

PUERPÉRIO IMEDIATO NA PANDEMIA: HISTÓRIA ORAL DE MULHERES À LUZ DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Naiane Ribeiro Prandini¹ 

Silvana Regina Rossi Kissula Souza¹ 

Ana Paula Prata Amaro de Sousa² 

Ana Clara Antunes Pereira Resende¹ 

Catia Campaner Ferrari Bernardy³ 

Marilene Loewen Wall¹ 

Natália Rejane Salim⁴ 

Tatiane Herreira Trigueiro¹ 

¹Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

³Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Londrina, Paraná, Brasil.

⁴Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de puerpério imediato de mulheres na pandemia da COVID-19 em maternidade pública de Curitiba/PR, no Sul do Brasil.

Método: estudo qualitativo, seguindo referencial metodológico da História Oral Temática; o local foi uma maternidade-escola de alto risco; a coleta de dados deu-se por entrevista semiestruturada, audiogravada, presencial, de outubro a dezembro de 2021, com análise dos resultados seguindo o método História Oral Temática, que compreende as fases de transcrição, textualização e transcrição.

Resultados: participaram nove mulheres no puerpério imediato, com profissões variadas e idade entre 25 e 34 anos. Os Temas Relevantes foram: “Maternar em um contexto de risco”, que versa sobre aspectos emocionais relativos à pandemia, assistência à saúde na pandemia e ações de cuidado contra COVID-19; “Percepções físicas e simbólicas do aleitamento materno”, que envolve sentimentos, manifestações no corpo e o simbólico do amamentar; “Conseguir: verbo transitivo direto e indireto”, que fala sobre o poder de transformação pessoal das mulheres; e “Nuances do cuidar”, que aborda (in)delicadezas do cuidado recebido.

Conclusão: A experiência de puerpério imediato no ambiente hospitalar na pandemia perpassou transversalmente aspectos da gestação, parto e puerpério, revelando elementos não relacionados à pandemia e outros, como o medo da contaminação, específicos do contexto pandêmico. Falar sobre sua experiência é oportunidade de expor sentimentos e alinhar pensamentos sobre sua realidade. Foram observadas características dos modelos de assistência ao parto orbitando entre tecnocrático e humanizado, demonstrando aspectos a serem superados por profissionais de saúde e trabalhados com as mulheres.

DESCRITORES: COVID-19. Mulheres. Pandemias. Puerpério. SARS-CoV-2.

COMO CITAR: Prandini NR, Souza SRRK, Sousa APPA, Resende ACAP, Bernardy CCF, Wall ML, Salim NR, Trigueiro TH. Immediate puerperium during the pandemic: women's oral history in the light of obstetric care models. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2023 [acesso YEAR MONTH DAY]; 32:e20230108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0108pt>

IMMEDIATE PUERPERIUM DURING THE PANDEMIC: WOMEN'S ORAL HISTORY IN THE LIGHT OF OBSTETRIC CARE MODELS

ABSTRACT

Objective: To describe the immediate puerperium experience of women during the COVID-19 pandemic in a public maternity hospital in Curitiba/PR in southern Brazil.

Method: A qualitative study, following the Thematic Oral History methodological framework. The setting was a high-risk maternity-school. Data collection took place through a semi-structured, audio-recorded, on-site interview, from October to December 2021, with analysis of results following the Thematic Oral History method, which comprises the phases of transcription, textualization and transcreation.

Results: Nine women in immediate puerperium participated, with varied professions and aged between 25 and 34 years. Relevant topics were: "Maternity in a context of risk", which deals with emotional aspects related to the pandemic, health care during the pandemic and care actions against COVID-19; "Physical and symbolic perceptions of breastfeeding", which involves feelings, manifestations in the body and the symbolic of breastfeeding; "Achieve: direct and indirect transitive verb", which talks about women's power of personal transformation; and "Nuances of care", which addresses the (in)delicacies of the care received.

Conclusion: The experience of immediate puerperium in hospital environments during the pandemic transversely went beyond aspects of pregnancy, childbirth and the puerperium, revealing elements not related to the pandemic and others, such as fear of contamination specific to the pandemic context. Talking about their experience is an opportunity to expose feelings and align thoughts about their reality. Characteristics of childbirth care models orbiting between technocratic and humanized were observed, demonstrating aspects to be overcome by health professionals and worked with women.

DESCRIPTORS: COVID-19. Women. Pandemics. Puerperium. SARS-CoV-2.

PUERPERIO INMEDIATO EN LA PANDEMIA: HISTORIA ORAL DE MUJERES A LA LUZ DE MODELOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia del posparto inmediato de mujeres durante la pandemia de COVID-19 en una maternidad pública de Curitiba/PR en el sur de Brasil.

Método: Estudio cualitativo, siguiendo el marco metodológico de la Historia Oral Temática. El escenario era una maternidad-escuela de alto riesgo. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, grabada en audio, cara a cara, de octubre a diciembre de 2021, con análisis de los resultados siguiendo el método de Historia Oral Temática, que comprende las fases de transcripción, textualización y transcreación.

Resultados: Participaron nueve mujeres en puerperio inmediato, con variadas profesiones y con edades entre 25 y 34 años. Los temas relevantes fueron: "Maternidad en contexto de riesgo", que trata aspectos emocionales relacionados con la pandemia, la atención a la salud en la pandemia y las acciones de atención frente al COVID-19; "Percepciones físicas y simbólicas de la lactancia materna", que involucra sentimientos, manifestaciones en el cuerpo y lo simbólico de la lactancia materna; "Conseguir: verbo transitivo directo e indirecto", que habla del poder de transformación personal de la mujer; y "Matices del cuidado", que aborda las (in)delicadezas del cuidado recibido.

Conclusión: La vivencia del puerperio inmediato en el ambiente hospitalario durante la pandemia permeó transversalmente aspectos del embarazo, parto y puerperio, revelando elementos no relacionados con la pandemia y otros, como el miedo a la contaminación, propios del contexto pandémico. Hablar de tu experiencia es una oportunidad para exponer sentimientos y alinear pensamientos sobre tu realidad. Se observaron características de modelos de atención al parto que orbitan entre tecnocráticos y humanizados, evidenciando aspectos a ser superados por profesionales de la salud y trabajados con mujeres.

DESCRIPTORES: COVID-19. Mujer. Pandemias. Puerperio. SARS-CoV-2.

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 gerou alterações globais nos cuidados de saúde, afetando mulheres, recém-nascidos, famílias e trabalhadores¹. Nos cuidados maternos e neonatais implementaram-se práticas de cunho restritivo que limitaram decisões e direitos, alterando a prática assistencial¹. Em instituições que adotavam políticas humanísticas, no período da pandemia estas práticas foram revertidas em favorecimento do modelo médico tradicional de assistência obstétrica, que afasta mães, bebês e famílias².

Em abril de 2020 gestantes e puérperas integraram o grupo de risco para COVID-19, intensificando medidas de proteção e com a elaboração de protocolos institucionais que reorganizaram a assistência obstétrica³. Nesse contexto, a realidade brasileira foi percebida na redução na oferta de consulta pré-natal, em novos protocolos relativos à higienização, na implementação do teleatendimento, na sobrecarga dos profissionais, em complicações para mãe e bebê devido à falta de cuidado pré-natal e no aumento da mortalidade perinatal e fetal⁴.

As mortes maternas pela doença no Brasil foram alarmantes e sinalizaram o cenário desafiador da assistência e garantia dos direitos³. De forma ampla, as consequências da doença afetaram mais diretamente as mulheres, mediante inúmeras iniquidades, afetando a saúde sexual e reprodutiva e a assistência gravídica-puerperal³. No contexto pandêmico, também a experiência de puerpério pode ser influenciada pelo medo e insegurança das mulheres em participar das consultas e contrair o vírus, de receber visitas, do desconhecido, das chances de complicações e morte⁵. Para as mulheres com a doença, a desinformação sobre aspectos de transmissão vertical, sobre amamentação e a chance de afetar negativamente o feto, dentre outros, geraram medos e angústias⁵.

O puerpério imediato compreende a estadia da mulher na maternidade nos casos de parto hospitalar, podendo ser entendido como o período que compreende os processos involutivos e de retomada do organismo feminino após a gestação, e, apesar de sua delimitação não ser precisa, pode ser definido como o período do primeiro ao décimo dia após o parto⁶.

Diante dos numerosos desafios e pautado na importância e necessidade de registrar a experiência das mulheres no puerpério, este estudo objetivou descrever a experiência de puerpério imediato de mulheres na pandemia da COVID-19, em uma maternidade pública de Curitiba/PR, com a pergunta de pesquisa “Como foi a experiência das mulheres no puerpério imediato hospitalar na pandemia da COVID-19?”.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa em História Oral Temática⁷, tendo como referencial teórico os modelos de assistência ao parto⁸. Seguiu-se o guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ).

A História Oral é um recurso para compreender o comportamento e a sensibilidade humana e a maneira como o mundo é visto pelo indivíduo, qual papel as pessoas desempenham no mundo⁷, por meio da narrativa de sua história. Escolheu-se o gênero de História Oral Temática, em que há foco central justificador da entrevista relacionado ao projeto; esse gênero recorta e conduz a possíveis maiores subjetividades, como os sentidos apreendidos pelos participantes nas experiências que viveram, as afirmações, contradições, fantasias; perguntas e respostas integram o processo e buscam elucidar questões divergentes da temática⁷.

Para operacionalização e consistência da pesquisa no método, são necessários três conceitos hierarquizados e relacionados entre si⁷, quais sejam: comunidade de destino, colônia e rede. Comunidade de destino é o conceito referencial inicial e envolve um grupo de pessoas que detêm um vínculo comum, que vivenciaram uma experiência marcante que reverberou na trajetória

de vida⁷. Na pesquisa, a comunidade de destino foram as mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia da COVID-19 no Brasil.

Parcela representativa do primeiro conceito é a colônia, que mantém as características singulares do grupo maior, mas, por ser fração daquele, torna executável a pesquisa e viabiliza o entendimento do coletivo⁷. A colônia da pesquisa corresponde às mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia no Estado do Paraná, Brasil. A rede, por sua vez, compreende a menor parcela do primeiro conceito e é uma subdivisão do segundo⁷. Nela importam os argumentos dados que justificam o fenômeno vivido. Na pesquisa, teve-se como rede as mulheres que experienciaram o puerpério hospitalar imediato durante a pandemia de COVID-19, em um hospital universitário da rede pública de saúde, na cidade de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil.

O local do estudo foi uma maternidade de alto risco de hospital universitário público da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, Região Sul do Brasil, por estas características e por ser referência para gestantes de diferentes riscos gestacionais durante a pandemia.

Os critérios de inclusão das participantes, no método nominadas de Colaboradoras, foram: mulheres que passaram pelo parto na referida maternidade durante a pandemia e que estivessem nas 24 horas de puerpério imediato. Como critérios de exclusão: mulheres no puerpério imediato menores de 18 anos, as que tivessem bebê natimorto e/ou bebê que necessitou de cuidados intensivos, mulher com limitações cognitivas tais como as relacionadas à memória e aspecto intelectual e/ou limitação auditiva.

O período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2021. Neste período foi retomada a presença do acompanhante, era realizado teste para COVID-19 na admissão, sendo necessário o uso de máscara de proteção facial, e havia vacinação para mulheres grávidas e puérperas. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada com tópico principal (“Conte-me como foi sua experiência de pós-parto/puerpério durante a pandemia covid-19”), tópicos complementares (sentimentos, sensações, emoções sentidas, amamentação durante a pandemia, apoio recebido, ações de saúde que auxiliaram no processo durante a pandemia, ações adotadas que poderiam ser implementadas em pandemias futuras) e informações gerais (iniciais, idade, profissão, religião, idade gestacional no momento do parto, mês do parto, tipo de parto, número de gestações anteriores, acompanhante presente no processo de pré-parto, parto e puerpério, alojamento conjunto, estratificação de risco). Realizou-se teste piloto⁹, havendo apenas reajuste de palavras, e o piloto incluso na amostra. Não houve repetição de entrevistas. O percurso da pesquisa foi registrado no caderno de campo⁷.

O recrutamento foi por convite verbal presencial e as Colaboradoras incluídas aceitaram participar no primeiro contato, após apresentação da pesquisadora e da pesquisa. As entrevistas ocorreram em sala reservada, individual e presencialmente, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mulheres. A coleta, bem como desde concepção a análise metodológica, foi realizada pela doutoranda, que é bolsista e autora principal e possuía experiência prévia no método. As entrevistas foram audiogravadas em dois aparelhos eletrônicos, simultaneamente. Foram respeitadas as demandas da mulher e do bebê. Com a versão final, o texto retornou a cada participante para leitura e, na concordância, assinatura da Carta de Cessão de Direitos, documento do método⁷; todas concordaram com o texto final. Para a devolução, agendou-se novo encontro presencial e individual. As entrevistas duraram 104 minutos no total.

No contexto de pesquisa qualitativa, estabeleceu-se a amostra conforme objetivo do estudo, por conveniência, buscando encontrar pessoas com experiências diversas sobre dado evento e, não necessariamente, montar amostra representativa⁹. Nesta abordagem, o tamanho amostral pauta-se na necessidade de informação; desta feita, utilizou-se o princípio da saturação, onde as respostas das participantes tornaram-se recorrentes, trazendo elementos semelhantes aos já ditos, não gerando novos⁹ que contribuíssem substancialmente para o aperfeiçoamento da reflexão

teórica, pois compreendemos que o material constituído possibilitava alcançar o objetivo proposto, sustentando a análise.

A análise das entrevistas seguiu o método, compreendendo três fases⁷. Na fase de transcrição absoluta ocorreu a passagem do áudio para a escrita, num texto equivalente, imitativo, conforme o que foi dito⁷. Foi utilizado o *software* VB audio *voicemeeter*®, que unifica fontes de áudio do computador, juntamente com documento do *Microsoft Office 365 Word*®, e que capta e transcreve o som em texto automaticamente, com agilidade.

Na fase de textualização o texto foi lido e relido, e perguntas retiradas para manter o texto mais claro⁷. O “tom vital”, frase que guia a narrativa, que confere sentido principal à narração e a partir da qual se reordena o texto, foi elencado⁷. A transcrição foi a fase em que se elaborou a versão final do texto e, após autorizada pela colaboradora, foi o material utilizado. Este processo possibilita, além da racionalidade, contato com dimensões subjetivas para melhor comunicar a intenção do que foi contado⁷.

O método prevê que os relatos sejam analisados, cruzados com conteúdo tanto interno quanto externo, possibilitando perceber singularidades, permitindo sustentá-las e dimensioná-las da experiência individual para o social⁷. A análise dá-se com a constituição dos textos, onde cada um é relido exaustivamente, para elencar temas emergentes e pontos convergentes que serão discutidos com conteúdo concernente⁷. Nesse contexto, a análise sobre a versão final do texto foi realizada por leituras iniciais para maior aproximação; após, lido em profundidade diversas vezes, de modo a perceber pontos menores presentes e convergentes, os Temas Relevantes emergiram. Exemplificando: no Tema Relevante “Maternar num contexto de risco”, houve pontos menores sobre medo da contaminação e morte do bebê, dentre outros. Cada Tema Relevante e pontos menores foi sinalizado em colorimetria simples, no documento *Word*®, destacando visualmente o conteúdo.

Na análise de dados houve triangulação de pesquisadoras, realizada de maneira a minimizar vieses oriundos de visão única de análise, objetivando validar o processo investigativo, enriquecer e complementar o conhecimento¹⁰. Duas pesquisadoras qualificadas, sem contato prévio com as entrevistas, as leram e identificaram pontos importantes que, confrontados entre si e convergentes, originaram os Temas Relevantes.

Na perspectiva dos modelos, tem-se que a cultura humana necessita como base um sistema de valores e crenças fundamentais, um modelo de visão que permita ao indivíduo compreender o mundo¹¹. Culturas em que esses sistemas se pautem na superioridade humana sobre a natureza são desafiadas a compreender as poderosas experiências naturais e sobrenaturais nas quais se integra o nascimento, pois manifestam que esse sistema é inadequado¹¹.

No que se refere à assistência ao parto, há três modelos preponderantes, quais sejam: o tecnocrático, que fomenta a separação entre a mente e o corpo, compreendendo este como máquina defeituosa; o humanístico, que fomenta a conexão mente e corpo, entendendo este como um organismo; e o holístico, que enfatiza a unidade corpo, mente e espírito e conceitua o corpo como campo de energia que interage trocando energia com outros campos⁸. Os profissionais que abordassem em sua prática elementos de todos eles criariam o “sistema obstétrico mais eficaz já conhecido”^{8:s5}.

A pesquisa desenvolveu-se sobre as normas éticas vigentes, com a coleta iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do local da pesquisa. Para codificação dos nomes das Colaboradoras, como não optaram por outro em substituição e tratou-se de, mesmo assim, fazê-lo, escolheram-se os nomes de escritoras brasileiras de poesias, contos, etc. A escolha fundamenta-se na estima por escritos poéticos, relevante recurso na recuperação da dislexia pós-COVID-19 da autora principal. Desta forma, mantendo o anonimato, a nomeação fictícia leva o termo Colaboradora e o nome da escritora.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa nove mulheres no puerpério imediato. A idade foi entre 25 e 34 anos; quanto à profissão, três eram “do lar”, as demais contadora, agricultora, auxiliar de farmácia, *bartender*, funcionária pública e autônoma. A idade gestacional no momento parto foi entre 37 e 41 semanas, sete mulheres haviam tido uma ou mais gestações anteriores; houve dois históricos de aborto prévio e, quanto à gestação atual, houve uma de alto risco e as demais de risco habitual. Quanto à presença de acompanhante, sete delas estiveram acompanhadas por familiares, geralmente esposo/companheiro com alternância no trabalho de parto (TP), parto e puerpério; todas mantiveram alojamento conjunto; nenhuma teve COVID-19 na gestação e/ou parto atual.

Os quatro temas relevantes emergidos da análise são expressos como Maternar em um contexto de risco, Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno, Conseguir: verbo transitivo direto e indireto, e Nuances do cuidado, revelando que a experiência das Colaboradoras perpassa pelo ciclo gravídico-puerperal.

Maternar em um contexto de risco

Os aspectos emocionais relativos à pandemia, assistência à saúde materna, presença do acompanhante e ações de cuidado contra a COVID-19 foram trazidos. No que concerne ao conteúdo emocional, houve a preocupação e o medo com a contaminação pelo coronavírus e sobre a vacina:

[...] eu tinha muito medo de pegar e fazer mal para ela (Colaboradora Thays).

Então até então eu não sabia que tinha mais essa variante, agora estou mais preocupada do que eu já estava com o covid. Até em si por ele [se referindo ao filho recém-nascido] ser pequenininho, não tem imunidade, não tem nada ainda [...] Ai, é perder meu filho [...] pelo que a doença faz, no estrago que ela pode causar. (Colaboradora Conceição).

Bom, é preocupante, porque quanto a ser uma gestação de risco e o covid é mais um fator de risco (Colaboradora Cora).

Eu fiquei receosa de tomar a vacina do covid, porque [...] eu fui vendo alguns contextos que me deixaram bem apreensiva (Colaboradora Adélia).

As mudanças na assistência à saúde materna durante a pandemia reverberaram no desconhecido e no distanciamento do local do parto, nas alterações de protocolos, como não receber visita na internação, falta de contato físico e uso de máscara de proteção facial. Os relatos ressaltam as mudanças na rotina hospitalar. As percepções, sentimentos e sensações das mulheres em relação a essas mudanças foram diversas:

[...] foi bem desafiador assim [...] até mesmo apreensiva com o parto em si, por não saber como seria [...] Agora já está um pouquinho mais liberado (Colaboradora Lygia).

A diferença agora é que a gente não está recebendo visita, é só o acompanhante [...] E as máscaras, né? Que não pode tirar do rosto (Colaboradora Carolina Maria).

A presença do acompanhante foi trazida como recurso de apoio emocional e auxiliar com o bebê durante a internação:

[...] eu estava meio desesperada já, de ter que ficar sozinha porque eu acho importante o apoio deles. Até mesmo para poder ir no banheiro tranquila e apoio emocional também (Colaboradora Lygia).

Ajuda bastante [...] ter alguém para olhar [o bebê], principalmente [...] para você pode ir tomar banho, [...] ir no banheiro, para poder comer (Colaboradora Adélia).

As ações implementadas na maternidade, tais como a realização do teste para detecção do SARS-CoV-2, aspectos de higienização, máscaras de proteção facial e o não recebimento de visitas, trouxeram segurança:

[...] fizeram o exame [de covid-19] e eu não tenho [...] então isso deixa a gente mais segura (Colaboradora Thays).

[...] se sente bem segura de ver toda a equipe com zelo no álcool, com máscara [de proteção facial], e tudo (Colaboradora Hilda).

O fato que elas acabaram de limpar o quarto, higienizaram tudo, lavaram maca, desmontaram tudo, eu achei bem bacana (Colaboradora Adélia).

Eu estou gostando de que não possa ter visita (Colaboradora Aline).

Percepções físicas e simbólicas sobre o aleitamento materno

Envolve os sentimentos por amamentar, as manifestações no corpo e o simbólico do ato, revelando aspectos próprios da prática.

Estamos com outro desafio que é a amamentação. Eu tenho um dos seios em que o bico é invertido, então já fez fissura, está machucando, mas faz parte do processo, dá tudo certo (Colaboradora Hilda).

Eu estou muito feliz [...] em poder amamentar ela, que era o meu desejo [...] é uma coisa muito boa, você se sente assim mais, mais importante! Ah, é uma alegria imensa! A enfermeira que me atendeu [...] me ensinou certinho, que eu achava que tinha que pegar com esses dois dedos [mostra o polegar e dedo médio] e a gente tem que pegar com C, então isso me ajudou bastante [se referindo à forma como usar os dedos para posicionar o seio para amamentação] (Colaboradora Thays).

Dói bastante porque fica sensível [...] mas ao mesmo tempo que dói é gostoso ver que você está se alimentando. Poder estar passando os nutrientes para ela, saber que é você! Que você tem o que ela precisa! Muito bom. A fonte de alimentação (Colaboradora Clarice).

Os sentimentos envolvidos no aleitamento materno (AM) foram positivos, ainda quando visto como desafio. As sensações corporais foram de sensibilidade e dor nos mamilos, com ocorrência de fissuras. O simbolismo de amamentar envolve o desejo de fazê-lo, a percepção de se sentir importante, valorizada, como única fonte de nutrientes. Apresentou-se também a possibilidade de não amamentar:

[...] a gente está tentando fazer isso [...] muito complicada também [...] não estou preocupada com isso, se eu precisar interromper. Hoje não tem aquela coisa de que “ah tem que mamar no peito da mãe” não, de forma alguma (Colaboradora Aline).

Conseguir: verbo transitivo direto e indireto

A palavra “conseguir” emergiu das narrativas e sobressaiu-se na análise, sinalizando como se o parto e puerpério fossem uma luta. Os verbos transitivos são aqueles que necessitam de algum complemento para que tenham sentido completo; “conseguir” não pode estar sozinho, precisa de “o quê”, “quem”. Quando o verbo transitivo é direto, o complemento não precisa de preposição e, quando indireto, necessita preposição. Conseguir se movimentar nas duas possibilidades. Revela sobre a transformação pessoal e êxito alcançado. Os trechos dizem:

A mãe também nasce (Colaboradora Lygia).

Uma nova mulher [...] que nasceu (Colaboradora Conceição).

Foi uma luta, mas ele veio de cesárea (Colaboradora Hilda).

Eu achei que eu ia morrer e que eu não ia aguentar que eu não ia conseguir tirar ela de mim, que eu não ia ter essa força, e consegui! É uma vitória (Colaboradora Thays).

Foi bem difícil, achei que eu não fosse conseguir, que eu não fosse ter força [...], mas acaba havendo uma força não sei de onde [...] uma força muito, muito, muito, muito, muito grande e aí [...] vem o ser humaninho. Mas não é fácil (Colaboradora Clarice).

A responsabilidade que entra é muito grande (Colaboradora Aline).

Nuances do cuidar

O tema é composto por (in)delicadezas do cuidado. A nuance de delicadeza emergiu da satisfação envolvida com o atendimento profissional e o afrouxamento de medidas de precaução contra a COVID-19:

[...] foi super bom, foi surpreendente na verdade [...] eu já esperava assim: “Meu Deus, não vai poder fazer nada, não vai poder ninguém ficar comigo”. E agora, como está um pouquinho mais liberado, foi bem boa a experiência (Colaboradora Lygia)

Cuidaram muito bem, colocaram a gente num quarto sozinhos, em que eu podia ficar sem máscara, foi ótimo [...] eu me senti muito à vontade, muito bem acolhida, a doutora foi maravilhosa, as pessoas que me cuidaram até hoje de manhã para me ajudar dar banho. [...] A doutora que me atendeu foi maravilhosa, ela deixou ficar apertando a mão dela, eu gritava, pedia socorro para ela, ela falava “eu vou te ajudar, eu estou aqui [...] ela [a médica] olhava para mim e falava “Eu estou aqui, você vai conseguir” a doutora e meu marido falavam: “você vai conseguir” [...] A enfermeira que me atendeu, até isso era maravilhosa. Ela me ajudou a tomar banho, me ensinou certinho (Colaboradora Thays)

Sempre, todas às vezes que eu precisei vir aqui eu fui muito bem atendida [...] isso já traz um pouco mais de conforto [...] os médicos também me tiraram todas as dúvidas, foi realmente um atendimento muito bem humanizado, que eu digo. (Colaboradora Aline)

As Colaboradoras se sentiram “acolhidas”, “cuidadas”, “com conforto”. As delicadezas revelaram-se ainda em situações sutis de encorajamento, de toque na mão e questões informacionais, e práticas como orientações sobre amamentação, esclarecimento de dúvidas, auxílio para o banho.

A nuance de indelicadeza emergiu no sentido de caracterizar aspectos pouco sensíveis à integralidade da mulher, apresentando-se no não acolhimento, não escuta e no cerceamento da escolha. Sobre o não acolhimento, temos que:

[...] eu tive pré-eclâmpsia, deu descolamento de placenta, então fiquei com medo de perder ele. E quando eu voltei da anestesia eu não vi ele, então para mim foi bem assustador. Eu achei que tinha perdido ele e eles não tinham me contado nada. O medo já estava na cabeça já, de ter perdido ele, então chorei tudo o que eu tinha para chorar ontem. A hora que eu vi ele, tudo se acalmou [...] fui para sala era onze horas, hora que eu acordei já era três e quinze [da tarde]. Não lembro de nada, de nada (Colaboradora Conceição)

A respeito da não escuta:

[...] a equipe foi muito boa, mas eu senti que eu sofri nisso, que eu tive que insistir muito para poder evoluir ali e descobrir realmente que estava com o rostinho virado e daí não conseguiu virar (Colaboradora Hilda)

Os relatos mostraram as questões que envolveram a vacinação, dúvidas, medo e pressões. Medos e pressões aparecem de diferentes formas, mediando as escolhas e refletindo nas vivências:

[...] eu tomei a vacina mesmo depois do sétimo mês, porque minha médica falou assim: “não, agora já está todo formadinho [o feto], ele só está pegando peso então agora é o ideal tomar”. Fiquei meio assim... e ainda recebi uma ligação por parte do posto de saúde perguntando por que eu não tinha tomado, eu me senti meio pressionada e acabei tomando. (Colaboradora Adélia)

[...] Por virtude do meu problema os médicos sempre falavam que eu não era para engravidar, e função da minha idade ele [o médico obstetra que a acompanha] falou assim: “-Oh, existe a possibilidade, mas tem riscos e se tu quiser está na hora, por causa da idade]”. Falei: “-Ah, vou tentar” [...] tentei, deu certo. (Colaboradora Cora).

Eu tinha muito medo de não conseguir amamentar, porque eu fiz cirurgia no peito e [...] meu doutor tinha certeza que não poderia amamentar [...] estão deixando eu respirar para poder ter esse momento com a minha filha [...] (Colaboradora Thays).

DISCUSSÃO

Vivenciar o puerpério em ambiente hospitalar na pandemia compreendeu mudanças de práticas, protocolos e formas de cuidado. Os sentimentos envolvidos na amamentação compreendem prazer, satisfação, felicidade, sentimento de valia; há também insegurança, cansaço, culpa e percepção de ser desafiadora, desgostosa, estressante¹². Sobre a amamentação, a experiência abarcou sentimentos, manifestações corporais e simbologia. As mulheres entendem a amamentação como dom divino, da natureza feminina; vista como algo que ultrapassa a característica biológica¹².

Os traumas mamilares, como as fissuras citadas nas narrativas, são uma das principais barreiras no AM¹². No entanto, ações que visam somente cuidar de aspectos biológicos, representativas do modelo tecnocrático, não respondem na totalidade às necessidades da mulher que vive uma transição e, por vezes, necessita ser ouvida com atenção, ter dúvidas esclarecidas e a angústia suavizada¹³.

A possibilidade de não amamentar foi citada e aqui é relevante percebermos que o AM toma aspecto institucional e disciplinar naturalizado tanto pelos profissionais em relação às mães, quanto pelas mães por si mesmas, algo como uma obrigatoriedade para a alta hospitalar e que, de certa forma, “qualifica” a mãe para que desempenhe essa função fora deste ambiente¹⁴. Sinaliza-se aqui o respeito do estímulo à prática, às mulheres que amamentam ou não, pois incorre-se no risco de, na não amamentação, representar aspecto do modelo tecnocrático de que o corpo feminino é defeituoso e incapaz, e a mulher se culpar ou ser culpabilizada por não amamentar.

A experiência revelou pontos diretos de ligação com a pandemia, como medo e preocupação. A pandemia, em si, gerou e acentuou o medo conectado ao incógnito e ao inesperado que o parto abarca, somado a ficarem expostas, inseguras e sujeitas a protocolos sem escolhas, à sensação de perda de controle e incertezas do porvir¹⁵. A preocupação com o efeito da doença para si e para o bebê, como em nossa pesquisa, foi relatada por outras mulheres com 91% e 99%, respectivamente¹⁶, demonstrando preocupação sobre isso. A contaminação e possibilidade de o bebê ser afetado foram temidos pelas mulheres, somado à afetação de não ter acompanhante, relatada como traumatizante⁵. Acolher, dialogar, vincular e respeitar a vontade e os desejos são essenciais para que o parto e o nascimento tenham desfecho favorável⁵.

O medo da vacina COVID-19 também foi citado. Revisão sistemática com metanálise identificou que a aceitação dessa vacina entre mulheres gestantes girou em torno de 53,46%, menor, em comparação à população geral¹⁷. Ademais, a aceitação mostrou-se crescente, o que pode ter sido atribuído a estratégias comunicacionais, sinalizando que a recomendação de obstetras pode influenciar fortemente a decisão de vacinar¹⁷.

Na pandemia, algumas condutas implementadas com pouca evidência afetaram gestantes e casais, sendo potencialmente danosas à saúde e ao direito das gestantes, especialmente as que cercearam o suporte emocional durante o TP¹⁸. Perante novas situações, como a pandemia, retomam-se de imediato padrões anteriores, o que não é seguro para a saúde e bem-estar das mulheres e bebês, pois são voltados para a intervenção, contrários às evidências de qualidade, expondo-se ao risco de aplicar novamente ações de foco institucional e rotineiro, muitas vezes excluindo as dimensões física, psicológica, espiritual, social e cultural das pessoas¹.

No contexto pandêmico a atenção à saúde de mulheres gestantes, puérperas e bebês demandou cuidados de modo que fossem preservadas as boas práticas obstétricas e evitada a contaminação viral¹⁵. Era imprescindível equilíbrio de ações com evidências de qualidade e das relativas ao vírus, articulando cuidado materno e COVID-19 com ações eficazes, compassivas e que respeitassem direitos de mulheres e bebês, dadas as consequências não previstas de ações não pautadas em evidências de efetividade¹.

Na experiência, as Colaboradoras manifestaram-se sobre a presença do acompanhante. Para as mulheres é traumatizante ficar sozinha, cuidar do bebê sem auxílio do acompanhante, inferindo-se que essa presença salvaguarda sua opinião e desejos⁵. Na pandemia houve normativas limitando o acompanhante, contudo, na coleta de dados no local do estudo, o direito ao acompanhante foi permitido. Em outro estudo, mesmo fora da pandemia o acompanhante não foi autorizado, por vezes só poderia ser do sexo feminino e, em outras, a mulher escolheu a pessoa; nas duas primeiras situações as determinações opuseram-se aos desejos das mulheres¹⁹. Para evitar a contaminação, práticas que valorizavam o protagonismo da mulher foram preteridas, o que ocasionou sofrimento às parturientes, familiares e profissionais; estes observaram que o isolamento e o fato de se impedir a presença do acompanhante produziram intenso sofrimento nas mulheres⁴.

Da sensação de segurança trazida pelas Colaboradoras na adoção de condutas tais como o teste de COVID, inferimos que se relaciona também ao resultado negativo. Em outro estudo citam-se como medidas preventivas a verificação de sintomas respiratórios na admissão hospitalar, higienização das mãos, uso de máscara de proteção facial pelos profissionais e acompanhante no TP e parto e proibição de visitas²⁰.

Assente ao relato do benefício da não visitação, outras mulheres relataram maior intimidade e mais tempo para si e para o bebê devido à calma hospitalar por menor lotação, e perceberam os profissionais mais relaxados por atenderem apenas pacientes²¹. Congruente a isso, a quietude na internação devido à ausência de visitantes e o apoio dos profissionais representaram fator protetivo para a saúde mental de puérperas²². Por outro prisma, a não visitação foi experiência ambivalente, por não partilhar esse momento²⁰.

Das narrativas emergiu a nuance de delicadeza do cuidado, representando característica do modelo humanístico, o qual toma a conexão entre corpo e mente, enxerga a mulher como sujeito e não como objeto; tendo como essência o vínculo de cuidado entre a mulher e quem presta os cuidados e a conexão da paciente com os variados aspectos de si, familiares e sociais⁸. Este modelo exige conexão e relação e insiste na profunda humanidade dos envolvidos; salienta a importância do toque, do cuidado e abre discussão sobre opções de cuidado, guiando para que valores sejam partilhados, considerando a participação da mulher e a empatia por parte do profissional⁸.

Aspectos positivos do cuidado de enfermagem no puerpério imediato foram identificados no comportamento atencioso e alerta aos sinais corporais, no ensinamento de aspectos práticos de cuidado, no sanar de dúvidas e na maior disponibilidade de tempo em relação a médicos²³. Demonstrar paciência, disponibilidade, preocupação, manejar reações emocionais e verbais no TP, esclarecimento de dúvidas e verbalização de cuidado foram pontos de bom atendimento profissional percebidos pelas mulheres¹⁴.

Possibilitar ambiente privativo que viabilizasse não usar a máscara de proteção facial no TP revelou atenção e cuidado. O uso de máscara foi barreira no relacionamento entre mulheres e profissionais de saúde, como relatado por mulheres grávidas ou que pariram na pandemia; para elas, a máscara dificultou o aspecto comunicacional, o reconhecimento dos profissionais e dissociou a experiência de parto²¹.

Nas indelicadezas, perceberam-se o não acolhimento e a separação mãe-filho após cesariana. A separação é o princípio básico subjacente do modelo tecnocrático, em que há separação logo após o nascimento, pois considera-se que o bebê é o produto que se deseja, novo membro social pertencente à sociedade e não à mulher⁸. A mulher, por sua vez, é vista como objeto, produto secundário, sua experiência raramente interessa aos profissionais, que se alienam em relação a ela, isentam-se da responsabilidade das intervenções sobre seu corpo e o impacto disso na mente e espírito da mulher⁸.

O afastamento pós-cesariana gerou incômodo para mulheres que o vivenciaram, causando experiência negativa e insatisfação com a assistência recebida²⁴. O (des)cuidado no puerpério

imediatamente foi visto no não atendimento das necessidades das mulheres, na falta de orientações importantes e atenção e cuidado distintos, e no foco em questões assistenciais técnicas em prejuízo das necessidades vindas das mulheres puérperas²³.

A não escuta integra as indelicadezas. Em outras experiências, a não escuta ocorreu no desrespeito à autonomia da mulher no TP e parto, e relativo a seus desejos, com denotação de passividade ante a postura médica¹⁹. Os profissionais esperam das parturientes comportamento de obediência, passividade, docilidade, para que observem as instruções dadas, submetendo a mulher à autoridade do saber técnico²⁵.

As mulheres desenvolvem comportamento passivo, pois são mais atingidas por características sociais que criam estruturas de poder, gerando assimetria entre indivíduos²⁵. Normativas de gênero moldam comportamento, atributos e papéis sociais que cerceiam a autonomia e apoio feminino²⁵, podendo refletir nas decisões sobre gestação, parto e puerpério. Podem fortalecer aspecto tecnocrático de segregação da mulher em componentes e da experiência de parturição do fluxo da vida, libertando os profissionais da responsabilidade de cuidado com a mente e espírito da mulher e afastando-os dela, pois entendem não haver necessidade de envolvimento⁸. Mesmo conhecendo a potência do toque e afeto, os profissionais não o fazem por autoproteção⁸.

Nessa acepção, componente deveras relevante é a comunicação, que acontece de diferentes formas, dependendo de personagens e papéis envolvidos; possibilita troca de informações, ideias e sentimentos, que sejam fornecidos dados, dirimidas dúvidas e ouvidas queixas da mulher no puerpério, o que incrementa a segurança e acolhimento¹³.

Alusivo à nuance da escolha, houve a ação de profissionais de saúde sobre a vacina, gestação e amamentação. Embora o conteúdo de escolha transpasse da gestação ao puerpério, a literatura versa predominantemente sobre o parto. Neste sentido, tem-se que, nas práticas em saúde, as relações de poder obstruem o protagonismo da mulher no parto, reafirmam a opressão sobre o corpo feminino e naturalizam práticas inadequadas²⁴. A experiência positiva de parto é propiciada quando as mulheres tomam o centro da assistência e participam das decisões de cuidado com profissionais qualificados e empáticos, em ambiente seguro, sendo profícuo o papel educativo dos profissionais de saúde voltados à escolha informada e tomada de decisão²⁵.

Relativo à via de parto, a escolha, para além do desejo, está subordinada ao acesso informativo pré-natal e compreende aspectos voltados à família e cultura²⁶. Por vezes, a oferta de informações pelo médico é elaborada como um cenário de necessidade clínica da cesariana, com a finalidade de convencer os envolvidos – mulher, acompanhante e EO – de que a única saída é a apresentada por ele²⁶. No entanto, uma relação entre profissional e paciente, erigida a partir do respeito e confiança, relevando a subjetividade e necessidades singulares da mulher, é primordial para o cuidado, pois legitimar as escolhas possibilita que ela se posicione criticamente quando do recebimento de informações²⁶.

A assimetria profissional onde as mulheres dependem da informação do médico faz com que se sintam incapacitadas para escolherem e defenderem desejos ante a questão técnica posta pelo profissional, o que, conjunto à desinformação, dificulta a experiência de parto mais segura e autodeterminada²⁷. Essas relações de poder na obstetrícia amparam-se no modelo hegemônico de assistência e em práticas intervencionistas que carecem de evidência científica e cuidado humanizado; relações delineadas pelo poder profissional sobre a parturição e protagonismo feminino²⁸. Legitimar as escolhas das mulheres, outorgando a elas autonomia de ser e agir no todo dessa vivência, torna-se imprescindível²⁶.

O tema “Conseguir” versou sobre transformação pessoal e êxito. A gravidez e o parto são acontecimentos naturais e de imensa relevância de cunho moral e emocional; experiências transformadoras, inoxidáveis²⁹. A gestação aponta transformação, gerando nas mulheres sensação

de perda de controle, reformulação da imagem, aumento da responsabilidade e crescimento pessoal, revelados pelas Colaboradoras; e crescimento conectado ao tornar-se mãe, a experiência mais profunda, incomparável³⁰.

O nascimento é elemento experiencial ímpar; o parto é entendido como portal de transição; mulheres que o atravessam sentem-se fortes, capazes, em sintonia consigo e realizadas³⁰. Tão intenso e valoroso é, que partos traumáticos geraram dificuldades na relação mãe-bebê, pois vedou-se a passagem iniciática da maternidade³⁰.

As Colaboradoras não acreditavam ter força suficiente, revelando aspecto do modelo tecnocrático de dúvida de si. Neste modelo as mulheres acreditam que as funções femininas naturais são defeituosas e perigosas; inculca a ideia de que o corpo não é normal nem previsível e, naturalmente, é uma máquina defeituosa; apregoa que gestação e parto deixam o corpo-máquina em risco contínuo de funcionar inadequadamente ou falhar inteiramente, divisando o nascimento como processo mecânico⁸. Isso fragiliza a confiança e capacidade da mulher de escolher e vivenciar seu processo. Para que a mulher exerça autonomia é preciso ambiente livre de violência, com garantia de direitos humanos e acesso ao necessário para promover igualdade de gênero²⁵.

Como limitações da pesquisa, tem-se um único local de coleta e pelo tipo de estudo não permitir generalizações, embora revele a experiência das participantes sem comprometer a qualidade dos achados e discussão. Não foi investigada experiência de outros indivíduos, bem como o puerpério tardio, o que poderá ser pesquisado futuramente.

CONCLUSÃO

A experiência de puerpério hospitalar imediato na pandemia perpassou aspectos da gestação, parto e puerpério e revelou certos aspectos próprios do processo gestar, parir e do puerpério que transpassam outros eventos. Apontou também o medo da contaminação pelo novo coronavírus e a incerteza das alterações de fluxo na maternidade. A memória das participantes resgatou sua trajetória ao longo dessa caminhada, assim, falar de sua experiência é oportunidade de exporem sentimentos e alinharem pensamentos sobre o que estão vivendo. A história oral permitiu acessar conteúdo íntimo, profundo e sagrado das mulheres num momento em que o afastamento era imperativo, denotando a vontade de contribuir com sua experiência. As características dos modelos de assistência ao parto orbitam entre tecnocrático e humanizado, demonstrando pontos a serem refletidos e desenvolvidos.

Espera-se que os resultados reforcem a necessidade de atendimento integral prestado no puerpério, principalmente, por profissionais de enfermagem. É conteúdo que poderá ser utilizado como apoio na elaboração de condutas em futuros eventos de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Renfrew MJ, Cheyne H, Craig J, Duff E, Dykes F, Hunter B, et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. *Midwifery* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];88: 102759. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102759>
2. Davis-Floyd R, Gutschow K, Schwartz DA. Pregnancy, birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Med Anthropol* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];39(5):413-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
3. Paes LB de O, Salim NR, Stofel NS, Fabbro MRC. Women and COVID-19: Reflections for a sexual and reproductive rights-based obstetric care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 22];74:e20201164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>
4. Almeida RAAS, Carvalho RH de SBF de, Lamy ZC, Alves MTSS de B e, Poty NAR de C, Thomaz EBAF. From prenatal to postpartum care: Changes in obstetric health services during the covid-19

- pandemic. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 22];31:e20220206. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0206en>
5. Stochero HM, Antunes CS, Smeha LN, Silva SC da, Backes MTS, Backes Dirce S. Percepções de gestantes e puérperas no contexto de pandemia da covid-19. *Av Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 22];40(Suppl 1):11-22. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1supl.100057>
 6. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia*. 13th ed. Rio de Janeiro, RJ(BR): Guanabara Koogan; 2018.
 7. Meihy JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar*. 2nd ed. São Paulo, SP(BR): Contexto; 2017.
 8. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2001 [acesso 2023 Mar 9];75:S5-S23. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
 9. Polit D, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem* [Internet]. 9th ed. Porto Alegre, RS(BR): Artmed; 2019 [acesso 9 Mar 2023]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714904/>
 10. Santos K da S, Ribeiro MC, Queiroga DEU de, Silva IAP da, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];25(2):655-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>
 11. Davis-Floyd RE. The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly. *Soc Sci Med* [Internet]. 1990 [acesso 2023 Maio 29];31(2):175-89. Disponível em: <http://www.davis-floyd.com/articles-and-book-chapters/>
 12. Lima SP, Santos EK, Erdmann AL, Farias PH, Aires J, Nascimento VF. Perception of women regarding the practice of breastfeeding: an integrative review. *R Pesq Cuid Fundam online* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 9];11(1):248-54. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.248-254>
 13. da Silva Santiago Strefling I, Brignol Borba C, Correa Soares MCS, Carbonell Demori CCD, Gomes Jardim Vaz CH, Pinto dos Santos C. Perceptions of puerperas on nursing care in joint accommodation. *R Pesq Cuid Fundam online* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Mar 9];9(2):333-9. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.333-339>
 14. Kolln Genero I, Reis dos Santos K. Vivências de mulheres sobre o processo de parturição e pós-parto em um hospital escola. *Rev Psi Divers Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];9(3):261-79. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsd.v9i3.2915>
 15. Souto SPA do, Albuquerque RS de, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];73(Suppl 2):e20200551. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>
 16. Kumari A, Jaiswal P, Ranjan P, Kumari R, Chadda RK, Upadhyay AD, et al. Negative emotions, triggers, and coping strategies among postpartum indian women during second wave of COVID-19 pandemic: Lessons for the subsequent waves and beyond. *J Obstet Gynecol India* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 9];73:146-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13224-022-01713-z>
 17. Azami M, Nasirkandy MP, Ghaleh HEG, Ranjbar R. COVID-19 vaccine acceptance among pregnant women worldwide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 9];17(9):e0272273. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272273>
 18. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: A scoping review. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 9];18:10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

19. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];32(1):91-8. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5739>
20. Viera M, Evia V. Parir y nacer en tiempos de covid-19 en Uruguay. *Alteridades* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 9];31(61):51-65. Disponível em: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alt/2021v31n61/Viera>
21. Von Rieben MA, Boyd I, 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. *Front Psychol* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 9];13:11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.986472>
22. Prandini NR, Souza SRRK, Resende ACAP, Freitas EAM de, Serrato JT, Skupien SV. Salud mental de puérperas durante la pandemia de covid-19: Revisión integradora. *Aquichan* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 9];22(2):e2227. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.7>
23. Mesquita NS de, Rodrigues DP, Monte AS, Ferreira AL de A, Manguinho KPC, Brandão JC. Perceptions of puerperas about nursing care received in the immediate post-breastfeeding. *R Pesq Cuid Fundam online* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 9];11(1):160-6. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.160-166>
24. Reis CC, Ferreira de Souza KR, Santos Alves D, Tenório IM, Brandão Neto W. Women's perception of their first labor experience: Implications for nursing. *Cienc Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2023 Mar 9];23(2):45-56. Disponível em: <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200045>
25. Mauadie RA, Pereira AL de F, Prata JA, Mouta RJO. Discursive practices about the decisionmaking power of women in childbirth. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Mar 9];26:e220103. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220103>
26. Oliveira VJ, Penna CM de M. Every birth is a story: Process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Jun 1];71:1228-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
27. Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];25(11):4531-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
28. Pieszak GM, Gomes GC, Rodrigues AP, Wilhelm LA. As relações de poder na atenção obstétrica e neonatal: perspectivas para o parto e o nascimento humanizados. *REAS* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Mar 9];26(26):e756. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e756.2019>
29. Silva FL, Russo J, Nucci M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. *Horiz Antropol* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Mar 9];59:245-65. Disponível em: <http://journals.openedition.org/horizontes/5160>
30. Mota ZMM, Anjos S de JSB dos, Freitas ASF de, Ferreira Júnior AR. O potencial transformador da gestação e do parto na vida das mulheres através de evidências qualitativas. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Mar 9];33:e28286. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.28286>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – As experiências de puerpério hospitalar imediato na pandemia de covid-19: histórias contadas pelas mulheres, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, em 2023.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Prandini NR, Souza SRRK.

Coleta de dados: Prandini NR.

Análise e interpretação dos dados: Prandini NR, Souza SRRK, Resende ACAP.

Discussão dos resultados: Prandini NR, Resende ACAP.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Prandini NR, Souza SRRK, Sousa APPA, Resende ACAP, Bernardy CCF, Wall ML, Salim NR, Trigueiro TH.

Revisão e aprovação final da versão final: Prandini NR, Souza SRRK, Sousa APPA, Resende ACAP, Bernardy CCF, Wall ML, Salim NR, Trigueiro TH.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Número do processo: 88887.841533/2023-00

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná -, parecer n. 4.630.566/2021, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 40146820.7.0000.0096.

CONFLITO DE INTERESSES

não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Luciana Fabiane Sebold, Maria Lígia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

HISTÓRICO

Recebido: 01 de junho de 2023.

Aprovado: 17 de julho de 2023.

AUTORA CORRESPONDENTE

Naiane Ribeiro Prandini

naiane.prandini@gmail.com

