pessoa normal... Até hoje eu tenho sequelas no pé

esquerdo, é o tempo todo dormente. Não consigo mais ir na manicure fazer os pés. Até para lixar a unha dói. É uma dor terrível, tipo... Fiquei com uma cicatriz, como eu ficava amarrada ali na UTI, acho que tinha, e ela ficou muito profunda. Ela é de dentro para fora, ela parece um oco, dentro do meu braço (Bela).

Clara, além de sentir fadiga após a infecção por COVID, também relatou sequelas na garganta que afetam sua comunicação diária, inclusive no trabalho:

Cansaço excessivo assim, eu procuro fazer as coisas para ver se passa sabe, porque, às vezes, mesmo não fazendo nada, parece que eu trabalhei o dia todo. E quando eu deito assim de noite, meu Deus, parece que meu dia foi cheio de coisas, mas eu vou indo né. O que mais me incomoda mesmo é a minha garganta ainda porque até eu to falando com vocês e ela tá secando, eu vou ter que tomar um copo d'água e não sei, eu acredito que seja do tubo porque eu tenho isso desde que eu saí do hospital. Isso me incomoda bastante né, e como eu preciso trabalhar e é recepção, é telefone, eu preciso usar a minha voz né. Ainda não sei como é que eu vou fazer, se eu vou ter que fazer outro tratamento ou alguma coisa né (Clara).

Quanto aos impactos psicológicos, Bela relatou sofrer ataques de pânico e crises de ansiedade durante a noite até recentemente:

Ainda no dia de hoje faz um ano, nessa época do ano eu estaria apagada se fosse há 1 ano atrás, eu acordo de pânico de noite... Não posso ficar com falta de ar porque, eu já fico, meu Deus, parece que vai me dar um troço. Isso me impactou muito porque eu sempre achei que era bobagem, ansiedade e ataque de pânico, tudo isso para mim era bobagem ...hoje em dia não, porque eu sinto isso, claro hoje está melhor, que antes era mais agora tipo agora eu tipo eu tenho 1 a 2 crises de noite. Passava a noite inteira sem conseguir dormir (Bela).

Outros transtornos mentais também estiveram presentes, como a depressão e a ansiedade de Clara:

Passei por um momento bem, assim, de ansiedade, até mesmo depressão, quanto

a isso, ao que eu passei né, de começar a lembrar de como foi para mim depois de acordar, de ter que fazer tudo de novo, mas isso eu acho que é coisa da nossa cabeça né, infelizmente a gente tem né. Acho que aos poucos a gente vai lidando com isso e ver que passou né. Então, no começo foi difícil para mim aceitar que tinha acontecido tudo aquilo, mas depois eu via “não, mas pelo menos deu tudo certo né (Clara).

Em alguns casos, os impactos da COVID não se restringiram apenas à mãe, mas também aos bebês, uma vez que todos nasceram prematuramente:

A [nome da bebê] teve entre os mil problemas que ela teve, ela teve um abscesso dentro do fígado. E tinha muito pus, então ela tinha que fazer 28 semanas de medicação, porque esse antibiótico não existia nem agulha para o tamanhinho dela, entendeu? Ela tinha que fazer dentro do hospital (Bela).

Ana verbalizou sobre as adaptações frente às transformações após hospitalização na rotina e nos planos de vida:

Eu achei que talvez fosse mais um adiamento de sonhos e projetos que já estavam em uma etapa, querendo, com planos de negócio, profissionais diferentes né e aí tendo, me vendo tendo que recomeçar tudo de novo com criança né e tudo. Apesar de mudar os meus planos, eu acho que está sendo os melhores porque minha vida era muito corrida, era uma coisa muito louca assim, a gente não parava em casa (Ana).

Ela mencionou, ainda, sobre as mudanças na convivência com a família estendida e como a adversidade ajudou a reconstruir laços:

Uniu a família novamente porque o meu pai era uma situação assim que a gente não brigou nem nada...Aconteceu foi que ele se aproximou novamente.. Mudou também meu relacionamento com a minha mãe ...então tudo isso acabou a gente dando mais valor aos momentos, se conhecendo melhor. Eles, agora, são bem mais presentes, assim, do que antes (Ana).

## **Discussão**

Os relatos das três participantes da pesquisa corroboram com os achados de Fumagalli et al. (2022), em que evidencia a ruptura abrupta que a COVID-19 trouxe ao ciclo gestacional de todas, uma jornada de incertezas e medos diante de uma doença pouco conhecida, um tratamento invasivo e longo e a perda de contato com o mundo externo durante uma parte da gravidez e nos dias iniciais após o nascimento do filho. A pandemia restringiu o contato com amigos e familiares, impossibilitando a realização de ritos como o chá de fraldas e organização da chegada do bebê. As participantes tiveram que deixar suas casas para receber atendimento médico hospitalar, quebrando a expectativa em relação ao período gravídico, e cujas complicações levaram à hospitalização.

Em todas as entrevistas, elas retomaram a extenuante trajetória para serem atendidas, primeiramente em razão dos testes que se restringiam a pessoas com sintomas, depois ao atendimento limitado a pacientes graves e, por fim, ao sistema de saúde de média e baixa complexidade não estavam preparados para assistência de gestantes, restando-lhes recorrer à alta complexidade. Levando em consideração esses relatos, parece que houve dificuldades para as instituições de saúde se adaptarem a este novo momento para conseguir atender os usuários, especialmente gestantes infectadas. Foi possível evidenciar as fragilidades e vulnerabilidades do SUS em todas instâncias e a importância da colaboração das instituições científicas, entretanto, cabe ressaltar a relevância do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento deste momento pandêmico (Bousquat et al., 2021). As restrições do acompanhamento pré-natal, a fim de evitar exposição ao vírus, bem como as mudanças no momento do parto e visitas, também exigiu uma adaptação da obstetrícia na reformulação dos seus processos de trabalho (Silva et al., 2021; Wastnedge et al., 2021).

A notícia da intubação foi muito impactante para as participantes, descobrir que precisariam ser entubadas e sedadas foi um momento emocionalmente sensível e marcado por sentimentos de medo e insegurança para todas. Essa angústia que se segue à notícia da intubação foi documentada na literatura como relacionada ao receio de morrer e de

deixar seus familiares (Boaventura et al., 2021), e se amplia considerando o elevado número de internações e mortes que estavam acontecendo naquele momento, especialmente em nosso país, com milhares de pessoas que eram entubadas e não sobreviviam (Souza & Lopes, 2021). Para todas as participantes, o que se seguiu depois disso foi uma luta entre a vida e a morte, não apenas a sua mas também a do bebê e que, felizmente, tiveram um desfecho favorável, diferente de outras milhares de vidas que não tiveram essa possibilidade. O despertar no isolamento do ambiente hospitalar e distantes do afeto familiar foi narrado como um momento confuso de retomada da consciência do seu corpo, do seu estado emocional, e do que havia acontecido. Para Bela e Clara, foi neste período de coma induzido em que o parto precisou ocorrer na tentativa de salvar as duas vidas em jogo.

Diante disso, a realização do parto nessas condições gerou frustração e quebra de expectativas para ambas as participantes, uma vez que não tem memórias de um momento de vida considerado muito importante, estavam sozinhas, desacordadas e, portanto, sem lembranças e sem fotos do nascimento do filho. Corroborando com esses achados, os autores Ertan et al.(2021), comprovam que as circunstâncias que acontecem o parto, podendo ser antecipado e/ou traumático, poderá desencadear sentimentos de culpa, abandono, impotência e medo, os quais podem gerar sintomas ansiosos e depressivos. Além, ainda, da privação do primeiro contato com recém-nascido, um encontro que é cheio de expectativas e esperado durante a gestação. Ademais, todos os bebês precisaram de internação em CTI Neonatal, o que agravou esse momento difícil. Em meio ao momento de turbulência que viveram e as emoções despertadas, as mães verbalizaram sentimentos ambivalentes em relação ao bebê, oscilando por momentos alegres e tristes, além de momentos de afastamento e apego, evidenciando oscilações neste processo de maternagem. Durante as entrevistas, as participantes evidenciam que precisaram ser muito resilientes para enfrentar todo o processo da sua própria internação e posteriormente cuidar dos filhos.

A extubação também foi relatada como um fato marcante, por simbolizar a vitória sobre a doença, a retomada da voz e da vida, mesmo que fragilizada, bem como a

retomada das forças. Nesse momento, o papel da equipe de saúde se expande para além do domínio biomédico e assume também um papel humanizador ao colocarem as pacientes em contato com suas famílias, da maneira possível, descrito como parte importante de fornecer um cuidado integral para a gestante/puérpera (Estrela et al., 2020). Pensando nisso, foi necessário adotar medidas e alternativas de atendimento aos pacientes em virtude das restrições de visitas utilizando as visitas virtuais como uma forma de aproximação com a rede de apoio, bem como a fixação de fotos da família. Outra mudança foi as comunicações médicas serem realizadas por ligações telefônicas (Aquino et al., 2023).

Levando em consideração esses aspectos, o suporte social e familiar é de extrema importância para as puérperas por auxiliar na construção da parentalidade, no enfrentamento dos sentimentos despertados diante das mudanças e readaptações após o parto e internação hospitalar, em que é necessário reestruturação das funções maternas, familiares e laborais (Carvalho & Arrais, 2022). Quando há uma vivência de parto traumática ter uma rede de apoio social presente se faz ainda mais necessário (Porto & Pinto, 2019), para amenizar os efeitos adversos à saúde mental das mães e todos envolvidos (Carvalho & Arrais, 2022).

Observou-se um relato mais empobrecido no que tange à nova parentalidade e ao vínculo mãe-bebê, o que pode expressar as fissuras nesse vínculo e processo de (re)construção em andamento, devido a uma gravidez conturbada pelos percalços da infecção por COVID. Há um foco maior no relato do adoecimento, tratamento e sequelas pessoais. Sabe-se que quando a enfermidade acomete a gestação os efeitos podem ser ainda mais intensos tornando uma experiência singular na qual poderá apresentar dificuldade na construção da parentalidade e no papel de mãe (Rodrigues et al., 2021). Além disso, a experiência materna da parentalidade não diz respeito apenas ao filho que estavam gestando, mas também aos que ficaram em casa.

O afastamento do ambiente familiar causa sofrimento psíquico acentuado e apreensão em relação à organização dos familiares e cuidado com os outros filhos. O processo de hospitalização impôs uma interrupção da rotina diária, sendo necessário

reestruturar e ressignificar para adaptar-se às mudanças drásticas impostas (Rocha & Dittz, 2021). O adoecimento materno e o nascimento de um novo membro da família, tiveram repercussões na organização pessoal, familiar, laboral e social, bem como, impacto emocional e físico, trazendo possíveis limitações, desafios e aprendizados (Rocha & Dittz, 2021). Por outro lado, é evidente uma vinculação e uma tentativa de reconstrução em meio a sequelas físicas e psíquicas que atingiram mães e filhos.

O uso de estratégias pessoais de enfrentamento, assim como a contribuição das estratégias humanizadoras da equipe de saúde e do respaldo familiar, amenizaram a angústia da hospitalização em suas diferentes etapas, assim como favoreceram o pós-alta. As estratégias de *coping* favorecem os desfechos e dão mais sentido à vida, bem como incentivo para manter a esperança (Camillo et al., 2021). Além disso, a importância do suporte social e familiar no decorrer da internação e pós-alta auxiliou no processo de recuperação e retorno para casa. Outro ponto que fica evidente refere-se às repercussões do apoio de pessoas conhecidas e desconhecidas. As participantes verbalizaram que não esperavam as manifestações de afeto e apoio recebido. Essa sensação de ser acolhida e apoiada é amplamente discutida na literatura como preventiva de sofrimento psíquico, uma vez que o suporte social percebido é fator de proteção, especialmente em situações de vulnerabilidade (Konradt et. al., 2011).

Apesar deste suporte social e emocional, pontuaram que o retorno para a casa não foi fácil, verbalizando as sequelas pós-COVID e processo de recuperação. Descrevem também as mudanças da rotina familiar para adaptar as necessidades atuais, limitações físicas e nova configuração familiar. Somado a isso, trouxeram preocupações com o cuidado com os filhos mais velhos e bebê que nasceu há poucos meses, expressando os sentimentos despertados pelo afastamento dos filhos. No que diz respeito às sequelas da infecção, os estudos recentes vêm evidenciando que mais de 50% dos infectados apresentam sintomas depois de 30 dias da internação hospitalar ou diagnóstico, sendo chamado de síndrome pós-COVID, podendo apresentar sintomas físicos, psicológicos, neurológicos, pensamentos suicidas, insônia, dificuldade para caminhar e estresse pós-traumático (Bragatto et al., 2021; Carvalho & Arrais, 2022). Conforme

podemos identificar nos relatos das participantes, os impactos da doença seguem mesmo cerca de um ano depois da internação e complicações e segue afetando a vida das participantes, seja para tratar de problemas físicos ou transtornos psicológicos que foram desencadeados ou se agravaram após a vivência traumática do processo de internação.

### **Considerações finais**

A pandemia impactou milhares de famílias alterando suas rotinas, assim como a forma de se relacionar, despertando sentimentos de medo, angústia e ansiedade. E gestar em momento pandêmico intensificou as preocupações durante o período gravídico, que naturalmente é carregado de transformações físicas, sociais, ocupacionais e psíquicas.

Foi possível evidenciar que uma internação hospitalar durante a gestação trouxe sentimentos de impotência e perda do controle, ainda mais por uma infecção por COVID-19, devido aos riscos relacionados e as incertezas de prognóstico. Os relatos do período de internação evidenciam o medo da internação, as rupturas do ciclo gestacional normal, o pânico diante da entubação, as perdas sensoriais e vivenciais desse tempo e a singularidade de ter um filho de forma inconsciente. Tudo isso permeado pelas restrições de visitas, ampliando um sentimento de estar só, amenizado por práticas de assistência que tentaram dar conta de algo novo para todos.

No decorrer das entrevistas percebe-se as sutilezas de ser mãe neste contexto. Nos relatos carregados de emoção, resiliência e amor, essas mulheres buscam retomar suas rotinas diárias e acompanhar o desenvolvimento dos seus filhos depois de lutarem pela sua vida. Após uma experiência traumática durante a gestação, o suporte familiar e social para que o vínculo mãe-bebê possa ser reconstruído e ressignificado mostrou-se fundamental. Realizar a maternagem em meio as sequelas que ainda permanecem é um desafio diário, no qual constantemente é preciso buscar estratégias adaptativas de enfrentamento e reconstruir a rotina com o bebê e toda a família.

As perdas e rupturas do momento inicial da parentalidade vão sendo ressignificadas no cotidiano dos cuidados e trocas que a mãe e o bebê estabelecem neste contexto de reparação dos corpos e dos vínculos. Observa-se que as mulheres ainda sentem dores e desconfortos decorrentes da internação e que atualmente, depois de um

ano, buscam ressignificar as suas vivências como mulher, mãe, esposa e profissional. Através disso, buscam aspectos positivos e protetores para seguir suas vidas e planos, tentando deixar na lembrança o processo de internação para construir o futuro.

Como limitações do presente estudo, entende-se que a dificuldade de acesso e contato com as participantes repercutiu num estudo com poucas participantes e com um tempo transcorrido da experiência de internação um tanto longo. Ademais, não possibilitou uma heterogeneidade amostral, que contemplasse mulheres primíparas ou com maior vulnerabilidade social, por exemplo. Como incremento de estudos de saúde materno-infantil e COVID-19, sugere-se pesquisas com outros membros da família que acompanharam a internação da gestante (como companheiros e filhos), bem como estudos longitudinais com mães e filhos que viveram esta experiência.

Por fim, ressalta-se a importância de ter buscado compreender como o agravamento da infecção pelo vírus da COVID-19 impactou a experiência de gestantes, a fim de auxiliar na construção de novas estratégias que humanizem o cuidado e auxiliem a construção do vínculo mãe-bebê em situações adversas extremas, além de instrumentalizar profissionais de saúde no atendimento deste público e de outros em situações de grave vulnerabilidade física e emocional semelhantes.

## Referências

- Aquino, A. M., Casanova, L. T., & Alencar, J. D. C. F. (2023). Efeito da restrição de visitas em unidades de terapia intensiva em meio à Covid-19: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 9(1), 966-980. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n1-073
- Azevedo, K. F., & Vivian, A. G. (2020). Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. *Diaphora*, 9(1), 33-40. <https://doi.org/10.29327/217869.9.2-5>
- Boaventura, M. D., Costa, M. R., Nunes, R. N., Santos, C. S., Sampaio, I. L., & Moura, L. R. (2021). Covid-19 na gravidez, parto e pós-parto imediato: implicações e intercorrências Covid-19 in Pregnancy, Childbirth and the Immediate Postpartum Period: Implications and complications. *Brazilian Journal of Development*, 7(7), 73368-73382.

- Bousquat, A., Akerman, M., Mendes, A., Louviston, M., Frazão, P., & Narvai, P. C. (2021). Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, 1(128), 13-26. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>
- Bragatto M. G., AlmeidaB. M. de, SousaG. C. de, SilvaG. A., PessoaL. de S. G., Silval. K., AmorimL. B., BarS. F., & SousaV. T. de. (2021). Estudo das sequelas neuroanatômicas associadas à Síndrome Pós-COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(12), e8759. <https://doi.org/10.25248/reas.e8759.2021>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology*, Vol. 2. *Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Camillo N. R. S., Matsuda L. M., Maran E., Pini J. S., Aveiro H. E. P., Labegalini C. M. G., & Blanco, Y. E. (2021). Perception of spirituality, religiosity, and euphemia in the light of hospitalized patients. *Rev Rene*, 22(e62502). DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262502>
- Carvalho, A., & Arrais, A. da R. (2022). Considerações sobre a Psicologia Perinatal em um ambulatório público de pré-natal especializado em gestantes expostas à COVID-19. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, 11, e4388. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2022.e4388>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Estrela, F., Silva, K. K. A. D., Cruz, M. A. D., & Gomes, N. P. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30, e300215. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>

- Frello, A. T., & Carraro, T. E. (2012). Enfermagem e a relação com mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 514-521.
- Fumagalli, S., Ornaghi, S., Borrelli, S., Vergani, P. & Nespoli, A. (2022). The experiences of childbearing women who tested positive to COVID-19 during the pandemic in northern Italy. *Women and Birth*, 35 (3), 243-253. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.001>
- Konradt, C. E., Silva, R. A., Jansen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M. et al. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 76-79. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011005000010>
- Lassi, Z. S., Ali, A., Das, J. K., Salam, R. A., Padhani, Z. A., Irfan, O., & Bhutta, Z. A. (2021). A systematic review and meta-analysis of data on pregnant women with confirmed COVID-19: Clinical presentation, and pregnancy and perinatal outcomes based on COVID-19 severity. *Journal of Global Health*, 11. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.05018>
- Martins, A. K. S. O. , Dutra, B. S. S. , Nunes, J. S. S. , Arrais, K. R. , Torres, L. O., & Lima, M. E. R. (2022). Impactos da COVID-19 durante a gestação. *E-Acadêmica*, 3(2), e1532162. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i2.162>
- Ministério da Saúde. (2021). Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOVID19\\_ED06\\_V3\\_28.04.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANONACIONALDEVACINACAOCOVID19_ED06_V3_28.04.pdf)
- Observatório Obstétrico Brasileiro. (2021). OOB SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas. [https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid\\_gesta\\_puerp\\_br](https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br)
- Péju, E., Belicard, F., Silva, S., Hraiech, S., Painvin, B., Kamel, T., Thille, A. W., Goury, A., Grimaldi, D., Jung, B., Piagnerelli, M., Winiszewski, H., Jourdain, M., Jozwiak, M., Argaud, L., Aubron, C., Bèle, N., Beloncle, F., Bertrand, P. M., ... Thiery, G. (2022). Management and outcomes of pregnant women admitted to intensive care unit for severe pneumonia related to SARS-CoV-2 infection: the multicenter and international COVIDPREG study. *Intensive Care Medicine*, 48(9), 1185–1196. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06833-8>
- Porto, M. A., & Pinto, M. J. C. (2019). Prematuridade e vínculo mãe-bebê. *Perspectivas em Psicologia*, 23(1), 139-151. <https://doi.org/10.14393/PPv23n1a2019-51041>

- Ribeiro, L. H. dos S., Vidal, A. P. , Risso, A. G. V. P., Calandrini, T. do S. dos S. , Cardoso, J. B. , Alves, V. H. , Vieira, B. D. G. , & Rodrigues, D. P. . (2022). Pregnant women's decision to vaccinate against Covid-19: scope review protocol. *Research, Society and Development*, 11(11), e246111133503. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33503>
- Rocha, A. L. S., & Dittz, E. S. (2021). As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no isolamento social devido à COVID-19. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29(e2158). <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2158>
- Rodrigues, D. B., Backes, M. T. S., Delziovo, C. R., Santos, E. K. A. D., Damiani, P. D. R., & Vieira, V. M. (2022). Complexidade do cuidado da gestante de alto risco na rede de atenção à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43. <https://doi.org/10.15309/22psd230132>
- Rodrigues, F. O. S., Vasconcelos, H. G., Neto, A. A., de Oliveira, R. M., da Silva, R. G., de Abreu Gonçalves, S., & dos Santos, W. C. (2021). Desfechos maternos da COVID-19 e atualizações sobre a vacinação em gestantes e puérperas. *Brazilian Journal of Development*, 7(6), 57232-57247. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-227>
- Rosa, P. C. S., & Grzybowski, L. S. (2021a). Ficha de dados sociodemográficos e de saúde. Material não-publicado elaborado para projeto de pesquisa no PPG Psicologia e Saúde da UFCSPA.
- Rosa, P. C. S., & Grzybowski, L. S. (2021b). Entrevista semi-estruturada. Material não-publicado elaborado para projeto de pesquisa no PPG Psicologia e Saúde da UFCSPA.
- Silva, L. T., Meurer, N. C., Rodrigues, D. A. C., Rahal, Y. A., Souza, I. A. de, Caran, L. L., Cruz, I. M., Romera, L. de O., Almeida, L. B. de , Ribeiro, I. P. de A., Nunes, T. D. A., Ferracini, G. F., Polizeli, L. B., Gonçalves, F., & Gonçalves, F. da S. (2021). Pregnancy and COVID-19 pandemic: Impacts on the maternal-fetal binomial. *Research, Society and Development*, 10(7), e23510716416. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16416>
- Silva, F. L., Russo, J., & Nucci, M. (2021). Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. *Horizontes Antropológicos*, 27(59), 245-265. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100013>
- Souza, T. M. de, & Lopes, G. de S. (2021). Assistência de enfermagem em terapia intensiva ao paciente com Covid 19: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 9, e6118. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e6118.2021>

- Tomfohr-Madsen, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300, 113912. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113912>
- Wastnedge, E., Reynolds, R. M., van Boeckel, S. R., Stock, S. J., Denison, F. C., Maybin, J. A., & Critchley, H. (2021). Pregnancy and COVID-19. *Physiological Reviews*, 101(1), 303–318. <https://doi.org/10.1152/physrev.00024.2020>
- World Health Organization [WHO]. Coronavirus disease 2019 (Covid-19) (2023) situation report 46. [https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid-19.pdf?sfvrsn=96b04adf\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid-19.pdf?sfvrsn=96b04adf_2)