

Sentimientos de mujeres que gestaron durante la pandemia de Covid-19

Sentimentos de mulheres que gestaram durante a pandemia da Covid-19

Feelings of women who gave birth during the Covid-19 pandemic

Alana Vitória Escritori Cargnin¹; Camila Moraes Garollo Piran¹; Beatriz Sousa da Fonseca¹; Mariana Martire Mori¹; Leslie Rebeca Villarroel Yáñez¹; Marcela Demitto Furtado¹

¹Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil; ²Universidade de Antofagasta. Antofagasta, Chile

RESUMEN

Objetivo: revelar los sentimientos de mujeres que gestaron durante la pandemia de Covid-19. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo y exploratorio, realizado con 16 mujeres que gestaron durante la pandemia de Covid-19 en el municipio de Maringá, Paraná, Brasil. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo entre junio y octubre de 2023. Los datos fueron transcritos íntegramente y sometidos a análisis de contenido, utilizando como apoyo el software IRaMuTeQ®. **Resultados:** A partir de las clases obtenidas: "La frustración de gestar durante la pandemia de Covid-19", "El miedo interminable al virus SARS-CoV-2 ante la gestación" e "Inseguridad derivada de las dificultades de acceso al servicio de salud", se evidenciaron sentimientos relacionados con el aislamiento social y derivados de los cambios en los servicios de salud. **Consideraciones finales:** Surgieron sentimientos como frustración, miedo e inseguridad, especialmente debido a la escasez de información al inicio de la pandemia. **Descriptor:** COVID-19; SARS-CoV-2; Embarazo; Atención Prenatal; Atención de Enfermería.

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos de mulheres que gestaram durante a pandemia de Covid-19. **Método:** estudo qualitativo descritivo e exploratório, realizado com 16 mulheres que gestaram durante a pandemia da Covid-19 no município de Maringá, Paraná, Brasil. As entrevistas semiestruturadas ocorreram entre junho e outubro de 2023. Os dados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo, utilizando-se como adjuvante o *software* IRaMuTeQ®. **Resultados:** a partir das classes obtidas, "A frustração de gestar durante a pandemia da Covid-19", "O medo inacabável do vírus SARS-CoV-2 diante do gestar" e "Insegurança oriunda das dificuldades de acesso ao serviço de saúde", evidenciou-se sentimentos relacionados ao isolamento social e derivados das mudanças nos serviços de saúde. **Considerações finais:** emergiram sentimentos como frustração, medo e insegurança, especialmente devido à escassez de informações no início da pandemia. **Descritores:** COVID-19; SARS-CoV-2; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to reveal the feelings of women who became pregnant during the Covid-19 pandemic. **Method:** this is a descriptive and exploratory qualitative study conducted with 16 women who became pregnant during the Covid-19 pandemic in the city of Maringá, Paraná, Brazil. Semi-structured interviews took place between June and October 2023. The data were transcribed in full and submitted to content analysis using the IRaMuTeQ® software as an adjunct. **Results:** the obtained classes included: "The frustration of being pregnant during the Covid-19 pandemic"; "The never-ending fear of the SARS-CoV-2 virus in the face of pregnancy"; and "Insecurity arising from difficulties in accessing health services", from which feelings related to social isolation and derived from changes in health services were evidenced. **Final considerations:** feelings such as frustration, fear and insecurity emerged, especially due to the lack of information at the beginning of the pandemic. **Descriptors:** COVID-19; SARS-CoV-2; Pregnancy; Prenatal Care; Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

La pandemia causada por el coronavirus Tipo 2 (SARS-CoV-2), agente causante del COVID-19, alteró la rutina de muchas personas en todo el mundo¹. A partir de entonces, fueron necesarias medidas de protección contra la enfermedad, incluyendo el distanciamiento y el aislamiento social. Estas medidas impactaron especialmente la rutina de las gestantes, ya que los servicios de salud debieron adecuarse a la situación pandémica y ellas, por formar parte del grupo de riesgo, tuvieron reorganizadas las consultas de seguimiento prenatal².

El Ministerio de Salud recomendó que las consultas prenatales y los exámenes podían espaciarse, incluyendo el uso de teleconsultas, si el profesional médico lo consideraba seguro. Además, se debían evitar aglomeraciones en las salas de espera, orientándose la ausencia de acompañantes en las atenciones. Las gestantes que presentaran síntomas gripales y/o fiebre al momento del triaje eran derivadas a un área separada y reservada en el establecimiento de salud para atención de COVID-19³.

El presente trabajo se realizó con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior – Brasil (CAPES), Código de financiamiento 001.
Autora correspondiente: Alana Vitória Escritori Cargnin. E-mail: alanaescritori@gmail.com
Editora Jefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Asociada: Juliana Amaral Prata

Dichas recomendaciones se establecieron debido a la gravedad de la enfermedad durante el período gravídico-puerperal, registrándose, en 2020, una letalidad del 5,5% en gestantes hospitalizadas y del 12,9% en puérperas. Sin embargo, en 2021, la letalidad pasó a ser del 11,5% en gestantes hospitalizadas y del 22,3% en puérperas, demostrando la vulnerabilidad de este grupo a la contaminación³.

Corroborando estos datos, una investigación evidenció que las gestantes infectadas por el coronavirus tienen aproximadamente doce veces más probabilidades de hospitalización y el doble de riesgo de requerir ventilación mecánica⁴. Existen mayores riesgos de complicaciones y mortalidad materna, especialmente en el tercer trimestre del embarazo y el puerperio, convirtiendo el aislamiento social en la mejor forma de prevención. No obstante, esto puede desencadenar diversas emociones en la mujer embarazada, afectando su autocuidado y vivencia de la gestación⁵.

Cabe destacar que la atención prenatal abarca acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de problemas durante este período. La educación sanitaria en el control prenatal es una estrategia fundamental para cualificar las consultas⁶. En este sentido, actividades como grupos de discusión, círculos de conversación, capacitaciones o ejercicios de preparación al parto pueden fortalecer el vínculo entre el profesional de salud y la gestante, facilitando el intercambio de saberes⁷.

Con el inicio de la pandemia, se observó que personas que antes buscaban atención libremente dejaron de hacerlo⁸. El aislamiento social generó angustia, miedo y ansiedad, sentimientos muy comunes entre mujeres que gestaron durante un período mundialmente catastrófico. El distanciamiento de familiares y profesionales pudo haber reducido el apoyo emocional y amplificado las dificultades enfrentadas en ese período⁹.

De esta forma, comprender las emociones vividas por mujeres que gestaron durante la pandemia se volvió esencial para reflexionar sobre las repercusiones de este período y sustentar estrategias de acogida y cuidado adecuadas, tanto en esta como en futuras crisis epidemiológicas.

En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo revelar los sentimientos de mujeres que gestaron durante la pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Estudio descriptivo-exploratorio de enfoque cualitativo, realizado con mujeres que gestaron durante la pandemia de COVID-19. La lista de verificación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) se utilizó para planificar y reportar este estudio, garantizando la calidad y transparencia de su ejecución¹⁰.

Los datos se recolectaron en Maringá, municipio ubicado en la región noroeste de Paraná, con una población estimada de 409.657 habitantes en un territorio de 487,012 km²¹¹. Maringá contaba, al momento del estudio, con 34 Unidades Básicas de Salud (UBS). Inicialmente se realizó un muestreo aleatorio simple entre todas las UBS, seleccionándose diez UBS para asegurar la aleatoriedad en la selección muestral. Posteriormente, se contactó a las gestantes para que participaran en la investigación.

Participaron del estudio mujeres que gestaron entre marzo de 2020 y junio de 2021. Este período se consideró adecuado por coincidir con el inicio de la pandemia en Brasil¹² y la flexibilización de las medidas restrictivas contra el COVID-19. Se incluyeron mujeres que iniciaron su control prenatal en la red pública, independientemente de su lugar de residencia, siempre que estuvieran registradas y en seguimiento en las UBS seleccionadas. Se excluyeron mujeres menores de 18 años, dado que la vivencia gestacional en la adolescencia presenta particularidades distintas a las adultas, introduciendo variables que podrían comprometer la homogeneidad muestral, y aquellas con déficits neurológicos que impedirían comprender las preguntas de la entrevista.

El contacto con las participantes se realizó mediante la provisión de datos por los servicios de salud y por el contacto directo con mujeres que tenían consultas programadas dentro del período de estudio. Tras la aceptación, se programaron entrevistas semiestructuradas entre junio y octubre de 2023 según disponibilidad de la participante, realizadas por la enfermera investigadora en domicilios particulares o en espacios cedidos por las Unidades de Salud.

Antes de iniciar cada entrevista, se realizó la lectura del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), solicitando autorización para la grabación en audio de las entrevistas. Como guía metodológica se utilizó la pregunta orientadora: "¿Cómo se sintió al gestar durante la pandemia de COVID-19?". Adicionalmente, se emplearon preguntas de apoyo predefinidas por la investigadora con la finalidad de alcanzar los objetivos del estudio. También se aplicó un cuestionario sociodemográfico con ítems sobre edad, raza/etnia, número de hijos, escolaridad e ingresos, para caracterizar a las participantes.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas íntegramente en un procesador de texto. Tras la transcripción, se revisaron los textos, comparándolos con las grabaciones para garantizar la precisión de los datos. La duración promedio de las entrevistas fue de 22 minutos. No se realizó validación de las transcripciones por parte de las participantes.

Al alcanzarse la saturación teórica, es decir, cuando se observó similitud en los significados expresados y no apareció nueva información, se interrumpió la recolección de datos y se estableció el número final de participantes¹³. Los datos se codificaron mediante el software IRaMuTeQ® para categorización léxica y elaboración de un dendrograma de palabras basado en las entrevistas.

La Clasificación Jerárquica Descendente (Classificação Hierárquica Descendente - CHD), estructurada por el software IRaMuTeQ®, permitió organizar segmentos de texto, en hasta tres líneas, según vocabularios asociados, basándose en la frecuencia y coocurrencia de palabras lematizadas. Este análisis generó un dendrograma, representación gráfica que muestra la formación de clases y relaciones semánticas entre ellas. Para crear el diccionario de palabras, el software aplica la prueba de chi-cuadrado (X^2), que indica la fuerza asociativa entre palabras y sus respectivas clases. Valores de X^2 superiores a 3,84 ($p < 0,0001$) indican asociaciones estadísticamente significativas¹⁶.

Posteriormente, los resultados se analizaron mediante análisis de contenido temático. La primera fase consistió en el reconocimiento integral del material, seguido de la sistematización y codificación de datos. En la segunda etapa, se agregaron los datos brutos en unidades homogéneas que facilitan la descripción y caracterización del contenido, organizándolos en unidades de sentido. La tercera y última fase se caracteriza por la inferencia sobre datos previamente presentes en la literatura sobre el tema, vinculados con los resultados obtenidos¹⁴. Tres investigadoras participaron independientemente en el análisis sin conflictos interpretativos de los resultados. El *corpus* de análisis se constituyó tras la transcripción literal, adaptación lingüística y estructuración estandarizada de los textos, garantizando la confiabilidad de los datos^{14, 15}.

El estudio se desarrolló según las directrices de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud de Brasil y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución proponente. Para asegurar el anonimato de las participantes, los relatos se identificaron con la letra "P", de participante, seguida de un código alfanumérico de los datos, según el orden de las entrevistas (por ejemplo: P1).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 16 mujeres de 20 a 47 años, residentes en el municipio de Maringá, Paraná, Brasil. La mayoría se identificó como blanca (56,3%) y casada (68,8%). El 25% tenía educación secundaria completa. Los ingresos fluctuaron entre 1 y 5 salarios mínimos, predominando entre 1 y 2 salarios (56,3%). En cuanto a número de hijos, la mayoría de las entrevistadas era multípara ($n=10$) y 6 primigestas durante la pandemia de Covid-19.

Del total de los discursos de las participantes, se ejecutó la segmentación textual, resultando en 482 segmentos. De estos, 391 fueron clasificados, representando un aprovechamiento del 81,12% del material original. El análisis consideró 1.197 formas léxicas activas, de las cuales 412 presentaron frecuencia igual o superior a tres. Tras el procesamiento, el dendrograma, además de presentar las clases temáticas codificadas por colores, muestra las conexiones entre ellas destacando los agrupamientos temáticos formados. La interpretación de las conexiones se realizó de izquierda a derecha según la similaridad semántica.

El dendrograma alternativo se construyó a partir de la estructura generada automáticamente por el IRaMuTeQ®. Posteriormente, los autores lo reorganizaron manualmente, disponiendo los elementos de cada clase en orden decreciente de valores de chi-cuadrado (X^2) para destacar los términos más representativos de cada grupo temático y facilitar la interpretación de las conexiones semánticas entre los contenidos analizados (Figura 1).

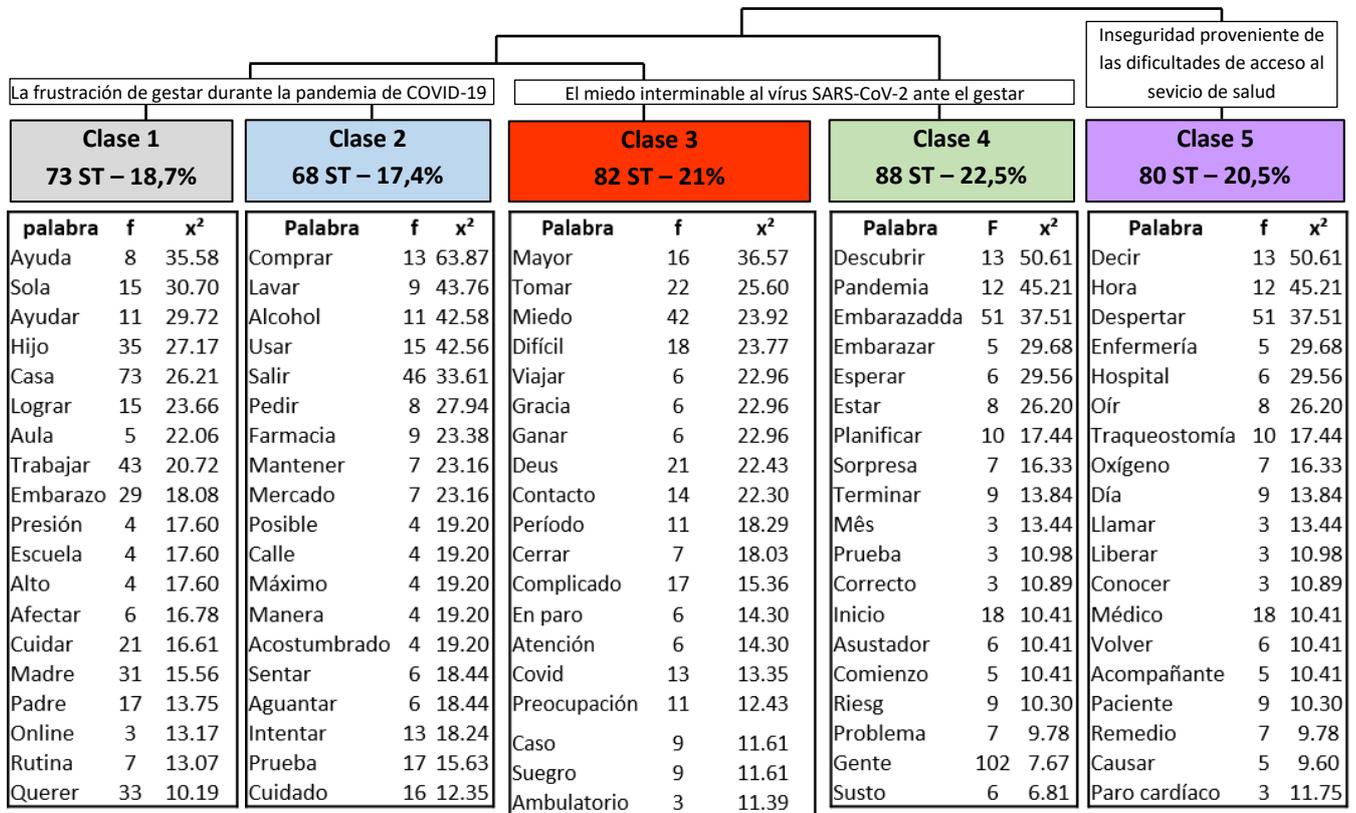


Figura 1: Dendrograma alternativo de clasificación jerárquica con particiones y contenido del corpus. Maringá, PR, Brasil, 2023

El dendrograma de palabras permitió visualizar la frecuencia y la conexión entre los términos utilizados para expresar las experiencias vividas durante la pandemia. La estructura del dendrograma organiza las palabras por proximidad semántica, agrupándolas según los temas emergentes de los discursos. Las ramificaciones indican cómo se relacionan los términos entre sí, lo que posibilita la interpretación de los sentimientos y preocupaciones de las gestantes.

Las clases fueron agrupadas en función de la proximidad de los significados y de la recurrencia de las palabras. Las clases 1 y 2 reúnen términos como casa, sola, cuidado y alcohol, evidenciando los desafíos y precauciones adoptadas por las gestantes para evitar la infección por el virus. Mientras que las clases 3 y 4 presentan palabras como descubrir, embarazada, susto y miedo, que reflejan los sentimientos iniciales al saber de la gestación en un período de incertidumbre. La clase 5, mantenida de forma independiente, contiene palabras como despertar, hospital, medicamento y médico, indicando las dificultades enfrentadas en el acceso a los servicios de salud.

De este modo, la organización de las clases, agrupadas por proximidad semántica y recurrencia léxica, permite comprender los sentimientos ambivalentes de las gestantes durante la pandemia. Aunque la gestación suele ser un periodo de alegría y realización, las restricciones y riesgos sanitarios generaron **angustia, miedo e inseguridad**. El análisis del dendrograma posibilitó una lectura profundizada de estas percepciones, facilitando la construcción de categorías que representan los sentimientos ante las experiencias vividas en dicho contexto.

A partir del análisis de contenido y del dendrograma fue posible construir tres categorías. Las Clases 1 y 2 conformaron la Categoría 1: “La frustración de gestar durante la pandemia del Covid-19”, la cual representa los sentimientos de la mujer por haber quedado embarazada durante la pandemia. Las Clases 3 y 4 conformaron la Categoría 2: “El miedo interminable al virus SARS-CoV-2 ante la gestación”, evidenciando los sentimientos relacionados con el aislamiento social y la falta de cercanía con la familia y los amigos. Por último, la Clase 5 dio origen a la Categoría 3: “Inseguridad derivada de las dificultades de acceso al servicio de salud”, destacando los sentimientos originados por los cambios ocurridos en los servicios de salud.

Categoría 1: La frustración de gestar durante la pandemia del Covid-19

El embarazo es un momento esperado por muchas mujeres, pero para aquellas que quedaron embarazadas durante la pandemia de Covid-19, este período trajo sentimientos de frustración, culpa y preocupación. El miedo a lo desconocido, las incertidumbres sobre su propia salud y la del bebé, además de las dificultades para vivir plenamente la gestación, marcaron la experiencia de estas madres. Algunas expresaron arrepentimiento por haber quedado embarazadas en este contexto, mientras que otras lamentaron no haber podido disfrutar de este momento tan especial debido a las circunstancias adversas.

“Si hubiéramos sabido el nivel que alcanzaría esta pandemia, creo que habría optado por esperar para quedar embarazada, fue una locura.” (P12)

“Mucha gente estaba muriendo, así que estábamos muy preocupados, porque, además de haber quedado embarazada, tenía otra bebé pequeña; fue un período muy complicado.” (P9)

“No fue bueno, por la pandemia y también por motivos personales. Me habría gustado mucho haber disfrutado más del embarazo, pero no fue muy bueno.” (P11)

“Me sentí molesta, frustrada conmigo misma. ¿Cómo permití que un bebé naciera en medio de todo aquello?” (P7)

La gestación es un momento único en la vida de cada mujer, marcado por múltiples sentimientos y cambios, así como por necesidades de salud que requieren soporte y cuidados adecuados por parte del sistema sanitario y sus profesionales. Con el advenimiento de la pandemia, las gestantes quedaron rodeadas de dudas y dificultades impuestas en la atención. Así emergieron sentimientos ambivalentes: sorpresa, alegría, tristeza y preocupación, según la realidad y momento de vida de cada madre.

“No estaba planeado para ese momento, así que fue toda una sorpresa [...] no me puse muy contenta.” (P1)

“Cuando lo descubrí, realmente entré en estado de shock, sufrí bastante durante este embarazo [...] me sentí muy triste, hasta el primer mes estuve como, ¿sabes?, pensando... no es que rechazara el embarazo, no, solo pensaba: Dios mío, ¿qué vamos a hacer ahora, pasando por todo esto?” (P3)

“Sin saber cuánto tiempo iba a durar la pandemia, si serían 5 años, 10 años, también tenía mi edad que ya estaba pesando, entonces dije: no, no voy a esperar. Así que, cuando supe que estaba embarazada, incluso con la pandemia, no fue una sorpresa, fue algo consciente.” (P15)

“Pensaba que nunca más me iba a quedar embarazada, así que fue una buena sorpresa. Dije: no lo planeé yo, pero lo planeó Dios, porque Él sabía que lo necesitaba.” (P5)

“Tuve mucho miedo, tenía 18 años cuando quedé embarazada de ella. Entonces, al principio me vinieron pensamientos de abortar.” (P6)

“Cuando lo descubrí, fue bastante chocante para mí, porque en ese momento no quería un embarazo.” (P8)

Con el objetivo de impedir el contagio, se restringieron la circulación y las aglomeraciones, de modo que las gestantes quedaron confinadas en sus casas y se vieron impedidas de realizar actividades cotidianas en la sociedad. En consecuencia, hubo una repercusión psicológica ante esta nueva realidad en la vida de estas mujeres.

“Me sentí sola, no tenía con quién conversar, ni qué hacer, no podía salir. No pude disfrutar de mi embarazo, hacerme fotos, mostrar mi barriga, siempre estaba en casa, y eso me ponía triste.” (P14)

“Fue un embarazo en el que tuve que pasar mucho tiempo dentro de casa, y eso afectó mucho mi nivel de ansiedad, y no podía tomar mis medicamentos.” (P3)

Ante la falta de información y las dificultades de acceso impuestas a los servicios considerados no urgentes, muchas mujeres estuvieron rodeadas de sentimientos de miedo, inseguridad y frustración.

“Veía en las noticias a gestantes que perdieron la vida, o a algunos bebés, madres que entraban en coma y tenían que adelantar los partos, muchos bebés naciendo prematuros debido a esta enfermedad. Eso me preocupaba mucho, me generaba un aumento de ansiedad ante esta situación. Cada vez que iba a mi médico, el obstetra me decía que acababa de intubar a una gestante, que no quería preocuparme, pero que debía tener mucho cuidado, porque la situación realmente se estaba descontrolando.” (P3)

“Para mí fue muy difícil, porque era un período en el que no sabíamos exactamente qué era la enfermedad y se estaba muriendo mucha gente. Así que estábamos muy preocupados, porque además de haber quedado embarazada, tenía otra bebé pequeña; entonces fue un período bastante complicado.” (P9)

“Descubrí que estaba embarazada poco después de que comenzó la pandemia, así que fue muy aterrador, porque no sabíamos nada. Mucha gente empezó a contagiarse y no teníamos adónde ir, ni teníamos mucha información sobre qué hacer, así que sentíamos mucho miedo.” (P16)

A pesar de todas las medidas sanitarias adoptadas debido a la pandemia, tres mujeres relataron haber tenido Covid-19 durante la gestación, lo que acentuó aún más los sentimientos negativos, por la preocupación tanto por su propia vida como por la del bebé.

"Estaba de 35 semanas y la prueba dio positiva, [...] La saturación bajó, no sé si fue a 79 u 82. Sé que bajó bastante [...] Entonces, llegué a la maternidad. Me desperté 45 días después. Movi los ojos, miré a un lado, miré al otro, vi que había un paciente hombre en la cama de al lado, y dije: pero no estoy en la maternidad [...] tuve un paro cardíaco al ser transferida de la maternidad al hospital, llegué en paro el primer día de residencia del médico [...] tuve el paro cardíaco, dos bacterias hospitalarias, 45 días intubada, cuatro meses y medio con traqueotomía, el 95 % del pulmón afectado y 53 días en el hospital." (P10)

"En el séptimo mes contraí Covid, estábamos muy asustados, con miedo de que le pasara algo al bebé, de que yo tuviera síntomas más graves, y de qué medicamento podría tomar, por estar embarazada." (P8)

"Estaba de 37 semanas, estuve internada un tiempo en la maternidad para verificar los latidos del bebé por causa del Covid-19." (P6)

Los sentimientos experimentados por las mujeres reflejan cuán vulnerables se encontraban, envueltas en el miedo a contagiarse con el virus y perjudicar la salud de los bebés, así como en la angustia generada por estar, de cierta forma, más alejadas del servicio de salud, viviendo así el embarazo "solas".

Categoría 2: El miedo interminable al virus SARS-CoV-2 durante la gestación

La rápida diseminación del COVID-19, la ausencia de inmunidad previa y la falta de vacunas en los primeros meses de la pandemia generaron **enorme inseguridad** en la población, especialmente en las gestantes. El miedo al contagio y sus posibles consecuencias para la madre y el bebé llevó a muchas mujeres a adoptar **medidas extremas** para evitar riesgos. La incertidumbre sobre los tratamientos adecuados y la necesidad de distanciamiento social provocaron cambios drásticos en las rutinas, intensificando la **ansiedad y angustia**. Los siguientes testimonios evidencian el impacto de este escenario en la vida de las gestantes.

"Ya no salíamos a comprar; pedíamos y el supermercado dejaba las cajas afuera. Pasaban alcohol en la caja para entregarla. Yo iba, lo sacaba todo, rociaba alcohol y lo guardaba dentro. ¡Fue la época que más trabajé en casa, fue horrible, horrible, no voy a mentir!" (P2)

"Tenía miedo hasta de salir a la calle. Estábamos en shock porque, aunque dentro de casa parecía que estábamos seguros, en realidad el virus estaba en todas partes." (P9)

"Mi marido era el único que salía. Al volver del trabajo, le hacía quitarse la ropa afuera y la metía directo a la lavadora. Él iba derecho al baño sin ver a los niños, se bañaba y solo después los veía. Lavaba su ropa de trabajo diario y no lo dejaba entrar con nada en casa por miedo. Cuando iba de compras, era él que las hacía también, lo dejaba todo afuera, lo limpiaba y luego lo guardaba. ¡Al principio, todo eso nos asustó mucho!" (P7)

Por otro lado, la implementación de medidas de seguridad tras la diseminación extensiva de la enfermedad terminó restringiendo los beneficios en salud pública y el acceso a espacios o situaciones de interacción social significativos para estas mujeres.

"Perdí a mi abuela y no pude ir. Era mi última abuela paterna; falleció casi centenaria y no pude despedirme. Porque vendrían familiares de lejos. Y el médico, temeroso, me advirtió: 'No vayas, porque al ver a uno, lo abrazas, y nunca sabes con quién tuvieron contacto.' Así que no podía ir." (P5)

"Sentí mucho miedo porque ya era una situación muy difícil, y además estar embarazada lo complicaba más: necesitaba atención médica y, en ese momento, no siempre estaba disponible." (P14)

"De cierta forma, la pandemia arruinó todo: el baby shower, tuve un parto prematuro... la pandemia contribuyó a todo esto." (P15)

La sensación de pérdida por no experimentar la gestación como deseaban contribuyó al desarrollo de sentimientos negativos, impactando la dimensión psicológica de estas mujeres. Celebraciones familiares y sociales fueron postpuestas, y estos momentos únicos no podrán revivirse.

Categoría 3: Inseguridad derivada de las dificultades de acceso a servicios de salud

La pandemia generó desafíos significativos para las gestantes en el seguimiento prenatal. La reorganización de los servicios sanitarios, con la cancelación o postergación de consultas y la reducción de personal debido a su reasignación para la atención de COVID-19, impactó directamente en la atención materna. Además, el temor a la exposición viral llevó a muchas mujeres a evitar buscar atención, incrementando la sensación de inseguridad e incertidumbre sobre la salud materno-fetal. Los siguientes testimonios evidencian estas dificultades vividas durante la gestación:

Aquí en el centro de salud no había médico, ese fue nuestro mayor miedo, que pudiera pasarle algo al bebé, porque no teníamos nada y tampoco teníamos seguro de salud [...] siempre que iba, las consultas estaban programadas, pero uno esperaba y esperaba hasta que decían que el médico no estaba. Me pasaban en el triaje para medir la presión, esas cosas, y me mandaban a casa. (P7)

Necesitaba atención médica y, en ese momento, no siempre estaba disponible. Sentía miedo, me sentía insegura porque no sabía si había personas infectadas con la enfermedad y que pudieran contagiarme. (P14)

Me hice la ecografía de manera particular, porque esperar por el sistema público demoraba más. Y el control prenatal lo hice en el centro de salud. Solo había una doctora atendiendo, así que la atención era limitada. (P13)

No tenía miedo por la atención, porque quienes nos atendían siempre lo hacían bien, pero sí teníamos miedo de ir y salir contagiadas, y, si nos contagiábamos, qué podría pasarle al bebé. (P16)

Otra medida tomada durante este período pandémico fue la reducción o incluso la restricción, en algunos casos, de la presencia del acompañante. Este cambio generó malestar emocional en las gestantes, quienes sienten la necesidad de compartir este momento, ya sea porque se sienten más seguras con la presencia de un familiar o por el deseo de compartir este momento especial, que para muchas mujeres es considerado único.

No podía llevar a muchos acompañantes para hacer las ecografías; a veces mi familia quería acompañarme y no podía mucho, tenía que elegir entre mi esposo o algún otro miembro de la familia. Esas cuestiones, para mí, eran bastante desagradables, desde mi punto de vista [...] (P8)

Llegué a la sala de enfermería y pregunté: ¿Dónde está mi acompañante? El médico de la sala me dijo: "No, no hay acompañantes". [...] Empecé a llorar. No sé estar sola. (P10)

Los sentimientos de incertidumbre, dudas y miedo generados durante la pandemia en estas mujeres pueden conducir a consecuencias tanto físicas como psicológicas, lo que las predispone a riesgos para la salud tanto propias como la del feto.

DISCUSIÓN

La gestación es un evento que exige adaptación a lo nuevo y que promueve diversas transformaciones en el cuerpo, cambios de humor, aumento de peso, modificaciones en las relaciones familiares y en las formas de convivencia social¹⁷. La adopción de medidas restrictivas y nuevos hábitos de vida¹⁸, aunque orientados al bienestar materno y fetal, pueden impactar la experiencia de la maternidad a partir de la reproducción de una vivencia más solitaria de la gestación, parto y puerperio¹⁹.

Este contexto puede traer repercusiones especialmente durante la gestación, que es un período marcado por gran inestabilidad emocional²⁰, facilitando aún más el agravamiento de la adaptación materna al ciclo gravídico-puerperal²¹. Este reflejo en la salud perinatal intensifica las aflicciones e inseguridades, potencializando los riesgos de desarrollo de trastornos psicológicos, como la depresión²². Así, las estrategias de afrontamiento y acogimiento deben implementarse de forma continua, con vistas no solo a mitigar las repercusiones psicológicas inmediatas, sino también a promover la salud integral del binomio madre-bebé, previniendo consecuencias a largo plazo²³.

Durante el período perinatal, las mujeres frecuentemente enfrentan angustias relacionadas con las limitaciones de movimiento, la interacción social y la participación en sus rutinas habituales. También tienden a tener preocupaciones sobre su propia salud y el riesgo de infección, así como riesgos para la salud de sus hijos y seres queridos²⁴.

La capacidad del escenario pandémico para perturbar la rutina y el funcionamiento de la vida cotidiana amplificó las preocupaciones existentes respecto al feto y a la madre²⁵. Estos resultados también se relacionan con la suspensión del derecho de la mujer a tener un acompañante²⁶, así como con el acceso a procedimientos y cuidados en la maternidad²⁷, ya que, en este período, todas las atenciones consideradas no urgentes debieron ser reprogramadas, y diariamente se divulgaban en los medios casos de muertes y hospitalizaciones de personas en estado grave, entre ellas gestantes, consideradas entonces grupo de riesgo.

Un estudio multicéntrico realizado en Brasil con 763 gestantes demostró que el 16,1% de ellas presentó ansiedad moderada y el 11,5% presentó ansiedad grave, totalizando un 27,6% de gestantes con niveles significativos de ansiedad. Estos casos están asociados a factores como el nivel educativo medio y la ausencia de convivencia con una pareja. Por otro lado, la autoconfianza para protegerse del COVID-19 y el conocimiento sobre los cuidados relacionados con la lactancia materna se mostraron como factores protectores para la salud mental materna²⁸. De este modo, los datos revelan un preocupante reflejo de deterioro de la salud mental materna, especialmente en escenarios marcados por el aislamiento social, la inestabilidad emocional y la fragilidad de las redes de apoyo²³.

En un estudio realizado en 2020, en Brasil, se identificaron 124 muertes maternas por Covid-19. En el 72,3% de los casos fue necesaria la internación en UCI, lo que evidencia la vulnerabilidad de las gestantes cuando están expuestas a la enfermedad y revela la gravedad del contagio²⁹.

El apoyo social es un factor protector frente a alteraciones psíquicas maternas. El grado de apoyo social se correlaciona de manera significativa e inversa con la gravedad de los síntomas depresivos posparto³⁰. El apoyo social posparto eficaz puede incluir la confianza en la familia, los amigos o la ayuda profesional contratada para obtener algún alivio de las responsabilidades adicionales al lidiar con los profundos cambios hormonales, la privación de sueño y los ajustes en la dinámica familiar y en la distribución de roles. Ante la pandemia, esta ya no era una opción para muchas madres, que se vieron haciendo malabares con varios roles y con ayuda limitada³¹.

Se requieren diferentes acciones por parte de la familia, de la mujer y de los servicios de atención en salud para garantizar una adecuada acogida de la gestante. En este sentido, la ansiedad y los cambios de humor acompañan a muchas gestantes, cuadro que se agravó durante la pandemia, ya que la aparición del Covid-19 trajo mayores dudas y preocupaciones, como el miedo al contagio y más inseguridad respecto al futuro³².

La asistencia prenatal es de suma importancia para la salud de las mujeres durante la gestación y el puerperio, estando asociada a mejores desenlaces perinatales. Sin embargo, a pesar de necesitar mayores cuidados, las gestantes enfrentaron dificultades para realizar el seguimiento prenatal debido a la cancelación de consultas, consultas mediante telemedicina o aplazamientos en los casos de sospecha o confirmación de infección por Covid-19³³.

Se sabe que el embarazo vuelve a la mujer más susceptible a enfermedades respiratorias debido al aumento de la demanda de oxígeno, la elevación diafragmática y la disminución de la complacencia torácica, lo que, en consecuencia, resulta en una menor tolerancia a la hipoxemia. Estas alteraciones pueden provocar parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y muerte fetal intrauterina. Ante estas vulnerabilidades, las gestantes fueron incluidas en los grupos de riesgo para el Covid-19³⁴.

En este sentido, este estudio es importante, ya que revela los sentimientos experimentados por las mujeres y las vulnerabilidades a las que estuvieron expuestas. Es necesario que los servicios y profesionales de salud sepan cómo acoger a estas mujeres para un seguimiento que ayude a enfrentar las consecuencias provocadas por la pandemia, así como para que se preparen para futuras intervenciones en caso de una nueva pandemia.

Limitaciones del estudio

El sesgo de memoria de las mujeres puede identificarse como una limitación de este estudio, dado que el período de recolección de datos ocurrió posteriormente al período de gestación, durante la pandemia del Covid-19. Sin embargo, se considera que el tiempo transcurrido entre la gestación y la recolección de los datos no ha impactado significativamente en el recuerdo de algo tan marcado y significativo en la vida de estas mujeres, como fue gestar en medio de un período pandémico.

Consideraciones Finales

Este estudio permitió comprender los aspectos intersubjetivos de las mujeres que vivieron el embarazo durante la pandemia de Covid-19. Gestar en este período hizo emerger sentimientos como frustración, miedo e inseguridad, especialmente debido a la escasez de información al inicio de la pandemia.

Estos resultados evidencian la importancia de un acompañamiento prenatal de calidad, así como la necesidad de apoyo psicológico y familiar durante este período de transición en la vida de la mujer. Se sugiere que los servicios de salud puedan implementar programas que fortalezcan esta red de apoyo, ofreciendo información y recursos tanto para las gestantes como para sus familiares y cuidadores.

Además, la espiritualidad fue identificada como un importante apoyo terapéutico. Los servicios de salud pueden considerar la inclusión de prácticas espirituales o de apoyo religioso como parte integral del cuidado durante la gestación.

Otros aspectos relevantes para el fortalecimiento de los servicios de salud, especialmente en el contexto del embarazo durante la pandemia de Covid-19, incluyen: ampliación de los servicios de telesalud, seguimiento adecuado por parte de los agentes comunitarios de salud, y una mayor atención a la salud mental, dado el desgaste emocional sufrido por las gestantes durante la pandemia.

Estas intervenciones pueden contribuir significativamente a la mejora de los servicios de salud, especialmente en el contexto del embarazo durante períodos pandémicos, garantizando cuidados más eficaces y centrados en las necesidades de las gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 7(1):11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>.
2. Paz MS Almeida MO, Cabral NO, Assis TJCF, Mendes CKTT. Barriers imposed in the relationship between puerperal mothers and newborns in the pandemic scenario of Covid-19. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 21(Supl. 1):233-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100S100012>.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [cited 2025 Apr 1]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf.
4. Queadan F, Mensah NA, Tingey B, Stanford JB. The risk of clinical complications and death among pregnant women with Covid-19 in the Cerner Covid-19 cohort: a retrospective analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 [cited 2024 Jun 1]. 21(1):305. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03772-y>.
5. Rasmussen SA, Smulian JC, Lednický JA, Wen TS, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 222(5):415-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>.
6. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2019 [cited 2024 Jun 1]; 19(2):447–58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>.
7. Brito BLM, Shibukawa BMC, Merino MFGL, Higarashi IH, Furtado MD. Pregnancy questions: the experience of women accompanied in primary health care. *REFACS.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 9(4):902-11. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i4.4939>.
8. 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 [cited 2024 Jun 1]; 23:e72798. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222372798>.
9. Silveira CM, Bellaguarda MLR, Nitschke RG, Ofugi SAB, Villarinho MV, Vieira AN. Coping strategies in the gestational and prenatal process amid the Covid-19 pandemic. *Ciênc, Cuid e Saúde.* 22:E66100 [cited 2024 Jun 1]. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66100>.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007 [cited 2024 Jun 1]; 19:349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Maringá [Site de Internet]. Brasília: IBGE; 2023 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Histórico da pandemia de Covid-19 [Site de Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2023 [cited 2023 Oct 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/historico-da-emergencia-internacional-covid-19>.
13. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018 [cited 2025 Apr 7]; 71(1):228-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Amaral-Rosa MP. Considerations on the use of IRAMUTEQ software for qualitative data analysis *Rev. esc. enferm. USP.* 2019 [cited 2025 Apr 7]; 53:e0103468. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019ce0103468>.
16. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP.* 2018 [cited 2025 Apr 7]; 52:e03353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.
17. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2023 Jun 28]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
18. Gutierrez SD, Silveira JP, Santos AB, Ribeiro ALC, Silva DOF. The incidence of postpartum depression symptoms during the Covid-19 pandemic. *Arch Health.* 2022 [cited 2024 Jun 1]; 3(2):8187. DOI: <https://doi.org/10.46919/archv3n2espec-005>.
19. Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. Maternal solitude before the new guidelines in SARS-COV-2 times: a Brazilian cutting. *Rev. Gauch. enferm.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 42(spe):e20200165. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>.
20. Arrais AR, Amorim B, Rocha L, Haidar AC. Psychological impact of the pandemic on Brazilian pregnant and postpartum women. *diaphora.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 10(1):24-30. DOI: <https://doi.org/10.29327/217869.10.1-4>.
21. Ministério da Saúde (Br). Atenção ao pré-natal de Baixo risco. Caderno da Atenção Básica nº 32. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2023 Sep 12]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
22. Hamzehgardeshi Z, Omidvar S, Amoli AA, Firouzbakht M. Pregnancy-related anxiety and its associated factors during Covid-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 21(1):208. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03694-9>.
23. Freitas-Jesus JV, Sánchez ODR, Rodrigues L, Faria-Schützer DB, Serapilha AAA, Surita FG. Stigma, guilt and motherhood: experiences of pregnant women with COVID-19 in Brazil. *Women Birth.* 2022 [cited 2025 Jun 04]; 35(2):e141–e7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.08.009>.
24. Matvienko-Sikar K, Meedy S, Ravaldi C. Perinatal mental health during the Covid-19 pandemic. *Women Birth.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 33(4):309-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.006>.
25. Durmuş M, Öztürk Z, Şener N, Eren SY. The relationship between the fear of Covid-19, depression, and spiritual well-being in pregnant women. *J. relig. health.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 61:798–810. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01448-7>.

26. Silva KTV, Gervasio MDG, Cuenca AMB. The companion law in the media: the pandemic and its impacts on birth rights. *Saude Soc.* 2023 [cited 2025 Jun 04]; 32(1):e220540pt. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220540en>.
27. Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A, et al. The impact of the coronavirus (Covid-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 88:102779. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>.
28. Nomura RMY, Ubinha ACF, Tavares IP, Costa ML, Opperman MLR, Brock MF, et al. Aumento do risco de ansiedade materna durante o surto de Covid-19 no Brasil entre gestantes sem comorbidades. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022 [cited 2024 Jun 1]; 43:932-9. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740234>.
29. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, et al. The tragedy of Covid-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 151(1):154-6. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.
30. Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Arch Womens Ment Health.* 2019 [cited 2024 Jun 1]; 22(1):105-14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0882-6>.
31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 395(10227):912-20. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).
32. Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A, Venâncio KCMP, Baraldi NG, Durkin AC, Riesco MLG. Covid-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020 [cited 2024 Jun 1]; 28:e3348. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4523.3348>.
33. Ding W, Lu J, Zhou Y, Wei W, Zhou Z, Chen M. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of Covid-19: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 [cited 2024 Jun 1]; 21(1):80. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03561-7>.
34. Jamieson DJ, Rasmussen SA. An update on COVID-19 and pregnancy. *AJOG.* 2022 [cited 2024 Jun 1]; 226(2):177-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.054>.

Contribuciones de los autores

Concepción, A.V.E.C. y M.D.F.; metodología, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; software, A.V.E.C., B.S.F. y M.D.F.; validación, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; análisis formal, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; investigación, A.V.E.C., C.M.G.P. y M.D.F.; obtención de recursos, A.V.E.C. y M.D.F.; curaduría de datos, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F. y M.D.F.; redacción, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; revisión y edición, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; visualización, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; supervisión, A.V.E.C., C.M.G.P. y M.D.F.; administración del proyecto, A.V.E.C., C.M.G.P., B.S.F., M.M.M., L.R.V.Y. y M.D.F.; adquisición de financiación, A.V.E.C. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito "*Sentimientos de mujeres que gestaron durante la pandemia de Covid-19*".