

 <https://orcid.org/0000-0003-1427-4478>

Cargnin AVE, Piran CMG, Fonseca BS, Lehmkuhl CSF, Merino MFGL, Zilly A, et al. Therapeutic itinerary of pregnant women during COVID-19: a perspective based on healthcare systems. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2025;33:e4629 [cited ____-____-____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7623.4629>

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró una nueva pandemia, causada por el nuevo coronavirus, llamada *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), responsable de causar la enfermedad COVID-19⁽¹⁾. Debido a la gravedad y rápida propagación de la enfermedad se definieron grupos de riesgo, uno de ellos constituido por mujeres embarazadas⁽²⁾. Aunque la mayoría de las embarazadas diagnosticadas con COVID-19 presentaron síntomas clínicos leves a moderados, se advierte un mayor riesgo de complicaciones maternas en presencia de comorbilidades asociadas, como trastornos hipertensivos y obesidad⁽³⁾.

El riesgo de mortalidad materna es 22 veces mayor en mujeres embarazadas infectadas con COVID-19, en regiones con menor acceso a servicios de salud y cuando no se hallan disponibles los servicios integrales de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁽⁴⁾.

La mortalidad materna en embarazadas con COVID-19 puede estar relacionada con factores socioeconómicos, dificultades de acceso a los servicios de salud y fallas en la organización del sistema, que se agravan por la saturación hospitalaria. Por otra parte, los ámbitos con atención obstétrica bien estructurada y disponibilidad adecuada de recursos para UCI materna presentan tasas de mortalidad más bajas⁽⁴⁾.

El embarazo provoca varios cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer, incluidos cambios en la postura, el metabolismo y los sistemas cardiovascular, sanguíneo y urinario. También se producen cambios en el gasto cardíaco, en la concentración y elevación de ciertas sustancias, además de adaptaciones en los sistemas respiratorio, digestivo y endocrino. En los genitales se observan transformaciones en la vulva, vagina y útero. Además, existen implicaciones clínicas asociadas a cambios cardiovasculares, sanguíneos, urinarios, respiratorios, digestivos y endocrinos⁽⁵⁾.

Con la llegada del COVID-19, los servicios de salud se vieron en la necesidad de reorganizar el proceso de trabajo, articular estrategias de control y prevención de enfermedades y fortalecer toda la red sanitaria, con el fin de brindar a los usuarios la seguridad y el soporte necesario⁽⁶⁾.

El Ministerio de Salud de Brasil (MS) recomienda realizar al menos seis consultas durante la atención prenatal. Sin embargo, a raíz de las nuevas medidas sanitarias para controlar el virus, destinadas a proteger a las mujeres embarazadas de la exposición y el riesgo de contagio en las unidades sanitarias, las consultas presenciales se volvieron más espaciadas que lo recomendado anteriormente⁽⁷⁾.

Con el objetivo de reducir la circulación de usuarios en los ambientes y dar continuidad a la atención de rutina en las unidades de salud, los servicios de teleconsulta asociados a las consultas presenciales surgen como estrategia para el cuidado de gestantes durante la atención prenatal. También se realizó el seguimiento de mujeres embarazadas que presentaron síntomas de COVID-19. Esta medida fue evaluada constantemente por el equipo, de conformidad con los protocolos de recomendación de las entidades de salud⁽⁸⁾.

Incluso en situaciones complejas, como una pandemia, resulta importante brindar acceso a información de calidad durante el período gestacional, para vivir con plenitud este proceso y tener autonomía en la toma de decisiones que involucran el ciclo embarazo-puerperio. Además, en este contexto, es fundamental ofrecer una asistencia individualizada que valore también los aspectos psicosociales. Y, para comprender mejor la experiencia de estas futuras madres, es necesario conocer los caminos que han recorrido en la búsqueda de atención para resolver sus problemas de salud durante la pandemia de COVID-19⁽⁹⁾, proceso este que se define como Itinerario Terapéutico (IT).

El concepto de IT cobró importancia cuando el psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman enfatizó la influencia cultural en las elecciones del paciente respecto a la vía de atención, lo que se denominó modelo teórico de Sistemas de Atención de Salud. Este modelo se refiere a los ámbitos donde los individuos buscan soluciones a sus problemas de salud, clasificados en tres subsistemas: familiar, profesional y cultural⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

En este contexto, los Itinerarios Terapéuticos (IT) representan una estrategia de investigación que permite comprender los caminos, dinámicas y relaciones que establecen las personas en su búsqueda de atención de salud. Los IT se configuran como un conjunto de interacciones y prácticas construidas por grupos sociales para ampliar las posibilidades de acceso y asistencia sanitaria⁽¹¹⁾.

La velocidad con la que se propagó la pandemia de COVID-19 en el mundo ha sido devastadora y ha afectado a distintos públicos y grupos de edad, volviéndose especialmente grave para la población más vulnerable, como las mujeres embarazadas. Las dificultades para acceder a los servicios y el aislamiento de los centros de apoyo provocan en las mujeres embarazadas problemas de salud física y mental que pueden afectarlas a ellas y al feto. Esas dificultades evidencian necesidades y debilidades, además de exacerbar las desigualdades sociales, sanitarias y económicas, por lo que es necesario comprender las demandas en los ámbitos personal, cultural y sanitario, a fin de promover y realizar eficazmente la atención

integral a la salud. A tal efecto, se plantea el siguiente interrogante: ¿Qué itinerario terapéutico siguieron las mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19?

En este contexto, el objetivo fue comprender el itinerario terapéutico de las mujeres que transitaron el embarazo durante la pandemia de COVID-19.

Método

Diseño del estudio

Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo, a partir del marco teórico del Modelo de Sistemas de Atención de Salud propuesto por Arthur Kleinman⁽¹⁰⁾.

Este marco teórico aborda los espacios donde los individuos buscan soluciones a sus problemas de salud, y está compuesto por tres subsistemas: el familiar, el profesional y el cultural (el profesional constituido por las prácticas médicas formales, como la biomedicina y la homeopatía; el popular, que es el cuidado domiciliario y el autocuidado; o el *folk*, que corresponde a las prácticas de cuidado místico y religioso)⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Con el fin de garantizar la calidad y transparencia de la redacción, se aplicaron los criterios previstos por el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*.

Escenario y período de recopilación de datos

Se realizó un sorteo aleatorio, en el que se seleccionaron diez Unidades Básicas de Salud (UBS) para la recolección de datos. La recolección de datos se llevó a cabo entre junio y octubre de 2023, mediante entrevistas semiestructuradas.

El contacto con los participantes se produjo a través del suministro de datos por parte de los servicios de salud y mediante el contacto directo con las mujeres que tenían turnos programados durante el período seleccionado para la investigación. Después de la aceptación, el día y la hora fueron programados según la disponibilidad del participante, y las entrevistas fueron realizadas por la enfermera investigadora, en el domicilio del participante o en espacios facilitados por la UBS según la preferencia del participante, garantizando siempre su completa privacidad.

Participantes y criterios de selección

Participaron en el estudio mujeres que transitaron su embarazo durante la pandemia de COVID-19, residentes en el municipio de Maringá, ciudad ubicada en el interior de Paraná, Brasil, y que se atendían en una de las 34 UBS del municipio.

El proceso de identificación de estas mujeres se realizó a través del sistema UBS, mediante una búsqueda

que incluía a todos los niños nacidos durante el período de la pandemia. De estos, se consideraron aquellos en los que el período gestacional materno ocurrió entre marzo de 2020 y junio de 2021, considerando la pandemia en Brasil y la flexibilización de las medidas restrictivas contra el COVID-19 en el referido país⁽¹²⁾.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que estuvieron embarazadas entre marzo de 2020 y junio de 2021, registradas en la UBS seleccionada en el momento de la entrevista y que iniciaron atención prenatal en la red pública, más allá de su lugar de residencia en el momento de la gestación. Se excluyeron las mujeres menores de 18 años y aquellas con algún déficit cognitivo que imposibilitara la comprensión de las preguntas de la entrevista.

Instrumento y procedimientos para la recolección de datos

Antes de iniciar cada entrevista se procedió a la lectura del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) y se solicitó permiso para la grabación, además de aportar datos sobre la investigación y aclarar eventuales dudas.

Las entrevistas fueron realizadas por una enfermera investigadora con experiencia previa en investigación científica, a partir de la siguiente pregunta guía: "Cuéntame cómo fue para ti estar embarazada durante la pandemia de COVID-19". Además, hubo otras consignas orientadoras, previamente delimitadas por la investigadora, las cuales estaban relacionadas con el descubrimiento del embarazo, las medidas restrictivas impuestas a las embarazadas, las dificultades/facilidades encontradas para acceder a los servicios de salud y en relación a los servicios de salud frecuentados durante la pandemia, entre otros aspectos relacionados con el embarazo y el período pandémico. Estos puntos se incluyeron con el fin de lograr el objetivo del estudio. También se aplicó un cuestionario sociodemográfico, con ítems como: edad, raza/color, número de hijos e ingresos para conocer las características de los participantes.

No hubo rechazos a participar en el estudio y el número final de participantes se estableció durante las entrevistas en las que se alcanzó la saturación teórica: dada la similitud de significados durante las entrevistas y no habiendo más información nueva, se interrumpió la recolección de datos y se estableció el número de participantes⁽¹³⁾.

Procesamiento y análisis de datos

Todas las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas en su totalidad, con una duración promedio de 22 minutos. El material fue codificado con el auxilio

del *software*. IRaMuTeQ y el tratamiento de los resultados se llevó a cabo por el análisis temático propuesto por Bardin⁽¹⁴⁾. En este proceso participaron tres investigadores que realizaron el análisis de forma independiente. No hubo conflictos en la interpretación de los resultados. El corpus para el análisis se obtuvo luego de la transcripción literal, adaptación lingüística y estructuración estandarizada de los textos, asegurando así la confiabilidad de los datos.

El análisis de contenido se dividió en tres etapas: 1) reconocimiento de todo el material seguido de la sistematización y codificación de los datos; 2) la incorporación de datos brutos en unidades homogéneas que faciliten la descripción y caracterización del contenido, para luego organizarlos en unidades de significado; 3) inferencia sobre datos previamente presentes en la literatura sobre el tema, asociados a los resultados encontrados⁽¹⁵⁾.

A continuación, se realizó la triangulación de datos, combinando diferentes estrategias de análisis para reforzar la validez de los hallazgos. Entre ellos, se utilizó el análisis de similitud, basado en la teoría de grafos, que permite identificar coocurrencias entre palabras y sus conexiones en el corpus textual. Este tipo de análisis contribuye a la comprensión de la estructura del contenido y permite visualizar patrones comunes y especificidades del material, lo que fortalece la interpretación de los datos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo Dictamen n.º 4.886.085 (Certificado de Presentación de Apreciación Ética - CAAE: 39060120.1.3004.0104) y todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), de acuerdo con la Resolución n.º 466/12 del Consejo Nacional de Salud. Para garantizar el anonimato de los participantes, los nombres de los entrevistados fueron sustituidos por nombres de flores.

Resultados

Dieciséis mujeres de entre 20 y 47 años participaron en el estudio. La mayoría de las participantes eran blancas (56,3%), casadas (68,8%) y multíparas (62,5%), con ingresos que oscilaban entre uno y cinco salarios mínimos, y, en gran parte, ganaban entre uno y dos salarios (56,3%).

A través de la triangulación de datos, se observó la similitud de palabras en su estructura, núcleo central y sistema periférico de los contenidos de los menús analizados, habiéndose identificado tres grandes ejes organizadores centrados en los recorridos transitados por las gestantes en la búsqueda de atención durante el período de pandemia, como se muestra en la Figura 1.

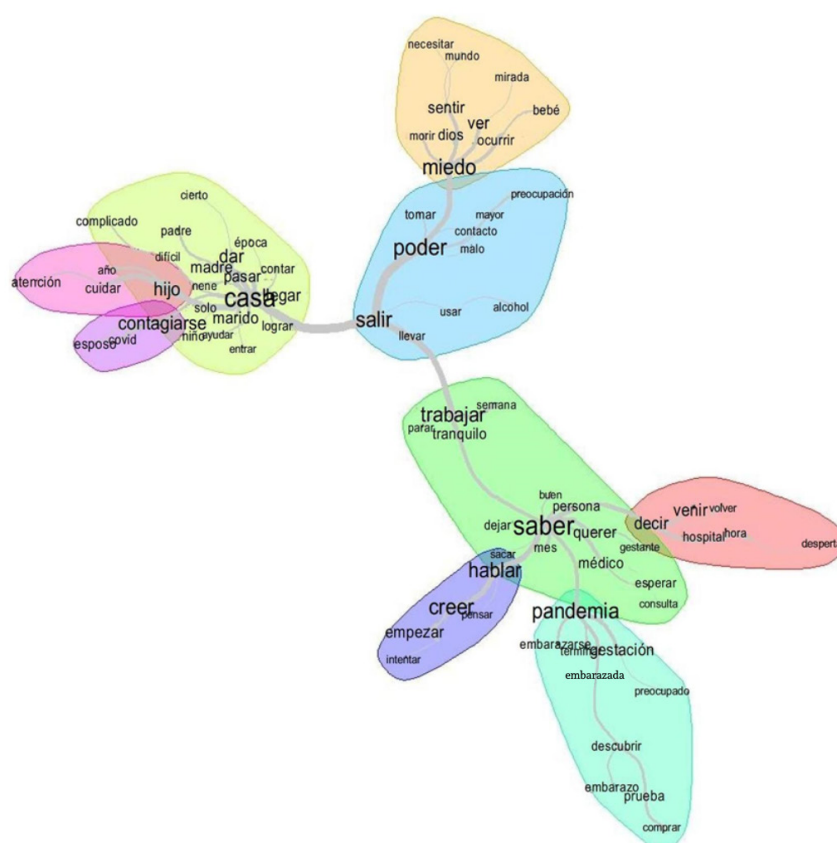


Figura 1 – Similitud de palabras extraídas de los menús del itinerario terapéutico para embarazadas durante la pandemia de COVID-19. Maringá, PR, Brasil, 2023

A partir de la lectura exhaustiva y triangulación de los datos, se percibió que la experiencia de las mujeres que vivieron el embarazo durante la pandemia estuvo marcada por un arduo recorrido en la búsqueda de cuidados, lo que permitió construir tres categorías, descritas a continuación.

Principales redes de apoyo durante el embarazo: subsistema familiar

La palabra “estar” está muy relacionada con el embarazo, “estar embarazada”, y se descubrió que, al darse cuenta de que estaban embarazadas, las mujeres buscaban a sus familiares o personas cercanas. Así, la primera búsqueda de cuidados se produjo al compartir la noticia del embarazo con alguien, con la perspectiva, aunque inconsciente, de encontrar afecto, apoyo, consuelo y compañía para transitar todo el recorrido del embarazo en un momento de tanta incertidumbre, como la pandemia de COVID-19.

Mi marido estaba conmigo cuando hice la prueba, así que nos enteramos juntos. (Tulipán). Primero hablé con mi madre y luego ella me aconsejó ir al centro de salud. (Azalea). La primera persona fue mi sobrina, la llamé llorando [...]. (Violeta).

La presencia familiar durante el embarazo se vio dificultada por las restricciones impuestas para reducir el contagio, ya sea durante las consultas o por la sensación de menor apoyo recibido a lo largo del embarazo. La experiencia de las mujeres embarazadas que buscaban asistencia en los servicios de salud junto a sus familias se vio alterada debido a las adversidades generadas por la pandemia de COVID-19.

Mi madre sólo llegó cuando iba a tener el bebé. Sin la pandemia mis hermanas y mi madre hubieran podido venir, pero luego todo cerró, no pude viajar. Entonces creo que sin la pandemia hubiera tenido más apoyo. (Lirio). Mi familia quería acompañarme y no pudo, así que tuve que elegir entre mi marido u otro familiar. (Gardenia). Mi familia, como bloque, es muy participativa en algunos aspectos. Muy acogedora. Pero debido a la pandemia, nos alejamos. (Margarita).

Además del apoyo emocional brindado por la familia, durante la pandemia las mujeres embarazadas necesitaron apoyo económico debido a las restricciones impuestas, que cambiaron su rutina laboral, sumado al hecho de que muchas embarazadas se habían apartado del ejercicio profesional por el riesgo de contraer COVID-19.

Mis tías me ayudaron en todo, en cuanto a la alimentación, tuve mucho apoyo, incluso algo de apoyo económico. (Rosa). Pasamos por un período terrible en términos económicos, no teníamos soporte financiero. Yo no tenía sueldo y él estaba desempleado [...] Pedí la canasta básica de alimentos porque tenía que criar a los niños pequeños. (Hortensia). Las mujeres

embarazadas no podían trabajar y eso me afectó mucho. (Margarita).

Las mujeres también buscaban amigos o personas con las que se sentían cercanas, ya sea porque su familia estaba ausente o porque se sentían más cómodas en presencia de sus amigos.

Entonces, primero se lo conté a una amiga mía, hablamos mucho y lloramos juntas. No tengo muchos familiares aquí, pero he tenido total apoyo de mis amigos. (Orquídea). Mis profesores también me ayudaron mucho. Tuve una profesora a la que le hice muchas preguntas y me ayudó mucho. (Gardenia).

La participación de la familia, así como la de un amigo cercano, durante el embarazo, hace que la experiencia sea más liviana y tranquila y el apoyo puede darse como soporte emocional o financiero. Se advierte que las mujeres quieren sentirse más seguras y cómodas en presencia de alguien conocido durante el embarazo.

Atención prenatal – subsistema profesional

Las palabras “ir” y “hacer” transmiten la búsqueda de servicios de salud, esenciales para un embarazo saludable. Por ello, se recomienda iniciar lo antes posible la atención prenatal, para el seguimiento y la valoración materno-fetal, que deben ser completos, con al menos seis consultas, para cubrir todas las necesidades que puedan surgir durante la gestación.

Fui con mi actual esposo, luego llegué al centro de salud y comencé el control prenatal. Yo tomaba medicación para la depresión y me derivaron a alto riesgo. (Rosa). Me tomó unos días llegar aquí y comenzar este seguimiento prenatal. También porque tuve un aborto en mi primer embarazo, entonces preferí hacerme primero una ecografía, para estar segura de que tenía un bebé, y luego venir aquí para empezar con el control prenatal. Y luego hice todo el seguimiento prenatal en el centro de salud. (Anturio).

Una buena atención prenatal crea un vínculo entre el equipo de salud y la mujer embarazada, posibilita una buena relación y facilita el proceso de atención. Esta proximidad será favorable no sólo al embarazo, sino también al período posparto, en el cual las necesidades sanitarias permanecen evidentes.

Yo recibí atención especial porque tuve un embarazo de alto riesgo. Entonces iba a dos unidades de salud. Al centro de salud y a otra unidad cuyo nombre no recuerdo. Pero allí me trataron muy bien y me examinaron. Allí recibí muchos cuidados. (Petunia). Fui muy bien atendida, muy bien preparada, tuve el soporte de un psiquiatra, de un psicólogo, [...] cuando vine a control prenatal ya me derivaron, y de ahí en más fue súper fácil. Tuve el apoyo de ambos, el psiquiatra y el psicólogo. (Orquídea).

Ante un momento delicado como la pandemia de COVID-19, los servicios de salud debieron adaptarse para

satisfacer las necesidades que se presentaban. Entre ellas, está la falta de citas médicas.

Solo tuve mi primera consulta con ellos, solo pasé por el tamizaje, no había médico que me atendiera por el COVID [...] me citaron para seguimiento, pero luego, cuando llegué al centro médico, los médicos estaban en la UPA atendiendo. Eso por el COVID. Porque había mucha demanda y por tanto tenían que salir del centro para atender la demanda. (Gerbera). Durante la pandemia no había tantos turnos disponibles, muchas lo necesitaban, por eso era difícil conseguirlos. Y para venir, siempre debíamos tener cuidado, porque había gente para el prenatal, pero también había otros servicios, entonces no sabíamos el riesgo que corríamos. (Azalea).

Además de la reducción en la oferta de consultas médicas, también se vio afectada la oferta de exámenes. La dificultad para acceder a las pruebas durante el embarazo supone un problema para el seguimiento del desarrollo gestacional y pone en riesgo al binomio. Además, se deben realizar algunas pruebas respetando la edad gestacional, y la ausencia de estas pruebas afecta la búsqueda de atención, modificando los caminos que toman las embarazadas en la búsqueda de atención médica.

Comencé con el control prenatal y empecé a hacerme los exámenes también, pero no pude hacérmelos a través del centro de salud, así que terminé haciéndolos de manera privada. (Azalea). Me hice una ecografía privada. Si esperabas para hacerla por el SUS tardaba más. Pero el seguimiento prenatal sí lo hice en el centro de salud. (Lavanda).

De hecho, los cambios impuestos por la pandemia de COVID-19 han alterado los flujos de atención prenatal, desde los más simples, como las vacunaciones, hasta los más complejos, como el parto. La demanda de atención sanitaria se modificó, influenciada por la disponibilidad de servicios sanitarios para atender a las mujeres embarazadas, y esta situación ha sido vivida de manera diferente por cada mujer.

Pude conseguir las vacunas a través del SUS sin ningún problema, pero no fue tan rápido como suele ser. [...] en el SUS hay que programar una consulta y hay demanda por parte de embarazadas. El día del nacimiento, en este caso, me iba a atender el médico de turno. Entonces opté por el plan de salud, porque podía tener la facilidad de elegir al profesional que me acompañaría. (Girasol). Durante mi primer embarazo hice todo de forma privada, pero si tuviera otro hijo y tuviera la opción de elegir, elegiría la asistencia pública. Aquí me trataron mucho mejor. Incluso con la pandemia. (Begonia).

Otro factor relevante fue el contagio de mujeres embarazadas y su búsqueda de atención médica.

En el séptimo mes me contagié de COVID. Estábamos muy asustados. Tenía miedo de que le pasara algo al bebé, de que yo tuviera síntomas más graves y de no saber qué medicamento podía tomar, porque estaba embarazada y tenía una limitación

para tomar medicamentos. Pero luego tuve mi cita con el obstetra y el médico me recomendó algunos medicamentos más sintomáticos. (Gardenia).

Las mujeres embarazadas, al infectarse con SARS-CoV-2, pueden presentar síntomas leves parecidos a los de la gripe, como fiebre y tos, incluso más graves, como síntomas respiratorios, que requieren atención médica especializada. Además, la pandemia y el miedo al contagio han tenido repercusiones psicológicas debido a las restricciones e incertidumbres impuestas a estas mujeres. Así, el itinerario terapéutico de las mujeres que tuvieron COVID-19 durante el embarazo varió según la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de servicios de salud, ya que en ese momento muchas veces había un camino preestablecido.

Tenía 37 semanas de embarazo y permanecí internada en la sala de maternidad por un tiempo. Para verificar los latidos del corazón del bebé debido al COVID-19. Todo estuvo bien. Me enviaron a casa. Me quedé en casa, tomando medicamentos. (Petunia). Fue un embarazo saludable, hasta las 35 semanas [...] el miércoles me hice un test. Y salió positivo. Ya he sentido una pequeña dificultad para respirar. Pero pensé que era común. [...] Tuve un paro cardíaco, dos infecciones hospitalarias, 45 días entubada, 4 meses y medio con traqueotomía, 95% de mis pulmones afectados, y 53 días en el hospital. (Magnolia).

Es posible advertir que las dificultades impuestas por la pandemia de COVID-19 redujeron el acceso a los servicios de salud, y generaron el debilitamiento de la calidad de la atención prenatal, ya que las mujeres asistieron a menos consultas y exámenes. En consecuencia, tenían menos oportunidades de recibir educación sanitaria y de detectar tempranamente posibles problemas gestacionales.

La espiritualidad como soporte terapéutico – subsistema cultural

Se observó que las mujeres embarazadas recurrieron a sus creencias espirituales durante este período de pandemia, lo que constituyó un soporte terapéutico para sentirse fortalecidas ante el contagio y las adversidades impuestas por el COVID-19.

Siempre he puesto mi salud en manos de Dios. Para mí fue siempre permanecer firme en la presencia de Dios. Sin embargo, me contagié de COVID y estaba a punto de morir. Pero Dios estaba allí para consolarme, me sanó. (Petunia). Eso fue lo que hicimos aquí en casa, oramos, y fue propicio para cualquier cosa, porque murió mucha gente, ¿no cierto?, murió mucha gente, entonces no sabíamos lo que se venía. (Hortensia).

La espiritualidad de las mujeres jugó un papel importante al brindarles aliento y coraje para buscar servicios de atención prenatal en medio de la pandemia.

La religiosidad nos permitió creer que el embarazo se desarrollaría de forma saludable, incluso en tiempos de pandemia.

La fe en Dios para tener protección y necesitarla, porque sabía que la necesitaba, [...] necesitaba ayuda profesional. (Magnolia). Fue algo que pensé que nunca volvería a quedar embarazada, así que fue una grata sorpresa. Dije: no fue planeado por mí, sino por Dios, porque Él sabía que yo lo necesitaba. (Orquídea).

Se evidencia que el embarazo estaba relacionado con un plan mayor en el que la pandemia se interpuso y los deseos de la madre no se pudieron cumplir.

El día que fui a dar a luz, tenía la esperanza de poder filmar mi parto, era un sueño que tenía de poder filmar [...] Llamé al fotógrafo que había contratado, ya habíamos arreglado todo, si el hospital lo permitía, entraría, [...] pero el hospital le negó la entrada por el aumento de casos, [...] No pude cumplir ese deseo, que tenía muchas ganas de filmar todo mi parto, que me tomaran las fotos un profesional para poder inmortalizarlas. Luego llegó la pandemia, fue algo fuera de lo común y no pude cumplir algunos de mis deseos, tuve que alejarme de muchos lugares a los que me hubiera gustado ir durante mi embarazo. (Margarita).

Las experiencias a lo largo del camino fueron múltiples, tanto buenas como malas, y variaban según la experiencia de cada embarazada.

Discusión

Este estudio proporcionó una comprensión de los efectos de la pandemia de COVID-19 en la dinámica de la búsqueda de atención durante el período gestacional. Los hallazgos indican que el COVID-19 provocó cambios en la dinámica de los servicios de salud, así como en la red de apoyo a las mujeres embarazadas, lo que implicó cambios en los IT transitados por ellas.

Aún frente a tantas adversidades, fue posible observar que las mujeres buscaban atención, tanto a través de los servicios de salud como dentro del contexto familiar y cultural, lo que demuestra cierta capacidad de adaptación y su resiliencia.

La búsqueda de apoyo familiar por parte de las mujeres embarazadas, elemento fundamental en las entrevistas, se vincula con la red de apoyo social, conformada por personas significativas para ellas, que brindan apoyo y refuerzo en las estrategias de afrontamiento ante situaciones de la vida. Esta red incluye familia extendida, amigos, compañeros de trabajo, relaciones comunitarias, servicios de salud e incluso creencias religiosas o políticas, y abarca tanto a las relaciones más íntimas como a las ocasionales⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Siguiendo esta perspectiva, Kleinman⁽¹⁹⁾ explica en su teoría que los Sistemas de Salud se basan en relaciones

interpersonales en las que todo está interconectado. Los pacientes, los profesionales sanitarios, la enfermedad y el tratamiento forman parte de este contexto asistencial. Las creencias y actitudes individuales están determinadas por los roles culturales. El autor destaca además que, para comprender las elecciones individuales, es esencial considerar las influencias externas que afectan al Sistema de Atención de Salud, como los factores ambientales, incluidos el clima, la geografía, la demografía, las cuestiones sociales, la contaminación y el desarrollo agrícola e industrial⁽¹⁹⁾.

Los IT se refieren a la atención sanitaria que cada persona adopta y que está condicionada por las relaciones interpersonales. Las decisiones de cuidado están influenciadas por tres sectores: la familia, que ejerce mayor poder en la definición del itinerario terapéutico; la cultura, que incluye a los profesionales que no están oficialmente reconocidos pero que comparten las creencias sociales y los valores culturales de los individuos; y los profesionales de la salud, quienes ejercen una influencia más acotada, ya que tienden a priorizar el aspecto biológico en la atención⁽¹⁹⁾.

Además, la teoría enfatiza la pluralidad del cuidado, bajo el argumento de que los individuos se mueven entre sectores de cuidado (familiar, cultural y profesional) y revela la combinación de diferentes formas de cuidado, además de reforzar que el itinerario terapéutico no es lineal y puede incluir, al mismo tiempo, tratamientos formales e informales⁽¹⁹⁾.

El apoyo social juega un papel crucial en la prevención de la depresión posparto, destacándose la importancia de prestar atención a la calidad de la red de apoyo a la mujer embarazada durante el ciclo embarazo-puerperio. En este proceso, no sólo la familia, sino también los servicios de salud, los amigos y la pareja asumen responsabilidades en el apoyo a las mujeres durante este período⁽²⁰⁾.

Desde esta perspectiva, el objetivo de la atención prenatal es asegurar el desarrollo saludable del embarazo, parto y puerperio, sin comprometer la salud de la madre y del bebé. Se trata de un enfoque que también considera aspectos psicosociales, además de actividades educativas y preventivas. Este objetivo es una responsabilidad compartida entre el médico y el enfermero⁽⁸⁾.

El profesional de la salud debe desarrollar un vínculo saludable con la mujer embarazada y su familia. Al incentivar la presencia de esta red de apoyo en las consultas de atención prenatal, se entiende que en estos momentos se aclaran dudas y se abre la posibilidad de que todos se sientan más tranquilos y seguros sobre el proceso gestacional⁽²¹⁾.

La enfermería asume la responsabilidad por el cuidado de la salud de estas mujeres, al desarrollar

acciones educativas basadas en la individualidad, la integralidad, el autocuidado y el empoderamiento femenino, lo que les permite tomar sus propias decisiones y contribuye a su independencia frente a las demandas sanitarias, además de estimularlas a ser corresponsables de su propio cuidado⁽²²⁾.

Sin embargo, debido a la pandemia de coronavirus, fue necesario realizar ajustes en la atención brindada a las mujeres embarazadas, con el objetivo de preservar la salud tanto de esta población como de los profesionales de la salud implicados. Debido a los cambios fisiológicos en los sistemas inmune, cardiorrespiratorio y de coagulación, las mujeres embarazadas en cualquier etapa de la gestación y las puérperas comenzaron a formar parte del grupo de riesgo para COVID-19, con mayor probabilidad de agravamiento del cuadro infeccioso, por lo que requerían cuidados más intensivos⁽²³⁾.

Estas precauciones son necesarias debido a la alta transmisibilidad de la enfermedad, producida a través de las gotitas respiratorias expulsadas cuando una persona infectada tose o estornuda, que son inhaladas por individuos cercanos. También puede ocurrir a través del contacto personal, cercano, o con superficies contaminadas y luego tocarse la boca, la nariz y/o los ojos⁽¹⁾.

Ante esta situación, las autoridades sanitarias implementaron medidas encaminadas a reducir la propagación del virus, enfatizando la importancia de mantener la higiene de manos, el uso de mascarillas, reorganizar la atención de los servicios de salud y adoptar el aislamiento social⁽²⁴⁾.

Por otra parte, el aislamiento social, como forma de prevenir la propagación del COVID-19, puede haber generado sentimientos de soledad, ya que apartó a las mujeres de su red de contención, que las auxiliaba con las tareas del hogar, la orientación y el soporte emocional⁽²⁵⁾. Un estudio realizado en 2020 reveló que las mujeres embarazadas durante la pandemia de COVID-19 reportaron mayores niveles de angustia y síntomas psiquiátricos en comparación con las mujeres evaluadas antes de la pandemia, con evolución hacia la depresión y la ansiedad. Los autores concluyeron que la falta de información clara y confiable podría agravar el riesgo de angustia psicológica y psicosocial entre estas mujeres embarazadas⁽²⁶⁾.

La implementación de herramientas para detectar el riesgo de depresión durante el embarazo puede ser un paso importante para conocer las necesidades de salud mental de las mujeres que reciben atención prenatal de bajo riesgo. Se sabe que, con frecuencia, se descuida a la salud mental, y, a este respecto, es necesario considerar las dificultades para acceder a asistencia especializada en esta área en la atención primaria de salud⁽²⁷⁾.

En tiempos de pandemia, la innovación y la creatividad pasaron a formar parte del día a día de los profesionales de la salud que a diario afrontaban nuevos retos. Fue necesario utilizar estrategias de adaptación para cumplir con los calendarios de salud existentes que, en ese momento, debían cumplimentarse de alguna manera⁽²⁸⁾.

Respecto a la contaminación materna por coronavirus, existen registros de que las embarazadas tienen mayor probabilidad de presentar preeclampsia, diabetes gestacional, hipertensión y síndrome HELLP⁽²⁹⁾. Otro estudio demostró una asociación entre la infección materna y resultados fetales, como: nacimiento prematuro, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer, asfixia, ruptura prematura de membranas, coagulación intravascular diseminada e incluso muerte fetal⁽³⁰⁾.

Las complicaciones derivadas del embarazo pueden llevar a la hospitalización, que si bien promueve una sensación de seguridad y protección, también despierta en la embarazada sentimientos de angustia, dolor, rabia, tristeza y miedo derivados de la alteración de la rutina y de las intervenciones y procedimientos realizados⁽³¹⁾.

El subsistema profesional, formado por los servicios y profesionales de salud, está organizado de manera burocrática, con capacitación y aprendizaje formal. Es reconocido legalmente y atrae a la sociedad por su influencia y capacidad curativa⁽¹¹⁾.

En relación con los aspectos culturales, la religión tiene una fuerte influencia en la calidad de vida en las diferentes etapas de la vida, volviéndose relevante para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población⁽³²⁾. La dimensión espiritual en la atención de la salud durante el embarazo es un recurso fundamental para promover la autonomía, la seguridad y el confort, además de favorecer el fortalecimiento del vínculo materno-fetal. La espiritualidad, por ende, es un fenómeno que da sentido a cada etapa de la vida, a la vez que confiere un propósito a la propia existencia humana⁽³³⁾.

Al buscar atención, ya sea formal o informal, se achica la distancia entre estos sistemas, lo que conlleva a prácticas de atención multiculturales y significativas. Esto permite un abordaje integral de la salud que considera el cuidado cultural. De este modo, pueden surgir nuevos conocimientos que contribuyan a la transformación de las prácticas de sanitarias⁽³⁴⁾.

Las limitaciones del estudio se refieren al sesgo de memoria de las participantes entrevistadas debido al tiempo transcurrido entre el embarazo y la recolección de datos para la investigación. Sin embargo, cabe señalar que el embarazo es un periodo muy importante para la mujer y que, sumado a la pandemia, un acontecimiento histórico, posiblemente pocas o ninguna situación haya quedado en el olvido.

Los hallazgos de este estudio son de suma relevancia, dados los numerosos cambios impuestos a los servicios de salud durante el período de pandemia, algunos de los cuales se mantuvieron aún después de la misma, como fue el caso de las teleconsultas.

Además, los resultados pueden contribuir a la práctica profesional de quienes asisten a las embarazadas durante la atención prenatal, y mejorar su comprensión acerca de los caminos recorridos en la búsqueda de atención, así como la necesidad de inclusión y aceptación de los familiares y de los aspectos culturales a lo largo de la atención prenatal.

Conclusión

El itinerario terapéutico seguido por las mujeres embarazadas en búsqueda de atención de salud durante la pandemia de COVID-19 se configuró en tres subsistemas: familiar, profesional y cultural. Las mujeres buscaron primero el apoyo de sus familias, en busca de afecto, cuidados, orientación y apoyo, y luego buscaron el apoyo profesional, que encontraron en la Atención Primaria de Salud, principal puerta de entrada a los cuidados sanitarios, durante todo el período gestacional, parto y puerperio. Muchas mujeres también se acercaron, en el contexto cultural, a las creencias como instrumento de fortalecimiento para el cuidado, lo que ocurrió de forma asociada con los demás subsistemas.

Con la vivencia del embarazo durante la pandemia de COVID-19, los caminos recorridos para buscar atención fueron aún más difíciles para estas gestantes, atravesados por dudas e incertidumbres, además de una nueva configuración de rutinas y cuidados adoptados por los servicios de salud.

Muchas mujeres embarazadas enfrentaron dilemas a la hora de buscar servicios de salud durante la pandemia, por lo que es impostergable garantizar el acceso continuo a la atención prenatal. Se espera que el presente estudio llame a una reflexión sobre la importancia de la atención individualizada y holística a la mujer embarazada, buscando comprender y respetar sus creencias y forma de vida, su comprensión, ansiedades y necesidades momentáneas, a fin de brindar una atención prenatal cualificada, especialmente en situaciones adversas, como la pandemia de COVID-19.

Referencias

1. Lanzoni GMM, Souza LP, Cunha VP, Mello ANSF, Balsanelli AP, Santos JLG. Nursing care management strategies to address the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2024;77(Suppl 1):e20230254. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20230254pt>

2. Lemos P, Almeida N Filho, Firmo J. COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. *Brazilian J Implantol Health Sci.* 2020;2(4):39-50. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2020v2n4p39-50>
3. Reis AGF, Ribeiro KSC. Outcomes of pregnancy in the face of contamination by COVID-19: a systematic review. *Health Resid. J.* 2022;3(15):414-30. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.459>
4. Bruns RF, Carvalho NS, Prosdócimo KU. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. *Rev Eletr Acervo Saude [Internet].* 2023 [cited 2025 Feb 14];23(8):e13500. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e13500.2023>
5. Honorio EMS, Ribeiro LB, Barbosa JSP, Ferreira MVR, Silva DF, Neves WC, et al. Gestação: implicações na vida da gestante. *REVISA.* 2022;11(3):356-69. <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p356a369>
6. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TBE, Slomp H Junior, Cruz KT, et al. Crisis as potentiality: proximity care and the epidemic by Covid-19. *Interface.* 2020;25(1):e200379. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de baixo risco [Internet]. Brasília: MS; 2012 [cited 2023 Feb 27]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
8. Engstrom EM, Melo EA, Giovanella L, Pereira AMM, Graboio V, Mendonça MHM. Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editors. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022 [cited 2023 Nov 15]. p. 185-200. Available from: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/recomendacoes_aps_no_sus_para_enfrentamento_da_covid-19_versao_leitura_uma_coluna_1_.pdf
9. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. The Therapeutic Itinerary in Brazil: systematic review and meta-synthesis from the health negative and positive conceptions of health. *Saude Debate.* 2019;43(spe7):204-21. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>
10. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med Part B Med Anthropol.* 1978;12(2):85-93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
11. Farias AC, Maia ER, Costa MS, Moreira MRC, Oliveira JD, Pinto AGA. Outlining the therapeutic itineraries of children with disabilities in the professional health care subsystem. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(3):e20210169. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0169>

12. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; [s.d.] [cited 2025 Feb 14]. Available from: <https://www.paho.org/fr/node/79443>
13. Moura CO, Silva IR, Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(2):e20201379. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Ratinaud P, Marchand P. Application de la méthode ALCESTE aux gros corpus et stabilité des mondes lexicaux : analyse du CableGate avec IRAMUTEQ. In: *Actes des 11ème Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles* [Internet]; 2012 June 13-15; Liège. Paris: Institut de Linguistique et Phonétique Générales et Appliquées; 2012 [cited 2023 Jul 2]. p. 835-44 (Lexicometrica). Available from: <https://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste.pdf>
16. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-8. <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
17. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. The psychological prenatal program as a prevention tool for postpartum depression. *Saude Soc*. 2014;23(1):251-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
18. Silva KS, Coutinho ESF. Social support scale: test-retest reliability in pregnant women and structures of agreement and disagreement. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):979-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300035>
19. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. *Med History*. 1981;25(4):435-6. <https://doi.org/10.1017/S0025727300034979>
20. Paz LM, Lima MG, Gussi MA, Cardoso AMR. Therapeutic itineraries of family members in child and youth psychosocial care. *REFACS*. 2022;10(1):33-48. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5152>
21. Feltran EC, Mota MJBB, Bulgarelli JV, Leme PAT, Guerra LM, Gondinho BVC. Perceptions of teenage mothers about the expectations and experiences of motherhood in adolescence. *Rev APS*. 2022;25(1):89-106. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.16902>
22. Gomes TBS, Dantas DSS, Silva JS, Santos KRM, Souza GL, Farias MESS, et al. ontribution of obstetric nursing to promote the protagonism of women during the pregnancy-puerperal period. *Braz J Health Rev*. 2024;7(1):1794-802. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-139>
23. Marchand G, Masoud AT, Grover S, King A, Brazil G, Ulibarri H, et al. Maternal and neonatal outcomes of COVID-19 vaccination during pregnancy, a systematic review and meta-analysis. *NPJ Vaccines*. 2023;8(1):103. <https://doi.org/10.1038/s41541-023-00698-8>
24. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednicky JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: What obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
25. Lima JN, Cruz J Neto, Nicolau AIO, Oliveira CJ, Damasceno SS, Cruz RSBL, et al. COVID-19 and the repercussions on pregnant women's mental health: integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE01406. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR014066>
26. Chivers BR, Garad RM, Boyle JA, Skouteris H, Teede HJ, Harrison CL. Perinatal Distress During COVID-19: Thematic Analysis of an Online Parenting Forum. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):e22002. <https://doi.org/10.2196/22002>
27. Silva MMJ, Serrano TBM, Porcel GS, Monteiro BB, Clapis MJ. Risk of depression during pregnancy in usual risk antenatal care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3963. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6463.3963>
28. Shibukawa BMC, Uema RTB, Piran CMG, Fonseca BS, Furtado MD, Merino MFGL, et al. Repercussions of the pandemic of COVID-19: care of the pediatric population in Primary Health Care. *Rev Rene*. 2022;23:e72798. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222372798>
29. Wandresen RPB, Barioni CTS, Kubo BBAO, Coimbra AF, Wandresen G, Ambrosio AR. Efeitos da COVID-19 no desenvolvimento da pré-eclâmpsia: mecanismos e consequências. *Rev Ft*. 2024;29(141). <https://doi.org/10.69849/revistafth102412121666>
30. Queiroz VAM, Nogueira MO, Caixeta NC, Gil FR. Main obstetric complications caused by COVID-19. *Res Soc Dev*. 2023;12(1):e27412139823. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39823>
31. Moura BGM, Barbosa VRA. Psychological aspects of high-risk pregnancy in the process of prolonged hospitalization in a state maternity hospital in Piauí. *Rev Foco*. 2024;17(4):e4760. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-032>
32. Faustino L, Pinheiro DF, Adami ER. Espiritualidade e religiosidade aplicada à saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Ft*. 2023;27(124). <https://doi.org/10.5281/zenodo.8183708>
33. Backes DS, Gomes EB, Rangel RF, Rolim KMC, Arrusul LS, Abaid JLW. Meaning of the spiritual aspects

of health care in pregnancy and childbirth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3775. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5980.3775>

34. Leininger M. Theoretical questions and concerns: response from the theory of culture care diversity and universality perspective. Nurs Sci Q. 2007;20(1):9-13. <https://doi.org/10.1177/0894318406296784>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Alana Vitória Escritori Cargnin, Camila Moraes Garollo Piran, Beatriz Sousa da Fonseca, Camila Siqueira Floresta Lehmkuh, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino, Adriana Zilly, Marcela Demitto Furtado.

Contribuciones específicas

Curación de datos: Alana Vitória Escritori Cargnin, Camila Moraes Garollo Piran, Beatriz Sousa da Fonseca, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino, Adriana Zilly, Marcela Demitto Furtado. **Obtención de financiación:** Alana Vitória Escritori Cargnin, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino, Adriana Zilly, Marcela Demitto Furtado. **Supervisión y gestión del proyecto:** Alana Vitória Escritori Cargnin, Camila Moraes Garollo Piran, Beatriz Sousa da Fonseca, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino, Adriana Zilly, Marcela Demitto Furtado.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 30.07.2024
Aceptado: 02.04.2025

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Autor de correspondencia:
Alana Vitória Escritori Cargnin
E-mail: alanaescritori@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-7733-2420>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.