

GERAR VIDA EM ÉPOCA DE MORTE UM ESTUDO DE CASO: DESAFIOS DAS GESTANTES EM TEMPO DA COVID-19

Martha Gomes Schmidt Vila Nova¹

Resumo: Esta pesquisa tem como objetivo identificar e comparar as alterações emocionais vivenciadas por gestantes no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação em período de pandemia da COVID-19. Para isso, foi realizado um estudo de caso com seis gestantes, brasileiras, maiores de idade, sendo duas de cada trimestre de gestação. As entrevistas foram realizadas de forma on-line, por meio do uso de entrevista semiestruturada, as quais foram divididas em três partes compostas por dados pessoais e demográficos, e suas percepções sobre o período gestacional, bem-estar e saúde mental. A metodologia utilizada foi estudo de caso, descritiva, de caráter qualitativo, de corte transversal. Para análise de dados foi utilizado o método de análise de Bardin, posteriormente foi realizada a caracterização de cada uma das participantes, seguida das respostas às questões apresentadas, realizando um comparativo entre as respostas das participantes de cada um dos trimestres. Como resultado foi possível identificar que a pandemia se tornou mais uma fonte de preocupação para as gestantes. As alterações emocionais no período gestacional aparecem com maior frequência quando comparadas ao período anterior à gestação, o período gestacional pode auxiliar no processo de ressignificação das histórias familiares. A relação com o corpo da gestante depende da sua autoimagem anterior à gestação e como esta vai se ajustar ao corpo grávido. Também foi possível verificar que ocorre uma diminuição na frequência das relações sexuais, mesmo com a presença do desejo sexual. Identificou-se, ainda, diferenças entre os trimestres, pois as entrevistadas fazem referências a outros trimestres, assim como também outras gestações para as multigestas, experiências estas positivas ou negativas.

Palavras chaves: Gestação. Alterações emocionais. COVID-19.

¹ Acadêmica do curso de Psicologia. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Psicologia da Unisul. 2021. Orientadora: Prof. Carolina Bunn Bartilotti, Dra.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período importante na vida da mulher que dura, aproximadamente, entre 40 a 41 semanas, dividida em três trimestres. A confirmação da gravidez se dá pela presença do hormônio coriogonadotrófico (hCG), verificada por intermédio de sua presença no exame de sangue ou de urina, podendo ser constatada, também, pela ultrassonografia. Algumas mulheres não sentem nenhum sintoma; outras, sentem alterações no corpo antes mesmo de se confirmar a gravidez, entre eles: o aumento dos seios, excesso de sono, enjoo ou presença de náuseas. Para Stewart e Szejer (1997), a gravidez possibilita à mulher passar por esse rito de passagem, do papel de mulher para o papel de mãe, e de se desenvolver; esse período “permite verdadeiramente ascender a um estado de dar à luz a si mesma” (STEWART; SZEJER, 1997, p. 117).

Porém, nem sempre a gestação é desejada ou planejada pela mulher, o que pode gerar alterações emocionais de diferentes formas, tais como: depressão, ansiedade, estresse. São despertados sentimentos e inseguranças, variando conforme o momento de vida de cada mulher; além do contexto de pandemia da COVID-19, independentemente de sua idade, seu estado civil, sua condição econômica; cada uma viverá essa experiência de forma singular.

A gravidez, para Zimmermann *et al.* (2001, p. 28), “é um evento único, no qual alterações metabólicas e hormonais causam mudanças estruturais que influenciam no comportamento”. Corroborando, Stewart e Szejer (1997, p. 120) afirmam que “essa variedade e modificações físicas precisam ser entendidas na história particular de cada mulher como expressão de um discurso concernente a essa gravidez específica”. Estudos de Camacho *et al.* (2010, p. 116) caracterizam as alterações da gravidez como “as mais significativas modificações que o ser humano pode sofrer”, considerando a gravidez como um estado de tensão.

Decidir pela maternidade gera representações e expectativas por parte da família e sociedade, trazendo a sensação de perpetuação da história familiar. Maldonado (2013, p. 28) traz o conceito de “manutenção do nome de família”, em que este filho pode representar a manutenção de um vínculo desfeito, ou a competição entre irmãos, ou aprofundar uma relação amorosa, variando de acordo com a história de vida de cada gestante. O investimento de projeções que o bebê receberá dependerá da forma com que a mãe experiencia o mundo.

É a partir de sua história de vida que as gestantes podem, ou não, ter uma gravidez agradável, independentemente do histórico familiar de origem. “A gravidez representa, para a maioria das mulheres, uma questão fundamental, que dá significado e equilíbrio a suas vidas” (ZIMMERMANN *et al.*, 2001, p. 30). No período gravídico, mesmo quando a gravidez é

planejada e ocorre em mulheres saudáveis, do ponto de vista psicológico, ainda assim, estão presentes a ansiedade e sentimentos de ambivalência (MALDONADO, 2013; ZIMMERMANN *et al.*, 2001). Suas principais elaborações psíquicas giram em torno de:

1. Representações da gestante como mulher e mãe;
2. Fantasias a respeito do filho e de sua identidade futura;
3. Antecipações de dificuldade profissionais e no relacionamento com o marido;
4. Medo da própria morte e/ou do bebê no parto, bem como de malformações (ZIMMERMANN *et al.*, 2001, p. 30).

As mulheres gestantes, como hipótese neste momento da COVID-19, podem ter essas elaborações psíquicas potencializadas pelas dificuldades profissionais, em relação à manutenção do trabalho e a conciliação do novo papel de mãe, possivelmente gerando estresse e ansiedade. O relacionamento com o marido (companheiro) pode, ou não, ser mais difícil pela hiperconvivência nesse momento de isolamento social (CAMPOS *et al.*, 2020).

O medo da morte faz parte dessa nova realidade e é abordado incessantemente, seja na televisão, nos jornais ou meios de comunicação em geral. Para as gestantes, então, a pandemia tem se mostrado um algoz implacável, tendo em vista a soma dos fatores que pode causar um colapso durante a gravidez. Não bastassem as complicações físicas e psicológicas da gestação e a preocupação com a contaminação pelo vírus, muitas mulheres têm convivido com a violência dentro de suas próprias casas, compondo um cenário em que parece não haver saída, levando ao aumento dos casos de violência doméstica e feminicídio (CAMPOS *et al.*, 2020).

Em pesquisa realizada no Brasil, publicada na revista médica *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, acerca do número de mortes por COVID-19 até dezoito de junho de 2020, foram constatadas as mortes de 124 gestantes e puérperas de um total de 160. Trata-se de um número preocupante, tendo em vista que corresponde a 77% das mortes no mundo até este período, “número 3,4% superior ao total de óbitos maternos relacionados a COVID-19 relatados no resto do mundo até o momento da redação deste artigo” (TAKEMOTO *et al.*, 2020, p. 154). Dessas 124 mulheres pesquisadas, 74 eram gestantes e 50 estavam no período de pós-parto. Das gestantes e puérperas que vieram a óbito de COVID-19 nesse estudo, 55 residiam na região sudoeste; em segundo lugar, na região nordeste, 47 mulheres; seguido pela região norte, com 27 mulheres, e pela região centro-oeste, com 1 óbito. Nenhum caso foi registrado na região sul. Quanto às comorbidades, 13 gestantes apresentaram doenças cardiovasculares, 22 apresentaram diabetes, 5 apresentaram asma e 13 eram obesas. Quanto à etnia das 124 gestantes mortas, 71 eram não brancas, 23 eram brancas e 30 não declaradas (TAKEMOTO *et al.*, 2020).

Dessa forma, percebe-se uma disparidade entre os índices de morte, que se encontram elevados para mulheres não brancas grávidas, principalmente para aquelas em condições

socioeconômicas de baixa renda (FIOCRUZ, 2020). “A mortalidade materna em mulheres negras devido à COVID-19 foi quase duas vezes maior do que a observada em mulheres brancas” (FIOCRUZ, 2020). Cabe uma atenção especial para esse público de gestantes neste período de pandemia em relação à saúde física e à saúde mental para reduzir esses índices alarmantes.

Os profissionais envolvidos no cuidado com as gestantes devem estar atentos aos sintomas da COVID-19, principalmente para esse público específico, assim como, também, devem voltar o olhar para as alterações emocionais das mesmas, acolhendo suas queixas e fazendo os devidos encaminhamentos para psicólogos ou psiquiatras, se necessário, uma vez percebido se os níveis de ansiedade e ambivalência passam a ser além do natural da fase. Muitas vezes, “as elaborações psíquicas não são necessariamente entendidas de modo racional. Pelo contrário, são percebidas como um desconforto, um certo nervosismo” (ZIMMERMANN *et al.*, 2001, p. 31). Ou seja, as gestantes podem apresentar-se mais nervosas ou estressadas, sem paciência. Potencializadas essas alterações emocionais, podem apresentar negações, manifestações psicossomáticas e, até mesmo, reações maníacas (ZIMMERMANN *et al.*, 2001).

O período de nove meses é fundamental não somente para o bebê, mas para a mãe, a fim de que sejam realizadas as elaborações psíquicas necessárias durante o período. Para Winnicott “[...] Existe esse período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher” (1987-2012 *apud* FONSECA, 2017, p. 24). A gestação é caracterizada como o tempo de preparo para o nascimento desse filho.

Em alguns momentos a mulher pode ser colocada em segundo plano, o olhar se desloca para o ventre, a atenção passa a ser o bebê, a mulher fica negligenciada muitas vezes, colocada de lado, deixando de ser um sujeito de desejos (STEWART; SZEJER, 1997). Devido a esse comportamento, a gestante tem sua subjetividade suprimida, o que pode gerar depressão, aumento de ansiedade e ou de estresse (STEWART; SZEJER, 1997). O distanciamento social pode agravar ainda mais esses sentimentos de solidão e de desamparo, provocados pelas perdas e lutos relacionados à pandemia da COVID-19 (PAIXÃO *et al.*, 2021).

Por isso, é de extrema importância realizar uma escuta atenta a essas mães gestantes, que muitas vezes experimentam sentimentos de solidão e de desamparo, intensificados pelas perdas por COVID-19. A escuta possibilita a compreensão do fenômeno de forma individualizada e não apenas a generalização dos sintomas das gestantes como algo comum e rotineiro (STEWART; SZEJER, 1997). A escuta das gestantes de forma individualizada possibilita a identificação das alterações emocionais presentes na gestação em cada trimestre, permitindo a identificação dos sentimentos presentes.

Os sentimentos de ambivalência estão presentes durante toda a gestação, porém se apresentando de diferentes formas em cada um dos trimestres (MALDONADO, 2013; ZIMMERMANN *et al.*, 2001). “Em todas as relações é natural estarem presentes sentimentos opostos, onde uma pessoa nunca ama ou odeia outra totalmente: a complexidade de um relacionamento humano permite a coexistência de diversos sentimentos” (MALDONADO, 2013, p. 32-33). Assim é, também, na gravidez, onde sentimentos contraditórios perpassam por todo período gestacional, já que o período de gestação envolve perdas e ganhos (MALDONADO, 2013). Os sentimentos presentes na gestação são representados de forma particular em cada gestante a depender de sua história de vida (MALDONADO, 2013; STEWART; SZEJER, 1997). Ou seja, “a intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante” (FALCONE, 2005, p. 613).

Já no primeiro trimestre de gestação (1 a 12ª semana), Stewart e Szejer (1997, p. 134) o caracterizam como “um período de intensa alteração física e psíquica, sendo, geralmente, marcado por um grande cansaço” (STEWART; SZEJER, 1997, p. 134). Neste trimestre, Maldonado (2013) aponta que pode ocorrer um aumento dos sentidos, irritabilidade e oscilações de humor como ondas, alternando momentos de tristeza ou de alegria, assim como sentimentos de ambivalência entre desejar, ou não, o filho, mesmo para as gestantes que planejaram a gravidez.

A presença do choro, dependendo do autor, pode ser chamada de hipersensibilidade ou hiperatividade, provocada pela presença de imagens, palavras ou simples situações. Stewart e Szejer (1997, p. 133) consideram o choro como um “eco dos primeiros dias de vida do bebê” (STEWART; SZEJER, 1997, p. 133). Ou ainda como um prenúncio do que ocorre com a mulher nos dias que sucedem o parto. Os autores propõem outra hipótese:

Essas lágrimas expressam uma forma de depressão inexplicável para a própria mulher, já que mesmo aquelas que se dizem muito felizes de estarem grávidas, e que desejaram ardentemente a gravidez, choram. Esse choro pode relacionar-se com a perceptiva de ter que fazer um lugar para um novo ser. Como se, para fazer esse lugar, fosse preciso, num primeiro momento, deprimir-se, tornar-se frágil, pequena, vulnerável, para permitir o outro que adquira forças e o seu próprio lugar (STEWART e SZEJER, 1997, p. 139).

Neste trimestre podem ocorrer outros sintomas como náuseas e vômitos, sono excessivo, desejos e aversões por certos tipos de alimentos, alterações do paladar, sentimento de culpa (MALDONADO, 2013; STEWART; SZEJER, 1997). Thethovan e Dickens (1972 *apud* MALDONADO, 2013, p. 36-37) dividiram as teorias existentes sobre os desejos e aversões em quatro categorias:

1. Teorias baseadas em superstições e folclore, segundo os quais quando um alimento desejado não é comido, a criança fica prejudicada, desfigurada ou com alguma marca;
2. Teorias ‘físicas’, que tendem a atribuir a pica (desejo de compulsivo de comer substâncias estranhas, tais como barro, cimento, talco etc.), em particular a uma necessidade de compensar deficiências nutritivas;
3. Teorias psicológicas ou psicodinâmicas, que tendem a explicar esses fenômenos em termos de insegurança, ambivalência, necessidade de atenção e regressão;
4. Teorias que surgem que a maioria das perversões de apetite na gravidez deve-se em parte às alterações de paladar e do olfato, que ficam mais embotados, e daí a preferência por substâncias de sabor e cheiro mais ativos e picantes.

Sobre os desejos das grávidas, Stewart e Szejer (1997) entendem como um primeiro discurso do filho, podendo compreender como uma necessidade de determinada vitamina, por exemplo. Aqui, destaca-se que a maior necessidade de sono presente neste período se deve à necessidade do organismo de se adaptar às novas tensões fisiológicas. Soifer (1971 *apud* MALDONADO, 2013, p. 34) interpreta esse fenômeno “em termos de regressão e identificação da mulher com o feto”. Os distúrbios do sono, por sua vez, para Stewart e Szejer (1997) oscilam entre períodos de insônia ou hipersonia (excesso de sono), que remetem ao comportamento do recém-nascido. Outro sintoma característico neste período é o aparecimento de poucas mudanças no corpo e outro sentimento de ambivalência, neste momento, é o de estar, ou não, grávida.

Ainda no primeiro trimestre, a gestante percebe-se empoderada pela capacidade de gerar, acompanhada do sentimento de realização, orgulho e plenitude (EIZIRIK *et al.* 2001). Já no caso de gestantes com histórico de abortos anteriores, estas podem se sentir mais ansiosas ou estressadas, principalmente no primeiro trimestre, período em que ocorre o maior número de abortos espontâneos.

Acerca da sexualidade nesse trimestre, algumas gestantes se amam, e outras, nem tanto, não se adaptando ao seu corpo com o novo formato. A forma com que o homem olha para o corpo desta mulher pode impactar nesse processo de transformação. Caberá ao casal incluir o bebê nessa relação entre eles, nessa nova realidade (STEWART; SZEJER, 1997).

O segundo trimestre de gestação, do quarto ao sexto mês (13^o a 27^a semana), é um período com prevalência de estabilidade emocional (SIMAS *et. al.*, 2013; MALDONADO, 2013). Os sintomas físicos, como as náuseas, costumam cessar ou diminuir de intensidade. Ocorre a diminuição dos sintomas físicos e começam os sintomas psíquicos; Stewart e Szejer (1997) sugerem que os sintomas físicos expressos anteriormente pelo corpo dão lugar aos sintomas da cabeça, expressados por crises de ansiedade e pesadelos.

O bebê neste trimestre está formado e é nutrido pela placenta, que realiza trocas entre mãe e filho. A placenta por sua vez pertence ao feto, que passa ter uma autonomia (STEWART;

ZEJER, 1997). Neste período, também são percebidos os movimentos fetais e, nesse momento, a mãe passa a sentir o bebê e o dissocia dela mesma; a mãe vê esse bebê com as características dele, se move mais ou menos, em que horário, se varia conforme a posição. A mãe passa a se relacionar com o bebê, interagindo por meio da fala. Ocorre a alteração na percepção de si, passando de uma posição infantil para uma postura feminina e madura (MALDONADO, 2013).

Ocorre a primeira percepção sonora do bebê pela escuta dos batimentos cardíacos, assim como a percepção visual pelo exame de ultrassom morfológico; nesse exame, é possível verificar se há presença de alguma anomalia ou patologia. O médico vai nomeando o(s) bebê(s), descrevendo-o(s) para os pais, e o filho passa da imaginação dos pais para o concreto agora. Nesse exame também pode-se descobrir o sexo do bebê, o que pode acarretar algumas alterações, como, por exemplo, se o casal desejava uma menina, mas descobre que serão pais de um menino; nesse momento, terão que lidar com o luto desta perda do sexo desejado (STEWART; SZEJER, 1997).

O exame de ultrassom é o momento em que podem aparecer anomalias, patologias e/ou más formações; o diagnóstico de alguma dessas situações pode gerar grandes impactos psicológicos na gestante, na vida conjugal e familiar. Podem aparecer discordâncias nas condutas adotadas frente ao diagnóstico ou ainda o sentimento de culpa na mulher por gerar um filho “com problemas”. Cada gestante, a depender de sua história, reagirá de forma singular e cada uma elaborará a notícia de sua maneira (STEWART; SZEJER, 1997).

Nesse período pode aparecer a diminuição do desejo sexual, assim como a diminuição da frequência de relação sexual, entretanto algumas mulheres desfrutam pela primeira vez o orgasmo (MALDONADO, 2013). E o sentimento de ambivalência, nesse trimestre, consiste no medo de machucar o bebê na relação sexual, e na ambivalência entre papéis de mãe e mulher, como uma “cisão” entre maternidade e sexualidade (MALDONADO, 2013 p. 42).

A alegria de ser mãe vai dando lugar às responsabilidades futuras acerca da educação e dos cuidados com a criança. Quanto mais o bebê se desenvolve, mais a barriga cresce, modificando, inclusive, a forma de sentar, caminhar, ajustamento do ponto de equilíbrio, exigindo da gestante uma rápida adaptação à nova realidade corpórea. Diante dessa nova realidade de alterações do esquema corporal, algumas mulheres se sentem atraentes, outras, veem-se feias nesse corpo grávido, o que pode melhorar ou atrapalhar a vida sexual, dependendo de como a gestante se vê. Ocorre, até mesmo, o medo da manutenção do corpo após a gestação:

O temor, além do aspecto objetivo mais superficial, tem um significado simbólico mais profundo: o medo de ficar modificada pela experiência da maternidade, de não

mais recuperar sua identidade antiga e transforma-se em outra pessoa, com mais perdas do que ganhos (MALDONADO, 2013, p. 45).

A maneira como a gestante se veste reflete a aceitação da gestação, assim como a postura (se posiciona a barriga para frente ou se retrai), e a forma de se alimentar; tais comportamentos podem expressar se há um lugar para a criança que em breve chegará (STEWART; SZEJER, 1997). O cansaço, a exaustão, o abatimento presentes no trimestre anterior dão lugar ao rosto iluminado, parecendo inclusive mais jovem (STEWART; SZEJER, 1997). O bebê, antes mais abstrato, passa a ser experimentado, gerando sentimentos de angústia (sem causa aparente) e prazer. Neste momento:

[...] Outras separações e, eventualmente abandonos, podem entrar em ressonância com essa antecipação e sobrecarregar essa angústia com pesos do passado familiar, tornando-a difícil viver, mas também pode acontecer o contrário, por ter aprendido a negociar as separações, a mulher consegue atravessar esses momentos com menos alteração (STEWART; SZEJER, 1997, p. 153).

O terceiro trimestre do sétimo ao nono mês (28^a semana a 40/41^a semana) é considerado o de maior nível de ansiedade, devido à preparação para chegada do bebê e o aguardado parto (SIMAS *et. al.*, 2013; MALDONADO, 2013; MELO, LIMA, 2000; RATO, 1998). Stewart e Szejer (1997) consideram esse trimestre como um período de grandes descompensações psíquicas. As gestantes apresentam, nesse período, o medo do parto, o receio de ter um filho deformado ou doente, ou a morte da mãe ou do feto (STEWART; SZEJER, 1997; RATO, 1998; MALDONADO, 2013). No contexto da pandemia da COVID-19, o medo pode ser intensificado além do normal. Outros medos ainda são comuns: as vias de parto (normal ou cesárea), como se desenvolverá o trabalho de parto, de que forma este vai ocorrer e se haverá ou não complicações. Muitas gestantes terão sua primeira experiência em ambiente hospitalar, esse fato pode intensificar a presença de estresse e de ansiedade.

Neste trimestre, para Zimmermann *et al.* (2001), ocorre a presença de estresse e ansiedade pela separação do filho, pela presença de pessoas estranhas e pelo ambiente hospitalar; as emoções da mulher parecem um turbilhão: emoções ambíguas, ansiedade, preocupações e alegrias. A mãe apresenta modificações corporais desconfortáveis, com os órgãos internos se comprimindo e trazendo a vontade de urinar, a dificuldade de respirar, a digestão e o sono alterados, presença de hemorroidas, aparecimento de varizes, entre outros (ZIMMERMANN *et al.*, 2001; SOIFER, 1992).

Os sentimentos de ambivalência experienciados neste trimestre variam entre querer terminar logo com a gravidez e manter o bebê na barriga para que não seja necessário lidar com o novo papel. Podem ocorrer, ainda, sentimentos contraditórios em relação à sexualidade e à

função do parto. Há uma diminuição na frequência do sexo, assim como também a diminuição do desejo. Temores em relação ao parto e à amamentação estão presentes (MALDONADO, 2013).

Acerca da sexualidade, Stewart e Szejer (1997) apontam que, nesse período, a gestante pode apresentar inibições em relação ao corpo grávido, ou bloqueios referentes à relação sexual, mantendo-se sem sexo nesse período e, a depender da gestante, sente novas excitações, experimentando novas sensações. Quanto aos temores do parto, sonhos com o parto e com o bebê são observados com muita frequência nesse trimestre, podendo atuar como uma forma de acionar os mecanismos adaptativos para este importante momento.

Maldonado (2013) nos traz reflexões sobre questões como o sexo do bebê que, dependendo do histórico familiar, pode-se desejar o sexo feminino ou masculino, e aí aparecem os estereótipos em relação ao sexo, por exemplo. As expectativas em caso de gravidez múltipla são em relação ao cuidado e à situação financeira. Porém, as ansiedades sobre a má formação e saúde do bebê podem ser diminuídas pelo exame de ultrassom (MALDONADO, 2013).

Outra peculiaridade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista é a impossibilidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto: não dá para controlar inteiramente o processo. O parto é um '**salto no escuro**' (grifo da autora) um momento imprescindível e desconhecido sobre o qual não se tem controle (MALDONADO, 2013. p. 72).

O parto marca o final da gravidez e normalmente ocorre a partir da 39ª semana, podendo se estender até a 41ª, dependendo da gestante. Na medida em que se aproxima a data prevista para o parto, a ansiedade aumenta (RATO, 1998; EIZIRIK *et al.*, 2001; MALDONADO, 2013). As gestantes podem apresentar as fobias em relação ao parto, não apenas nas mães primíparas, e nem tampouco relacionadas apenas à dor do parto, as fobias estão relacionadas à história de vida da mulher (MALDONADO, 2013). Tudo depende de como a experiência do parto foi vivenciada pela mulher, sua mãe e/ou seus avós.

Neste período, pode ocorrer o parto prematuro, caracterizado quando realizado anteriormente ao prazo de 37 semanas. Hoje em dia, com o apoio da ciência, há uma grande chance de vida a partir dos cinco meses e meio (alguns bebês poderão ter sequelas), mas se o nascimento ocorrer entre 28 e 32 semanas, as chances do bebê são melhores (STEWART; SZEJER, 1997). Muitas vezes, é indicado a antecipação do parto para os casos de complicações relacionadas à COVID-19, conduta que tem gerado um aumento do parto cesáreo realizado anteriormente as 37 semanas (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Diante dessa realidade, é necessário o acompanhamento dos sinais vitais de mãe e filho. A decisão pelo parto prematuro deve ser avaliada pela equipe médica, optando pela melhor conduta para cada paciente.

Por isso, as gestantes devem ser sempre orientadas e acompanhadas por equipes multidisciplinares, principalmente nos casos em avaliação de sintomas da COVID-19 (FIOCRUZ, 2020). Até o momento, não há estudos sobre a forma de transmissão do vírus durante o trabalho de parto entre a mãe e o bebê, mas algumas instruções apontam que a amamentação deve ser mantida, mantendo-se a higienização das mãos e a utilização de máscara.

Segundo Rato (1998), o período de gravidez não termina com o parto, a autora menciona o puerpério como uma continuação da gravidez, que implica grandes mudanças, fisiológicas, relacionais (pais/filhos), emocionais, mas para este estudo não será contemplado. Todavia, para entendermos melhor essas mudanças durante esta fase inicial que é a gravidez, tão sensível e passageira, pergunta-se, afinal, quais as alterações emocionais vivenciadas em gestantes de primeiro, segundo e terceiro trimestres em período de pandemia COVID-19 e como os estudos destas mudanças podem ser beneficiados com sua divisão em três trimestres do processo gestacional.

MÉTODO E PROCEDIMENTOS

O método utilizado para esta pesquisa tem por objetivo identificar as alterações emocionais em gestantes – no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gestação – num contexto de pandemia de COVID-19. Caracteriza-se uma pesquisa de estudo de caso, descritivo, com a finalidade de descrever os fenômenos encontrados, sem interferir nos mesmos, e estabelecer relação com as variáveis encontradas (PRODANOV; FREITAS, 2013). A pesquisa é de corte transversal, pois se trata do registro de “um único momento (o mesmo), quando o pesquisador registra uma ‘fotografia’ dos fatos (variáveis) de interesse e não o ‘filme de sua evolução’ (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONI, 2018, p. 2). O objetivo foi identificar as alterações emocionais vivenciadas no exato momento em que se apresentam, em cada um dos trimestres. A natureza da pesquisa é de caráter qualitativo, pois segundo Rauen (2002, p. 190), a mesma “busca uma descrição do fenômeno estudado e está interessada nas histórias dos eventos e nas suas interdependências”.

Após a aprovação do comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UNISUL, (parecer número 4.891.181) foi divulgado o convite para participação na pesquisa pelos meios digitais, utilizando WhatsApp e Instagram, por amigos, colegas e familiares. As entrevistas foram agendadas conforme a disponibilidade para a participação, após agendamento durante o contato inicial, foi solicitada a participação na entrevista realizada por intermédio do aplicativo zoom. O que para algumas pessoas interessadas foi um agravante por não ter o aplicativo ou

uma facilidade em utilizar o computador ou telefone, inviabilizando, em alguns casos, a participação na pesquisa. Para o estudo de caso foram selecionadas seis gestantes, sendo duas de cada um dos trimestres de gestação. Como critério de inclusão foi determinado: estar gestante em período de pandemia COVID-19, assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser maior de idade e residir no Brasil.

Para coleta dos dados, foi executada uma entrevista semiestruturada, composta de trinta e sete perguntas referente a dados pessoais e demográficos, período gestacional, bem-estar e saúde mental. As entrevistas ficaram gravadas e posteriormente foram transcritas para análise.

As participantes selecionadas possuem idades entre 25 e 37 anos. Cinco são casadas e uma possuiu contrato de união estável. Todas moram com o cônjuge. Cinco delas residem no estado de Santa Catarina e uma, no Ceara. As participantes do segundo trimestre são primigestas e as demais, de segunda gestação. Em relação à renda familiar das participantes, estas possuem entre três a vinte cinco salários mínimos. A escolaridade varia entre ensino médio completo e pós-graduação.

Para identificação das participantes, todas foram registradas pela letra p., seguida por dois números, em que o primeiro, caracteriza o trimestre da participante, e o segundo, refere-se ao número da participante. Ou seja, a participante 1 do primeiro trimestre de gestação se identifica por P1.1, participante 2 por P1.2, para o segundo trimestre participante 1 por P2.1 e participante 2 por P2.2. Participantes do terceiro trimestre por P3.1 e P3.2.

Para análise de conteúdo foi utilizado o procedimento de análise de BARDAIN (1977), composto por: pró-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interferência e interpretação.

ANÁLISE DE DADOS

Na análise, apresenta-se a caracterização das participantes, seguida de informações sobre a gestação, saúde física, saúde mental e bem-estar. Abrangendo aspectos sobre a sua percepção em relação ao corpo, relação à vida sexual, percepção em relação ao paladar, expectativas em relação ao sexo do bebê e ao parto, preocupações referentes ao futuro e o contato da rede de apoio. Para análise e comparação das informações, o resultado será subdividido em eixos representando cada um dos trimestres.

Primeiro trimestre

Participante P1.1, 35 anos, casada, idade gestacional de 10 semanas. Sem histórico de aborto anterior. Possui nível superior completo, farmacêutica, renda familiar de três salários mínimos, o esposo está desempregado, reside no estado de Santa Catarina com o cônjuge e a filha. A gravidez não foi planejada. Tem uma menina de nove anos. Teve COVID-19 em outubro de 2020. Já tomou duas doses da vacina para COVID-19.

Em relação ao seu quadro emocional, sente-se abalada, desanimada e triste, mesmo se sentindo apoiada emocionalmente pela rede de apoio. No momento, em relação à descoberta recente da gravidez, declara estar **“ainda em aceitação”** (Sic), por não ter feito um planejamento familiar, foi pega de surpresa pela notícia. Em relação ao sexo do bebê, desejaria que fosse um menino para ficar com um casal. Está sem vontade de sair e de se divertir, apresenta desânimo e **“vontade de ficar quieta”** (Sic).

Não está participando de nenhum grupo de gestantes, não faz acompanhamento psicológico, contudo nota que está precisando neste momento. Não teve diagnóstico de transtorno mental. Percebe que anteriormente à gestação se sentia triste, mas agora se sente frequentemente triste. Em relação ao humor, sente-se num extremo, declara estar com **“um humor que não é meu”**. **“Sentimentos que não me pertencem”** (Sic). Em relação às emoções, está muito frequentemente angustiada, nunca se sente estressada e muito frequentemente depressiva. Sente-se muito abalada emocionalmente. Apresenta sentimentos de ambivalência.

Quando perguntada sobre como se sente em relação ao corpo grávido, a participante pergunta se é para falar a verdade? A pesquisadora afirma que sim, para falar com sinceridade. E a resposta da P1.1 foi em relação ao corpo que se sente **“mal, uma orca, me sentindo enorme, horrível, ridícula, feia”** (Sic), devido ao ganho de peso. Acredita que, caso tivesse se planejado, poderia ter se preparado de outra forma para não estar acima do peso. Apresenta enjoos, na gestação anterior sentia mais sono e menos enjoo do que nesta gravidez.

Sobre o desejo sexual, não tem vontade de ter relações sexuais e quando mantém, sente que está **“muito estranho”** (Sic).

Em relação ao paladar, **“sente que está mais criterioso”** (Sic), tem preferência por alimentos gelados. Sente a presença de sentimentos ambivalentes o tempo todo. Já em relação às suas preocupações no futuro, estas estão relacionadas com seu trabalho e na tarefa de conciliar este com os dois filhos.

Quanto ao parto, deseja não sentir tanta dor e que o trabalho de parto não fosse tão longo como foi no primeiro, no qual teve parto normal, ainda assim prefere fazer da forma tradicional.

Participante P1.2, 28 anos, casada, idade gestacional 11 semanas, sem histórico de aborto anterior, ensino médio completo, renda familiar de três salários mínimos, reside no

estado de Santa Catarina, com o cônjuge e os filhos. A gravidez não foi planejada, tem um casal de gêmeos de 9 anos. Não teve diagnóstico de COVID-19, mas teve os sintomas, tomou a vacina para COVID-19 no dia da entrevista.

A gravidez não foi planejada, mas não foi uma surpresa segundo a participante, por conta dos sintomas. O casal já pensava em ter outro filho, mas não naquele momento. O casal ainda não sabe o sexo do bebê, a gestante deseja um menino, mas acha estar esperando uma menina, como a gestação é muito recente ainda não sabe o sexo do bebê.

A P1.2 se sente apoiada emocionalmente pela rede de apoio, em especial pelas amigas e pelo cônjuge. O contato com a família é a distância por morarem em cidades diferentes, já era assim mesmo antes da pandemia. Teve diagnóstico de diabetes gestacional e hipertensão arterial.

Não sente até o momento alterações no corpo, apenas dor nas mamas, não se sente grávida, acredita que **“a gente só começa a sentir a hora que a barriga começa a crescer”** (sic). Em relação ao sexo, notou que o desejo aumentou, acha que é por conta de não estar tomando anticoncepcional. Em relação à frequência das relações sexuais, notou diminuição. Sente bastante enjoos, sobre o paladar, notou uma modificação no sabor das coisas, o cheiro também. Por exemplo **“não sei explicar, mas o cheiro do alho tá diferente, até o cheiro do meu desodorante tá diferente”** (Sic).

Está com medo da diabetes gestacional, receio se vai seguir o quadro depois da gestação, sente medo de engordar muito e da manutenção do corpo após a gestação. Tem se preocupado também com a alimentação, devido ao diagnóstico de diabetes gestacional.

Quando questionada sobre a sua saúde mental e como se sente atualmente, a participante se sente mais preocupada com a alimentação, segundo ela foi o **“choque da semana”** (sic). Por ser muito recente, a notícia do diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial é o que mais a preocupava no momento da entrevista.

Em relação ao futuro, a preocupação é em relação ao convívio familiar com o novo integrante e os irmãos, em termos de organização da rotina, o papel de mãe e o amor. A participante sente medo do parto e do contágio pelo vírus COVID-19 no hospital e posteriormente nas visitas médicas.

A participante se sente ocasionalmente angustiada, frequentemente estressada, ocasionalmente depressiva e triste entre ocasionalmente e raramente. Ainda relata que já sentia as emoções anteriormente, mas agora estas se apresentam em maior nível.

Sobre os sentimentos de ambivalência, a participante sente que acontece sim e tem bastante vontade de ficar sozinha. Sente quase a mesma sensação de uma TPM, ou

hipersensibilidade. Segundo a participante **“eu confesso que não tinha falado sobre isso nem comigo mesma, é uma coisa que eu sinto e nem tinha processado isso, sabe, não tinha parado para pensar, mas acontece sim, acontece, tem horas que estou super bem, daqui a pouco estou com vontade de chorar e de ficar sozinha. Eu tinha isso quando estava de TPM, era um problema muito grave quando estava de TPM, mas agora na gravidez eu tenho sentido isso sim, bastante”** (Sic).

Acerca do parto, a gestante não pensa muito sobre o assunto, mas volta a sentir medo da anestesia, ela prefere parto cesáreo por saber como é. Não sentiu dores das contrações nem dor no parto anterior.

A P1.2 não participa de nenhum grupo de gestante, mas gostou da ideia. Nunca fez terapia, nem teve diagnóstico de transtorno mental.

Ambas as participantes não planejaram a gestação e tiveram a mesma diferença de tempo entre a primeira gestação e a segunda, ambas se sentiram tranquilas e disponíveis a falar sobre suas emoções com sinceridade nesta pesquisa, o que é muito positivo para atingir os objetivos propostos para esse trabalho.

P1.1 e P1.2 não se identificaram com os sentimentos de realização, nem de plenitude ou de orgulho conforme cita EIZIRIK *et. al.* (2001), pelo contrário, a participante P1.1 se sente mal, triste.

No que tange aos sintomas físicos, as participantes P1.1 e P1.2 sentem enjoos característicos deste trimestre, conforme mencionam Maldonado (2013); Stewart e Szejer (1997). Ambas não mencionaram sentir sono, uma característica geralmente presente neste trimestre. As duas relatam que houveram modificações no paladar, mesmo para as coisas simples como cita (MALDONADO, 2013; STEWART; SZEJER, 1997).

Ambas têm desejo de ficar mais isoladas e sozinhas, voltadas para si mesmas, fato que pode estar associado à necessidade de contrair forças para encontrar esse novo lugar para elas mesmas (STEWART; SZEJER, 1997).

As participantes não se sentem grávidas, segundo Stewart e Szejer (1997) o sentimento de ambivalência nesse período é de estar ou não estar grávida, conforme foi apresentado pelas participantes, pela ausência da barriga. A P1.2 pensa que vai se sentir grávida quando a barriga crescer. Ambas sentem vontade de chorar, o que vai ao encontro ao que Maldonado (2013) traz sobre a presença de hipersensibilidade, labilidade emocional ou oscilações de humor, características que também podem se apresentar no período pré-menstrual.

Em relação à frequência de sentimentos atribuídos pelas participantes, não houve nenhuma similaridade entre elas.

Na relação com o corpo, a participante P1.1 se sente mal devido ao ganho de peso, o que pode estar associado à falta de desejo sexual, e P1.2 não notou alterações, apenas dor no peito. P1.2 relata ter mais desejo sexual, mesmo tendo diminuído a frequência das relações.

As relações sexuais e a relação da gestante com seu corpo dependem da adaptação ao novo formato do corpo (STEWART; SZEJER, 1997), o que pode estar associado à falta de desejo sexual da P1.1, uma vez que esta se sente feia em relação ao corpo grávido, sentimento expresso pela fala: **“me sinto mal, uma orca, me sentindo enorme, horrível, ridícula, feia”** (Sic).

Foi possível perceber que em relação às preocupações, são mencionados fatores latentes para aquele momento da data da entrevista, a P1.1 estava relacionada com a descoberta da gravidez e P1.2, com o diagnóstico da diabetes gestacional e hipertensão arterial.

Sobre o futuro, as participantes se sentem preocupadas em relação à adaptação com mais um integrante na família e à rotina. P1.1 menciona seu trabalho e como vai se organizar com um bebê. E a P1.2 aponta se vai **“conseguir ser uma boa mãe, se vou conseguir amar como amo os outros dois”**, suas preocupações são acerca do seu relacionamento com o bebê.

A P1.2 preocupa-se com o contágio pelo vírus da COVID-19 no tempo de internação, no pós-parto, na fase das visitas, sente-se insegura quanto aos protocolos de uso das máscaras e o perigo de contágio nas visitas regulares ao médico. Uma vez que, na gravidez anterior, não tinha necessidade desses cuidados. Como menciona Souto, Albuquerque, Prata (2020, p. 3):

A pandemia da doença COVID-19 surge como uma nova fonte de medo entre todas as gestantes e famílias porque parece acentuar: o significado do desconhecido e da imprevisibilidade do parto; a exposição ao perigo e à falta de segurança; a submissão aos protocolos das instituições de saúde, com a anulação da possibilidade de escolhas pessoais; a sensação de perda de controle na gravidez e no parto; e as incertezas em relação ao futuro.

Sobre a rede de apoio, ambas se sentem apoiadas emocionalmente. A P1.1 mantém contato presencial com sua rede de apoio e menciona que sente acalento, proteção e segurança proporcionados pelos relacionamentos com as pessoas da rede. P1.2 se sente apoiada emocionalmente, mesmo não mantendo contato presencial com os familiares, pois mora longe da família, então já mantinha contato on-line mesmo antes da pandemia. A rede de apoio estabelece regulação, papel de conselho, auxiliando na autoimagem, no bem-estar, cuidado com a saúde e adaptação em uma crise (SLUZKI 1997, *apud* SLUZKI, 1979; STEINMETZ, 1998).

O primeiro trimestre estabelece o início do período gestacional e marca o rito de passagem de mulher para mãe para as primigestas. Nesse período também podem ocorrer perdas gestacionais em maior número do que os demais trimestres, o que pode ser um estressor para as gestantes.

Segundo trimestre

A participante P2.1 tem 25 anos, idade gestacional de 16 semanas, grávida do primeiro filho, uma menina, possui contrato de união estável. Nível superior completo, formada em administração e é empresária, com renda familiar de 17 salários mínimos, reside em Santa Catarina. Pegou COVID-19 na quinta semana de gestação, logo após descobrir que estava grávida. Tomou a primeira dose da vacina.

A participante declara que ficou muito mal com a COVID-19, teve febre, **“ficou afundada na cama”** (Sic), ficou muito fraca com congestão nasal e a febre não baixava nem mesmo com medicamentos. Precisou passar por três hospitais, somente no terceiro o médico receitou um antibiótico que ela poderia tomar devido ao fato de ser gestante, e com esse medicamento começou a se sentir melhor.

A gravidez não foi planejada, mas foi desejada, o casal **“deixou rolar”** (Sic). A participante se sente apoiada emocionalmente, segura, e ao mesmo tempo se sente triste e desestabilizada emocionalmente, pois chora por coisas que habitualmente antes da gestação não a afetavam, acredita que seja pelos hormônios presentes no período. A P2.1 sempre mentalizou um menino, mas **“iria amar de qualquer jeito”** (Sic), menino ou menina. O seu esposo desejava um menino, mas agora não, ele já está **“em um mundo cor de rosa”** (Sic).

Sentia a presença de enjoos, mas diminuiu nas últimas três semanas, inclusive reduziu a dosagem do medicamento. Em relação ao diagnóstico intercorrente², no primeiro ultrassom teve um diagnóstico errado de gestação anembrionária, o que causou, segundo ela, **“um arrombo emocional naquela semana”** (Sic). A COVID-19, de acordo com a entrevistada, auxiliou a não pensar no diagnóstico errado, inclusive por ocupar sua mente com outra coisa. E, logo que passou a COVID-19, fez um novo ultrassom que mostrou que estava tudo bem e dentro da normalidade. Segundo ela, declara **“quando escutei o coração, parece que tapou aquela nuvem negra que tinha sido jogada sobre mim”** (Sic).

Em relação ao corpo grávido, sente-se bem, nunca teve problemas com o peso, faz atividade física regularmente, pretende seguir treinando até o final da gestação, as roupas já não servem mais, mesmo tendo perdido peso. Em relação ao comportamento sexual, não falta desejo sexual, mas falta energia, uma vez que ela se sente muito cansada, **“cansada ao extremo”** (Sic), não conseguindo acompanhar o companheiro, mas conversam abertamente sobre isso. Quando mantém relação sexual, declara ser muito bom, inclusive melhor do que antes.

² Que sobrevém no decurso de outra coisa: doença intercorrente. DICIONÁRIO *ON LINE* DE PORTUGUÊS. **Intercorrente**. 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/intercorrente/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

Percebeu uma mudança no paladar, alterando o sabor dos alimentos, até mesmo da água; preferia salgados, mas teve picos de vontade de doces.

Sobre as emoções, sentiu bastante alteração, declara que antes da gravidez era durona, até mesmo considerada fria, e agora chora com muita frequência. Sentindo-se “**destruída emocionalmente**” (Sic). Segundo ela, “**tem bastante diferença entre a [nome da P1.2] de antes para [nome da P1.2] grávida**” (Sic).

Ao ser questionada sobre o parto, declara ser medrosa, sempre pensou em fazer cesárea pelo medo de sentir dor, agora tem pesquisado sobre o assunto, lido relatos de parto e conversado com pessoas que passaram pela experiência do parto e tem mudado sua opinião sobre o parto normal, pretende optar por ele.

Não participa de nenhum grupo de apoio, porém percebe uma ótima troca de mensagens pelo Instagram com gestantes e mães, sentindo-se acolhida.

Não faz acompanhamento psicológico, mas já pensou em fazer até mesmo por se sentir desestabilizada emocionalmente, e em relação aos diversos aspectos da vida.

Ao ser perguntada sobre quais as preocupações desse momento, relata que foi quando teve o diagnóstico de COVID-19 e as possíveis sequelas causadas pelo vírus e pela vacina, tanto para ela quanto para o bebê. Sente medo em contrair novamente a COVID-19 e de que ocorra um parto prematuro como consequência. Sobre as preocupações com o futuro, sente-se apreensiva com o puerpério e a sua vida profissional, em saber como vai conciliar os cuidados com o bebê e a sua empresa, já que não terá como parar sua vida profissional, a empresa depende diretamente dela.

A P2.1 sente-se ocasionalmente angustiada, ocasionalmente estressada, ocasionalmente depressiva e frequentemente triste. Notou que mudou bastante suas emoções de antes para durante a gestação, sente-se mais triste e mais depressiva do que antes. Anteriormente, por mais estressante que fosse o dia, não se abalava, agora se desestabiliza. Como estratégia de manejo da instabilidade, procura ficar “**no seu canto**”, faz mentalização, meditação para se reerguer. Não teve diagnóstico de transtorno mental, mas “**se percebe com certo grau de ansiedade**” (Sic).

Sobre sentimento de ambivalência nota ter, mas não tão frequente, antes percebia ter mais. Sente-se mais lesada e às vezes acorda com “**a pá virada**” (Sic). Segundo P2.1, acontece de acordar mal com “**a pá virada**” e depois ficar tudo bem.

Quando questionada se gostaria de falar mais alguma coisa, a P2.1 trouxe a seguinte reflexão: “**a gestação pode ser uma coisa maravilhosa para muitas pessoas, para mim ainda não está maravilhoso (risos), justamente por essa questão de enjoo e indisposição de, às**

vezes, desestabilizar, porque isso atrapalha muito a minha rotina e, como eu te falei, sempre fui muito ativa, né. Eu tenho as minhas funções que eu tenho que fazer, então isso às vezes me atrapalha e eu não acho isso lindo ainda, sabe? A parte maravilhosa. Mas penso que tô entrando na parte boa. [...]. Então tô confiando bastante nesses estágios que eu sei que tô entrando num estágio bom e eu já venho percebendo isso, né? Como te falei, o meu enjojo não está tão grande, a minha disposição está melhor, consegui voltar a treinar, então isso tudo vai acontecendo, dia a dia melhorando. Acredito que estou entrando numa fase linda assim, acho (risos)” (Sic).

Participante P2.2 tem 31 anos, primeiro filho, 15 semanas de gestação, casada, sem histórico de aborto anterior, ensino médio completo, técnica de enfermagem e terapeuta thetahealing³, renda familiar de 4 a 5 salários. Reside com o cônjuge no estado de Santa Catarina, gravidez não planejada, mas já desejavam. Não teve COVID-19, tomou duas doses da vacina cedo por ser profissional da saúde.

Segundo a participante, **“a descoberta da gravidez foi no susto, estavam tentando, mas, quando a COVID-19 estourou, tinham desistido”** (Sic). Como trabalha no setor de ultrassom de um hospital público da Grande Florianópolis, **“estava acompanhando a ovulação, pois tinha tirado o DIU, quando viu, estava grávida”** (Sic). Ainda não têm certeza do sexo do bebê, mas acham que é uma menina. Quando fizeram o ultrassom de translucência nugal, ficou tão nervosa que precisou fazer um esforço para lembrar bem o que a médica exatamente havia falado.

Sente-se apoiada emocionalmente pela família e mantém contato presencial com a mãe e as irmãs, todas moram na mesma rua. A gestação está ocorrendo normalmente, teve um susto que achou ser sangramento, mas não foi confirmado pelo médico.

A sua percepção em relação ao corpo grávido, ainda **“não se sente grávida, diz que se não fossem as alterações hormonais e as dores no seio, nem diria estar grávida”** (Sic). Relata que, no primeiro trimestre, sentia muito cansaço e mal-estar, mas agora está bem melhor.

³ A técnica *ThetaHealing* é um método de cura mundialmente conhecido que foi criado por Vianna Stibal em 1995 durante sua jornada pessoal de volta à saúde e depois que ela se curou de um tumor de 9 polegadas em sua perna. É uma técnica de meditação e filosofia espiritual - não específica para uma religião, mas aceitando todas elas - com o propósito de se aproximar do Criador. É um método de treinamento para sua mente, corpo e espírito que permite clarear crenças limitantes e viver a vida com pensamentos positivos, desenvolvendo virtudes em tudo o que fazemos. Por meio da meditação e da oração, a Técnica *ThetaHealing* cria um estilo de vida positivo. THETAHEALING. **Uma de treinamento de meditação utilizando uma filosofia espiritual para melhoria e evolução de mente, corpo e Espírito**. 2021. Disponível em: <https://brasilthetahealing.com/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

Sobre a sexualidade, no primeiro trimestre não tinha vontade de fazer nada, “**mal tinha vontade de se mexer**”, segundo ela. No primeiro trimestre, ainda estava “**tentando associar a ideia da gestação**” (Sic), por esta não ser planejada, não tinha ânimo para nada, atribui à questão hormonal. Com isso, diminuiu a frequência das relações sexuais. Sobre o desejo sexual, nota que diminuiu, mas que está melhorando agora no segundo trimestre.

Em relação ao paladar, notou diferença desde o início, antes tinha preferência por doces, agora mais para o salgado e as frutas.

Sobre as emoções, não sentiu diferença agora, antes, sim, sentia-se mais chorona. Como trabalha muito com as terapias *thetahealing*, consegue compreender coisas que não compreendia antes.

Para o parto, a P2.2 declara não estar pensando sobre isso, mas está se preparando, na data da entrevista tinha feito sua primeira consulta com a fisioterapeuta pélvica, por isso imagina que o parto será tranquilo.

Hoje, o que tem despertado mais a sua atenção é em relação ao sexo do bebê, pois tem “**ganhado um monte de coisas na cor rosa**” (Sic), e não tem certeza sobre o sexo, que será confirmado no ultrassom seguinte. A P2.2 teve um colega que disse ser um menino e na hora nasceu uma menina por isso está “**encasquetada**” (Sic) com isso.

No momento, não está fazendo acompanhamento psicológico, mas já fez outrora. Faz uso do *Thetahealing*. Não participa de nenhum grupo de apoio para gestantes.

Sobre as preocupações no momento da entrevista, estava analisando se o exame de translucência estava dentro do normal, “**se a placenta estava bem, as artérias e as válvulas do coração também**” (Sic). E se iria entrar no segundo trimestre de gestação, já que o primeiro trimestre é mais suscetível a abortos. A maior ansiedade passar rapidamente ao segundo trimestre.

Segundo ela, sobre o futuro, o que mais a preocupa é a adaptação à nova rotina com o bebê. Era uma dúvida que ela já tinha antes, mas que “**agora vê de uma outra forma, santa terapia**” (Sic). Está mais tranquila em relação a isso, e atribui à terapia.

A P2.2 se sente raramente angustiada, raramente estressada, nunca se sente depressiva e raramente triste. Ao comparar antes e durante a gestação sobre esses sentimentos, relata que anteriormente se sentia bastante estressada e angustiada. Agora que está afastada do trabalho, sente-se mais tranquila. (A participante foi afastada do trabalho por ser considerada grupo de risco pela gestação). Sobre o afastamento, declara ter sido bom principalmente no início, pois passava muito mal, ela não imaginava que seria assim.

Não teve diagnóstico de transtorno mental anterior. Já fez acompanhamento psicológico por se sentir muito estressada e angustiada, uma vez que trabalhava no setor da UTI. E também por ter medo de dirigir. Teve alta do acompanhamento psicológico. A participante menciona que **“psicólogo é vida, adoro”**. Adorou o tratamento que realizou anteriormente.

Os sentimentos de ambivalência são sobre o sexo do bebê. Pensa que esse sentimento foi engatilhado por esse episódio e acredita que pode ser como um escape para se ocupar de algo.

Sobre os sonhos, teve um em que ganhava o bebê no box de casa, e que o bebê a perguntava porque a mãe não tinha deixado ela vir antes. O casal já queria ter engravidado antes, mas não tinha coragem para começar as tentativas. Também sonhou com ela mesma grávida.

Outro fator que a deixava angustiada era o fato de a barriga ser pequena, as pessoas diziam que estava grande e ela sabia que não estava porque havia emagrecido bastante.

Ao ser questionada se queria acrescentar algo, ela menciona que a gravidez a transformou: **“eu não imaginava que seria dessa forma e eu acho que antes eu criava muita expectativa, e agora está mais leve. Não sei se tu tinhas isso, eu sempre tive muito medo, sabe? Medo de como seria, medo da rotina, medo de dar conta, ou se iria dar conta. E agora não. Parece que é mais leve já tá aqui, sabe? Eu sei que vou dar o meu melhor e vai ser como tiver que ser”** (Sic).

Ambas as participantes são primigestas, casadas e residem com o parceiro. Sem diagnóstico de transtorno mental e não fazem acompanhamento psicológico. Ambas percebem a importância do acompanhamento psicológico e trouxeram questões relacionadas com o trabalho de forma marcante, podendo este ser observado como um fator de grande importância para as mesmas.

Ambas estão com a gestação correndo dentro da normalidade. A P2.1 recebeu um diagnóstico errado de gravidez anembrionária, e a P2.2 teve um pequeno sangramento. Após terem passado pelo ultrassom morfológico, ficaram mais tranquilas com o laudo dentro da normalidade.

Para MALDONADO (2013), o segundo trimestre é marcado por uma diminuição dos sintomas físicos, tanto P2.1 quanto P2.2 sentiram uma diminuição nos enjoos e no mal-estar, sentem-se mais dispostas. Sendo que P2.1 ainda se sente enjoada, mas sentiu que diminuiu bastante no segundo trimestre, apesar de ainda tomar medicamento em menor dose para o enjoo, sente-se mais produtiva para o trabalho.

A participante P2.1 sentiu alteração no paladar, passou a ter aversão a alimentos que ela costuma comer, preferia salgados. As duas sentiram diminuição nos enjoos, porém a P2.1 segue apresentando enjoo, mesmo já no segundo trimestre.

Em relação à COVID-19, as participantes tiveram um olhar positivo, sendo que P2.1 sentiu que o diagnóstico da COVID-19 foi como uma distração para o diagnóstico da gravidez anembrionária, e a P2.2 foi afastada do trabalho, beneficiada pela Lei n. 14.151, de 12 de maio de 2021 (BRASIL, 2021) por se enquadrar como grupo de risco. “O Brasil foi um dos primeiros países a incluir as gestantes e mulheres no período puerperal, que sofreram perdas fetais ou abortamento, como pertencentes ao grupo de risco para a COVID-19” (SILVA *et. al.* p. 4., 2021), estabelecida pelo alto número de mortes de gestantes nesse período.

Em relação ao corpo, P2.1 nunca teve problemas com o peso, perdeu peso durante a gestação devido aos enjoos e manteve a atividade física. A manutenção da prática de atividade física é benéfica neste período de pandemia, tanto para mãe quanto para o bebê (ALMEIDA, 2020). A P2.2 também perdeu peso, não se sente grávida ainda, sente somente dor nos seios e alterações hormonais.

A frequência das relações sexuais tende a diminuir nesse trimestre (MALDONADO, 2013), assim como relatado por ambas as participantes. A P2.1 relata que não falta desejo, mas falta energia, sente-se cansada e que a qualidade da relação melhorou. A P2.2 menciona ter percebido uma diminuição no desejo sexual no primeiro trimestre, mas agora está melhorando.

No âmbito emocional, a P2.1 se sente desestabilizada, mesmo tendo apoio da rede, da família e dos amigos, às vezes se sente triste e chora por coisas que não choraria antes. O contato com a rede de apoio de forma presencial tem se mantido por ambas. A presença da rede de apoio é fator de proteção para saúde mental das gestantes (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018). A rede de apoio auxilia nesse momento de transição, proporcionando apoio emocional, suporte financeiro, suporte cognitivo (OLIVEIRA; DESSEN, 2012).

Em relação às emoções, as participantes não estabeleceram a mesma frequência para nenhuma das questões. Ao estabelecer relação aos aspectos emocionais; angústia, estresse, depressão e tristeza anteriormente e durante a gestação. A P2.1 declarou que antes sentia em menor grau e que durante a gestação percebe-se muito afetada pelas emoções, desestabilizando-se emocionalmente. A P2.2, ao contrário, declara que antes se sentia mais estressada e angustiada, por estar afastada do trabalho, sente-se mais tranquila. E P2.2 menciona que teve um período mais “chorona” no primeiro trimestre, agora nesse trimestre essa condição diminuiu.

A ambivalência apresentada pela P2.2 é sobre o sexo do bebê, se é menino ou menina. Já P2.1 sente que teve sentimentos de ambivalência, mas não os têm atualmente.

As duas participantes se declaram transformadas na gestação, essa percepção de si pode estar relacionada à mudança no papel de mulher x mãe (MALDONADO, 2013).

Sobre as expectativas em relação ao futuro, P2.1 se preocupa em relação ao pós-parto, com o puerpério e como vai conciliar a administração de sua empresa com os cuidados com o bebê. A mudança entre os papéis de mãe e profissional dependerá da realidade de cada mãe, podendo gerar conflito entre os papéis da maternidade e a carreira, sendo necessárias novas soluções para se adaptarem a novas realidades (BELTRAME; DONELLI, 2012).

A participante P2.2 também se preocupa com a nova rotina, em como será essa adaptação, a preocupação no presente estava relacionada com a saúde do bebê, especialmente ao exame de translucência nugal, e se entraria no segundo trimestre de gestação (a participante denota medo de aborto).

O sentimento de medo foi mencionado por ambas as participantes, porém sobre diferentes aspectos. P2.2 tinha medo de como seria a gestação, medo da rotina com o bebê e medo de não saber se daria conta de passar pela gestação, mas agora não se sente assim “**vou dar o meu melhor e vai ser como tiver que ser**” (Sic). Para P2.1, o sentimento de medo estava relacionado com o parto, assim como o medo de pegar a COVID-19 no final da gestação. O medo de contrair a COVID-19 no final da gestação está associado ao aumento do número de partos prematuros e cesáreos (CZERESNIAP, 2020). As participantes estavam bem no início do trimestre, permitindo perceber uma certa semelhança na frequência nos sentimentos apresentados por P1.2 e P2.1, já que ambas declaram se sentir ocasionalmente angustiadas e depressivas.

Terceiro trimestre

A participante P3.1 tem 37 anos, está grávida do segundo filho, possui idade gestacional de 35 semanas e seis dias, sem histórico de aborto anterior nem diagnóstico de transtorno mental, seu primeiro filho nasceu de parto normal. A participante é pós-graduada, médica pediatra, com renda familiar de 20 a 25 salários mínimos. Reside com o cônjuge e o filho no estado do Ceará. A gravidez foi planejada, teve COVID-19 no segundo trimestre de gestação. Já tomou as duas doses da vacina, quando pegou a COVID-19, já havia tomado a primeira dose. Declara que os sintomas da COVID-19 foram bem leves, tendo apenas febre.

Sobre o sexo do bebê, até a data da entrevista ainda não tinha preferências, tem um menino e agora está esperando uma menina.

A mesma se sente apoiada emocionalmente pela rede de apoio, cita o esposo, a mãe, a sogra, a irmã e várias amigas que a dão suporte mesmo que remotamente.

No início da gravidez, teve diagnóstico de hipertireoidismo, fato que ocasionava vômitos, mas agora não apresenta mais essa condição. Em relação ao corpo grávido, sente-se bem disposta, segue trabalhando normalmente e consegue realizar as tarefas do dia a dia.

Em relação à alteração no desejo sexual, nota que nessa gravidez não sentiu alteração, mas a frequência diminuiu, acredita ser pelo tamanho da barriga e pelo aumento de peso.

Quando questionada sobre a diferença entre as gestações, a P3.1 menciona que sim, que nesta ela já sabe “**o que vem**” (Sic). Mesmo sendo médica pediatra “**é bem diferente do que você acha que é e como é. Agora tenho menos expectativas**” (Sic). Mudaram também as preocupações, antes estavam relacionadas aos detalhes, às roupas para o bebê, agora se preocupa em como vai conciliar os cuidados com os dois filhos, o mais velho tem 2 anos e oito meses. Nesta gravidez, sente-se mais disposta; na anterior, menciona que tinha tempo para descansar e ficar mais parada.

Sobre o paladar na gestação, relata que não conseguia comer quase nada no primeiro trimestre, não teve desejos, mas procura se alimentar melhor, mesmo mantendo uma boa alimentação, optou por comer mais proteína animal.

Sobre a saúde mental, nota estar mais sensível do que antes da gestação e se sente mais chateada, principalmente se comparado ao início da gestação. No momento, não faz terapia, mas pretende “**retornar assim que der**” (Sic). Nunca se sente angustiada, raramente estressada, nunca se sente depressiva nem triste. Quando questionada sobre comparar os sentimentos antes da gestação com durante, sente que está mais atarefada do que anteriormente.

Sobre o parto, declara que deseja que seja tão tranquilo quanto o anterior, pois este foi um parto normal sem intervenções. Agora, a bebê está na posição cefálica já favorável ao parto normal.

Em relação ao trabalho, diminuiu a carga horária de atendimento presencial e ficou afastada até tomar a primeira dose da vacina. Um mês após a vacinação, retornou ao trabalho e pegou COVID-19 no primeiro dia de trabalho. Declara que, após pegar a COVID-19, ficou mais tranquila pela forma como seu corpo reagiu à COVID-19, mesmo sabendo que pode contrair novamente. Fez algumas adaptações no trabalho, utilizando equipamentos de segurança, não se alimenta nem bebe água no trabalho para diminuir as chances de

contaminação. Assim como os pacientes passam por uma triagem ambulatorial e, caso tenham sintomas da COVID-19, o atendimento é realizado por outro profissional.

Não faz parte de grupo de apoio para gestantes, mas pratica pilates com outras gestantes, que acabaram sendo uma rede de apoio também. No grupo de pilates da outra gestação de um grupo de 10 mulheres, seis delas ficaram grávidas nesse período também. Todas têm filhos na mesma idade e acabaram “se tornando um grupo de apoio, estamos todas passando pela mesma situação” (Sic). Nota ser positivo, pois elas estão passando pelas mesmas situações, algumas inclusive são da área da saúde também e seguem trabalhando, como vivenciam as mesmas situações, conversam sobre os mesmos assuntos. Quando questionada sobre a presença de sentimentos ambivalentes, diz que nessa gravidez não identificou, sente-se mais preocupada com a vida profissional.

Suas preocupações são sobre a nova rotina e a organização com mais um filho, e um concurso que irá realizar um mês após o nascimento do bebê. Sobre a pandemia, sente dificuldade, haja vista que a família não vai poder visitar ou viajar com a bebê.

Ao ser perguntada sobre se gostaria de acrescentar algo, a participante relata estar feliz e que espera que ela venha no tempo dela. **“Nem rápido nem que demore. Não estou ansiosa, na outra estava mais. Vamos deixar no tempo que quiser vir, que ela venha”** (Sic).

Sonhou com o parto, mas não com o bebê.

Participante P3.2, 35 anos, grávida do segundo filho, um menino, idade gestacional de 37 semanas e cinco dias, sem histórico de aborto anterior, reside no estado de Santa Catarina com o esposo e o filho de 5 anos. O primeiro parto foi cesáreo. Teve diagnóstico de TOC durante a faculdade, possui ensino superior completo, é professora de educação infantil. A gravidez foi desejada. Não teve COVID-19, tomou as duas doses da vacina.

A P3.2 desejava um menino devido ao fato de ser mais fácil para dividir o quarto com dois filhos do mesmo sexo, o esposo desejava uma menina, segundo a participante **“não foi causa de nenhum desapontamento o sexo do bebê”** (Sic).

Sobre a rede de apoio, a P3.2 se sentiu apoiada pelo pessoal do seu trabalho, quando ocorreu o aumento dos casos da COVID-19, ela não ficou bem emocionalmente, teve muito medo de contrair o vírus, ou que seu filho pegasse. Ela tinha medo de ficar internada, vir a ser entubada e falecer, assim como passou pela morte dos seus pais. Por conta de seu trauma, acabou gerando medo e refletiu na relação com o seu filho, desenvolveu o medo da pandemia.

A entrevistada retomou o trabalho como professora de educação infantil em janeiro, trabalhando até março, período em que ocorreu o aumento dos casos, os hospitais ficaram lotados e a vacina para as gestantes naquele momento não era recomendada. Como era um

cenário incerto e ela trabalhava com crianças bem pequenas, de dois anos e estas não usavam máscara, a escola deu o suporte a colocando em ensino remoto, assim como seu filho de 5 anos. Já a família não entendeu a opção da participante em ficar em isolamento. Preferiu não correr nenhum risco, além de ser gestante, recebeu o diagnóstico de diabetes gestacional, sendo classificada como público de risco com comorbidades. Por isso, preferiu não manter contato presencial com os familiares e não se sente compreendida pela escolha feita. Em decorrência, sente que enfraqueceu o relacionamento com a sua rede de apoio, pois mantém contato apenas de forma remota, por videochamadas ou ligações telefônicas. **“Dá para contar nos dedos quem me viu grávida, barriguda. Porque de fato ficamos totalmente isolados, isso enfraqueceu inclusive a relação com meu [filho] mais velho. A família está bem chateada comigo, nem perguntam como está o [nome do filho], como está a gestação ou quando será o parto”** (Sic). Ela entende a postura da família e respeita, segue aguardando o processo de imunização da vacina e o nascimento do bebê para **“retomar essa rotina de ver os familiares e a gente conseguir reconquistar o que a pandemia tirou da gente. Porque não foi só a questão do acesso à família, foram muitas perdas, né? Pelo isolamento, a gente não teve saída por eu ser gestante, meu filho também sofreu por ficar sem ver os avós, sem ver a família. Meu filho perdeu o contato social com os amigos da escola, então teve perdas, na questão da linguagem, na questão do conteúdo escolar. Na questão emocional, a pandemia trouxe alguns medos na vida dele que ele não tinha. Então foi assim no momento, foi a única saída que a gente teve e que trouxe perdas para todo mundo. A pandemia roubou um pouco da infância dele, a minha gravidez ajudou, né? Isso porque ele teve que se isolar em função da minha gravidez. A gente teve que se isolar em função da minha gravidez, o que gera um sentimento de culpa também, mas foi algo obrigatório assim naquele momento, eu preferi priorizar a minha vida e dos meus filhos daqui pra frente do que arriscar tudo, do que pegar essa doença e vir a faltar na vida deles. Pra mim, foi a melhor alternativa”** (Sic).

A P3.2 teve diagnóstico de diabetes gestacional nas duas gestações. Na primeira, teve que fazer uma cesárea com 38 semanas, devido ao baixo peso do bebê. Mantém cuidado com alimentação.

Sobre o corpo grávido, ela menciona que há uma idealização deste como se fosse um momento lindo, que a gestante ama a barriga. Ela traz a seguinte fala: **“Eu sinceramente não tive isso, nem na primeira, nem na segunda. Não sei se foi porque eu tive ambos em períodos difíceis”** (Sic). Na primeira gravidez, era época do Zika Vírus, naquele momento **“as crianças estavam vindo com microcefalia e, agora, a pandemia da COVID-19”**. A gestante

está contando as semanas para que ele nasça logo e em segurança para que ela **“possa retomar sua vida aos poucos”** (Sic). Nesta gravidez, ela relata que engordou mais, então percebeu que seu corpo mudou também, apareceram mais estrias. Ela menciona que na primeira gestação não tinha preocupação com a estética, mas nesta se preocupa se o corpo vai voltar ao normal, se vai conseguir perder peso. **“Mas acho que faz parte do processo, e é isso aí, não tem o que fazer são as marcas da vida que a gente tá gerando”** (Sic).

Sobre a frequência das relações sexuais, nota que diminui consideravelmente nesse último trimestre, mais por conta do medo do esposo em machucar o bebê, pelo tamanho da barriga e por já estar com contrações de ensaio.

Quando compara a primeira gestação com a segunda, percebe que está **“desencanada”**, percebe-se mais tranquila, sente mais segurança por já ter passado pela experiência da gestação.

A participante P3.2 sente que a preferência do paladar está mais para o doce e está comendo mais do que o habitual. Nota que este fato pode estar associado à ansiedade, por estar em isolamento e sem ter o que fazer, fica **“meio perdida”**, pois o esposo passa o dia no trabalho, então ela acabou compensando na comida, comendo mais do que antes e optando por doces.

Nos quesitos bem-estar e saúde mental, notou bastante diferença, mesmo querendo o segundo filho, teve que fazer mudanças importantes na rotina, diz que a **“gravidez foi um divisor de águas, assim esse ano me obrigou a fazer muitas coisas que eu não queria fazer, mas não tive escolha. Precisei fazer esse isolamento pelo meu bem e dos meus filhos, então vem muito o sentimento de culpa”** (Sic).

A gestante faz parte de dois grupos de apoio para grávidas. Um grupo de apoio para gestantes diabéticas e outro on-line, onde trocam informações e dúvidas. Diz que os grupos ajudam por terem outras pessoas passando ou que passaram pelas mesmas situações e estas deram certo. Contudo, dependendo do assunto, fica mais em dúvida ainda, considera que foi uma forma de ajuda, mas nada significativa.

Suas preocupações são os prejuízos no desenvolvimento do filho de 5 anos, percebe uma perda na oralidade, no conteúdo da escola, no convívio social. Sabe que será necessário desconstruir o medo gerado pela pandemia. Se preocupa também pela nova rotina com ambos os filhos, tem medo de não dar conta, medo de deixar os filhos com outra pessoa. Tem também receio pelas sequelas, que ninguém sabe ainda como serão. **“Eu tomei a vacina, a gente confia na ciência, mas, sei lá, a gente não sabe quais os efeitos que vai ter nesse filho mais novo daqui a três, cinco anos, se vai acusar alguma coisa. Nesse momento, é custo x benefício, é muito melhor tomar do que não tomar, então estou confiando na ciência”** (Sic).

Sobre suas emoções, sente-se muito frequentemente angustiada, ocasionalmente estressada, raramente depressiva e/ou triste. Atualmente, não faz acompanhamento psicológico, mas precisou fazer no início da pandemia. Fez terapia nos primórdios pandêmicos e alguns pontos do TOC retornaram. **“Sendo necessário apoio emocional, agora, em outro ângulo, outra perspectiva, agora minha preocupação era pegar isso e de algum modo não estar mais presente na vida do meu filho”** (Sic). Ao comparar suas emoções antes e durante a gestação, percebe que já tinha esses sentimentos anteriormente, mas a gravidez a auxiliou a se **“libertar de alguns medos”** que ela tinha. Precisou fazer acompanhamento psicológico no início da pandemia, pois o esposo trabalhava num hospital, fato que a deixava apavorada, devido à ansiedade gerada pelo medo da contaminação. Era um medo exagerado, segundo ela, por ter perdido os pais muito cedo, por conta do trauma. Relata **“eu morria de medo de pegar Covid, morrer e fazer falta para o meu pequeno, então tinha esses sintomas de medo, estresse, ansiedade, ficava triste todos os dias, eu chorava muito. Com o tempo, depois da pandemia passando, não é bem isso [...]. Então tem muitos medos que eu tinha e que agora estou começando a me liberar mais, me autorizando a viver mais, era como se eu tivesse numa bolha antes da pandemia e não conseguia sair, aí veio a gravidez e eu precisei me trancar mais um pouco nessa bolha, mas fui vendo que, calma. As coisas não são bem assim. Vai se libertando aos pouquinhos, minha obstetra também foi conversando muito comigo e me acalmando”** (Sic).

Os sentimentos de ambivalência que a P3.2 apresentou durante toda a gravidez variaram entre estar gerando um bebê e a culpa por ter privado o filho mais velho de muitas coisas. Fato este que acabou colocando a culpa num bebê, mas a **“escolha de ficar grávida foi minha, agora eu tenho que bancar as minhas escolhas e as consequências. Eu sabia dos riscos por estar grávida. Por isso, veio sentimento de culpa e de estar feliz por estar grávida, mas triste por estar privando meu filho de muitas coisas. Outro sentimento de ambivalência nesse momento é de querer seguir com a gestação e de que nasça logo de uma vez. Essa questão da espera é gostosa assim de [saber] quando vai nascer, será que é na semana que vem, ou na outra semana [...]. E tem essa questão de eu estar muito cansada, com falta de ar, já não tem posição para dormir, tem noites com muita cólica, então, ao mesmo tempo que eu estou vivendo isso, também quero de uma vez acabar, também quero que ele venha de uma vez para que pare de uma vez esse processo de final de gestação que é pesado, dói, é bem desconfortável. Tenho que ir no banheiro direto, mas perto do sentimento de culpa que eu tive com o mais velho isso é fichinha, isso não é nada”**.

Sobre o parto, não tem novidade já que passou por isso antes, lembra que foi um processo doloroso, teve dificuldade para andar, ficou inchada. Não gostaria de passar por isso novamente, mas sabe que será necessário e está tranquila caso seja parto normal ou cesárea, pois ambas as opções possuem riscos e podem ter complicações e imprevistos.

Ambas as participantes são casadas, mães de meninos e estão na segunda gestação. Gestação atual planejada por ambas e também desejadas pelo cônjuge. Em pesquisa realizada em São Paulo com gestantes primigestas e multigestas, foi identificado que a gestação desejada pela mãe diminui a chance de apresentar alta ansiedade estado⁴ no terceiro trimestre de gestação, e se desejada pelo pai, diminui a chance de pontuar para alta ansiedade traço⁵ (SCHIAVO; RODRIGUES; PEROSA, 2018).

Via de parto para P3.1 na gravidez anterior teve parto normal e P3.2 teve cesárea. A P3.1 não teve diagnóstico de transtorno mental anterior, e P3.2 teve diagnóstico de TOC anterior à gestação, apresentou ansiedade no início da pandemia com indicação para tomar medicamentos, mas acabou controlando com a terapia e usando florais.

As duas declaram que nesta gestação têm menos expectativas quanto ao período gestacional por já terem passado por isso antes. A P3.1 teve diagnóstico de hipertireoidismo no início da gestação e contraiu COVID-19 no segundo trimestre de gestação, P3.2 está com diabetes gestacional.

O sexo dos filhos para P3.1 não importava, e P3.2 desejava um menino mesmo, e seu esposo, por sua vez, preferia uma menina, mas segundo o relatado pela participante, não houve desapontamento, não fica evidente no discurso a presença de estereótipo referente ao sexo do bebê, conforme Maldonado (2013) menciona que pode aparecer. Nas falas das participantes, não foi notado o sexo do bebê como um fator estressor pela preferência por menino, condição intensificada pela sociedade patriarcal.

O contato com a rede de apoio tem se dado de forma on-line e presencial para a participante P3.1, ela se sente apoiada pela rede, em especial pela mãe, pela irmã, pelo esposo, pela sogra e pelas amigas. Este período de pandemia exigiu uma nova forma de relacionamento para melhorar o bem-estar e a saúde mental das gestantes (CUNHA; ALBUQUERQUE; MONTEIRO, 2020). Já a participante P3.2 tem mantido contato apenas de forma remota, sente-se apoiada pelos colegas de trabalho e pela família, porém sente que enfraqueceu o vínculo

⁴ “O estado de ansiedade reflete uma reação transitória diretamente relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento” (FIORAVANT *et. al. apud* CATTELL; SCHEIER, 1961, p. 217).

⁵ “O traço de ansiedade refere-se a um aspecto mais estável relacionado à propensão do indivíduo lidar com maior ou menor ansiedade ao longo de sua vida” (FIORAVANT *et. al. apud* CATTELL; SCHEIER, 1961, p. 217).

devido ao isolamento social que ela optou por fazer. O que pode ser um fator de preocupação pois “a rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa contra doenças, atua como agente de ajuda e encaminhamento [...]” (SLUZKI, 1997, p. 67).

As modificações no corpo neste trimestre ficam mais intensas por causa do tamanho da barriga, os órgãos internos podem ocasionar mais vontade de urinar (ZIMMERMANN *et al.*, 2001; SOIFER, 1992), assim como relata P3.2. Já P3.1 diz que se sente mais disposta do que na gravidez anterior. P3.2 sente-se preocupada em relação à estética, se vai conseguir voltar o corpo ao normal depois da gravidez, percebeu o aparecimento de estrias devido ao ganho de peso.

A gestante P3.1 destaca que, no início da gestação, não conseguia comer quase nada, fenômeno comum para as gestantes de primeiro trimestre, a mesma declara que não teve muitos desejos, mas buscou melhorar a alimentação e comer mais proteína. Já a P3.2 notou que tem tido preferência por doces e que tem comido mais do que antes da gestação, atribuindo esse comportamento à ansiedade presente neste período de isolamento, pois, como fica sozinha com o filho na maior parte do dia, acaba comendo demasiadamente.

A frequência das relações sexuais tende a diminuir no terceiro trimestre (MALDONADO, 2013), assim como apresentado pelas participantes. Sendo que P3.1 não sentiu diminuição do desejo sexual, atribui a diminuição da frequência ao peso ganho. P3.2 não percebeu diminuição no desejo sexual, o esposo fica com medo de machucar a esposa por conta da barriga; diminuindo a frequência das relações sexuais consideravelmente neste trimestre.

Os sentimentos apresentados por ambas as participantes não tiveram similaridades. A P3.2 declarou-se muito frequentemente angustiada, enquanto que P3.1 nunca se sente angustiada, extremos opostos. Podemos perceber que cada uma se sente de uma forma única, dependendo da sua história de vida e das vivências (FALCONE *et al.*, 2005). Podemos atribuir esse grau de angústia percebido pela P3.2 ao isolamento social e enfraquecimento da rede de apoio mencionado pela participante.

Ao compararem seus sentimentos anteriores e durante a gestação, a P3.1 se sente mais atarefada nessa gestação por ter mais coisas para resolver. Enquanto que P3.2 notou já ter esses sentimentos antes da gestação, mas que esta a possibilitou se libertar de alguns medos que sentia no início da gravidez, mas que agora já está lidando de outra forma. Apresentando uma resignificação do histórico familiar, entendendo que, com a manutenção dos cuidados, a diminuição dos casos, o número maior de pessoas vacinadas, ela pode se permitir retomar aos poucos sua vida.

A P3.2 apresentou um grau muito elevado de medo e de ansiedade gerados pelo receio de morrer e de faltar para os filhos, assim como aconteceu com seus pais, sendo reforçado pela latente preocupação de contrair a COVID-19. É percebido a COVID-19 como mais um medo para as gestantes (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020). O período de COVID-19 potencializa as alterações emocionais, segundo Cunha “gerar durante a pandemia COVID-19 é um duplo desafio, porque traz novas preocupações e uma necessidade urgente de se adaptar a um cenário desconhecido” (CUNHA, 2020, p. 8).

Sobre os sentimentos de ambivalência cada uma das participantes sente de forma diferente, P3.1 se percebe mais preocupada com a profissão do que com a presença de sentimento de ambivalência, e a P3.2 percebe a presença de sentimentos de ambivalência durante toda a gestação por estar “**feliz por gerar um novo ser**” (Sic) e sentimento de culpa por ter privado o filho mais novo de várias coisas com o isolamento social. Assim como também entre estar grávida e querer terminar logo com a gravidez, como cita MALDONADO (2013).

Ressalta-se, mais uma vez, que a mulher, durante a gestação, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social e propensa a sentimento de culpa e ambivalência em relação à criança (FALCONE *et al.*, 2005, p. 617).

O terceiro trimestre é considerado o com maior nível de ansiedade, devido à aproximação da data do parto (SIMAS *et al.*, 2013; MALDONADO, 2013; MELO; LIMA, 2000; RATO, 1998). Entretanto, as participantes quando questionadas sobre suas expectativas em relação ao parto, P3.1 se sente tranquila e espera que seja como o outro “[...] **natural que não teve nenhuma intervenção**” (Sic). Enquanto que P3.2, por já ter passado pela experiência, sente-se tranquila e diz que “**no primeiro parto sim, eu tive medo, muita ansiedade**” (Sic). Não gostaria de sentir dor como sentiu no primeiro, e sabe que tanto o parto normal quanto cesáreo tem seus riscos e possibilidades de complicações. Sente-se tranquila por ter um esposo parceiro que vai estar disposto a dar todo suporte necessário para ela. Neste momento é importante o suporte familiar, do companheiro e de outros integrantes da rede de apoio.

O terceiro trimestre se caracteriza como o término do período gestacional e início do puerpério, período de mudança de identidade tanto para as primigestas quanto para as multigestas. O puerpério demanda grandes adaptações e ressignificações de parte da gestante, desafios com a nova rotina, amamentação e a recuperação do pós-parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes passaram por mudanças muito importantes, tanto físicas como emocionais, significativas. Com a instalação da pandemia da COVID-19, surgiram preocupações com uma possível infecção pelo vírus, além das incertezas dos protocolos adotados pelos hospitais, fatores que, por si só, podem potencializar as alterações emocionais, principalmente para as gestantes com histórico anterior de depressão (ALMEIDA *et al.*, 2020; ESTRELA *et al.*, 2020). Tais aspectos emocionais podem estar diretamente relacionados ao isolamento e ao distanciamento social, os quais têm sido utilizados como formas de retardar a propagação desenfreada do vírus, afetando as relações e interações com a rede de apoio. Este fator deve ser observado como um ponto de atenção importante à saúde mental das gestantes, sobretudo as que não contam com o suporte dessa rede que fomenta o fortalecimento dos vínculos, visto que o apoio social é um fator de proteção da saúde mental (ARRAIS; ARAUJO; SCHIAVO, 2018). Os recursos tecnológicos podem auxiliar na manutenção dos vínculos, mesmo distantes fisicamente, como mencionado pelas participantes, as mesmas têm mantido o contato com a rede de apoio, em alguns casos de forma presencial e em outros, de forma remota.

Neste estudo de caso, foi possível identificar que as alterações emocionais de cada gestante se manifestam de formas diferentes. As participantes informaram que durante o período da gestação, suas emoções se alteravam com mais frequência, contudo uma delas, ao se afastar do trabalho por causa da gestação, percebeu que a frequência com que suas emoções se alteravam diminuiu. Ou seja, cada uma das participantes identificou diferentes percepções sobre o período que tem vivenciado, a depender de sua história de vida e de questões latentes ao momento presente. Ao exercer uma escuta empática com as gestantes entrevistadas, fornecendo para elas um espaço de fala, que em muitos momentos se tornam invisibilizadas e silenciadas, as mesmas se sentiram acolhidas, disponíveis para tratar da gravidez idealizada x gravidez real, em especial neste período pandêmico.

A ressignificação de acontecimentos no período da gestação fica evidente, quando percebemos a fala da P3.2, que superou alguns medos anteriores ao período da gestação, que agora não fazem mais sentido para ela, pois deixaram de existir.

Em relação as percepções sobre o paladar das gestantes de todos os trimestres avaliados, a maioria teve uma real alteração na percepção de “gosto e/ou sabor” de alimentos que consumiam habitualmente. Alguns alimentos passaram a ser consumidos de maneira “desregrada”, como doces, por exemplo, que, aliados a características genéticas e à diminuição das atividades físicas praticadas, em virtude da pandemia (que provocou o isolamento e

afastamento social), acabaram levando duas participantes a desenvolverem diagnóstico de diabetes gestacional.

A relação com o corpo é um fator singular de cada uma das gestantes, a percepção de si muda para cada uma, a depender da autoimagem anterior à gestação, como ela se ajusta a esse novo formato do corpo grávido. Algumas participantes não tiveram problemas com a alteração do seu corpo, outras, relataram dores, já o crescimento da barriga gerou desconforto em boa parte delas.

Pode-se notar que, neste estudo de caso, foi possível identificar que a frequência das relações sexuais diminuiu mesmo com a presença do desejo sexual. As alterações no corpo da mulher, o desconforto por causa do crescimento da barriga fez com que, para a maioria das entrevistadas, a frequência das relações sexuais diminuísse, não somente por causa delas, mas também pelo desinteresse do parceiro.

A labilidade emocional foi mencionada pelas participantes do primeiro trimestre, por uma participante do segundo trimestre e outra, declarou ter apresentado no primeiro trimestre. Na medida em que a gestação evolui, percebe-se a diminuição da labilidade emocional, pois não foi mencionada pelas participantes do terceiro trimestre.

Os sentimentos de ambivalência foram citados pelas participantes, mas se apresentam de formas diferentes nos trimestres, assim como apontado por Maldonado (2013), as participantes do primeiro trimestre estavam relacionando com estar grávida ou não, as do segundo trimestre, faziam a relação com o sexo do bebê e uma das participantes notou que apresentava sentimento de ambivalência anteriormente no primeiro trimestre, mas não recorrente no segundo trimestre. E nas participantes do terceiro trimestre, estava relacionado com a conciliação entre carreira e a nova realidade. E entre estar feliz por gerar uma nova vida e sentimento de culpa.

As preocupações das gestantes em período da pandemia COVID-19 se relacionam com as adaptações à nova realidade, à mudança com um novo membro na família, conciliar carreira e maternidade, preocupações como a saúde do bebê e da própria mãe e, soma-se ainda, a pandemia, o medo de contrair o vírus, a impossibilidade de receber visitas e as possíveis sequelas da vacina. Duas entrevistadas tiveram COVID-19 durante a gestação, recuperaram-se e não sabem se haverá sequelas para o bebê no futuro, apontando, assim, mais uma fonte de preocupação para esse período.

Nenhuma participante está fazendo acompanhamento psicológico no momento da entrevista. Metade das participantes nunca fez acompanhamento psicológico, sendo que uma delas identificou a necessidade deste. As outras três já fizeram acompanhamento psicológico

em outras oportunidades, duas das participantes desejam retomar a terapia assim que possível e uma teve diagnóstico de transtorno mental anterior e precisou de acompanhamento psicológico no início da pandemia. O que pode ser um nicho de oportunidade de atuação profissional e de intervenção para os psicólogos perinatais, auxiliando neste período de transição na gestação.

As experiências referentes às vivências de parto anterior resultam nas multigestas diferentes e menores expectativas em relação ao trabalho e a via de parto. As primigestas, ambas do segundo trimestre, mencionam estarem se preparando, estudando, buscando informações, ainda que não pensem muito sobre isso.

Há diferença entre os trimestres e as vivências apresentadas pelas participantes. Uma observação importante é que algumas das participantes de primeiro, segundo e terceiro trimestre de gestação trazem informações não só de trimestres anteriores, como também das suas experiências em gestações anteriores.

Para estudo futuros, sugiro a separação de primigestas e multigestas, para melhor avaliar as alterações emocionais presentes em cada uma das situações. Assim como também pesquisas longitudinais, acompanhando o período perinatal por completo. Poderiam ser incluídas gestantes em situação de vulnerabilidade social e mães solteiras, como forma de uma maior coleta de informações para um entendimento ainda mais completo.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2018, v. 38, n. 4, pp. 711-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- BARDAIN, Laurence. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BELTRAME, Greyce Rocha; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 206-217, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à saúde**. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejo-ver05.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Nota Informativa nº 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19** - Brasília, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 6 mar. 2021.
- CAMACHO, Karla Gonçalves *et al.* Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: Perspectiva de gestantes. **Cienc. Enferm., Concepción**, v. 16, n. 2, p. 115-125, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.
- CAMPOS, Brisa; TCHALEKIAN, Bruna; PAIVA, Vera. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-COV-2/ COVID-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**. 2020, v. 32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>. Acesso em: 6 mar. 2021.
- CASTRO, Caroline Barbosa de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. **Alterações emocionais em gestantes em período de pandemia (COVID-19)**. 1 ed. Agudos, SP: Instituto Materonline, 2020. *E-book*.
- CAVALCANTI, Milady Cutrim Vieira *et al.* Relação mãe filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, n. 5, p.1683-1693. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1683.pdf. Acesso em: 3 abr.2021

CERÁVALO, Karla. **O começo da vida**. Rio de Janeiro: MedBook, 2019. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.

COUTINHO, Emília de Carvalho *et al.* Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2014, v. 48, n. 2. p. 17-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800004>. Acesso em: 10 abr. 2021.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; ALBUQUERQUE, Karolina Alves de; MONTEIRO, Luciana Ferreira. **Vivendo em tempos de COVID-19: o que posso fazer quando sou gestante?** 2020. Disponível em: https://www.ufes.br/sites/default/files/anexo/vivendo_em_tempos_de_covid-19_-_o_que_posso_fazer_quando_sou_gestante.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

CZERESNIA, Ricardo Mamber *et al.* SARS-CoV-2 and Pregnancy: A Review of the Facts. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2020, v. 42, n. 9, p. 562-568. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715137>. Acesso em: 23 out. 2021.

DICIONÁRIO *ON LINE* DE PORTUGUÊS. **Intercorrente**. 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/intercorrente/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

FALCONE, Vanda Maфра *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>. Acesso em: 1 abr.2021.

FIOCRUZ. Mortalidade Materna no Brasil - **Boletim Epidemiológico n.20/MS**. 17 jun.2020. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em: 23 out. 2021.

FIORAVANTI, Ana Carolina Monnerat *et al.* Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 217-224, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 nov. 2021.

FONSECA, Fabiane Rodrigues. **Mães negras: as crises próprias do tornar-se mãe e suas influências no estabelecimento do vínculo mãe- bebê**. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2017. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5780/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Fabiane%20R.%20Fonseca.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. Rio de Janeiro: Jaguatirica digital, 2013.

MORTAZAVI, Forough; GHARDASHI, Fatemeh. The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2021 Mar 8;21(1):193. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03691-y> Acesso em: 3 abr. 2021.

NICOLAS, Berthelot; ROXANE, Lemieux; BISSONNETE, Julia Garon; DROUIN, Christine; MAZIADE, Élodie Martel; MAZIADE, Michel. Tendência de alta em sofrimento e sintomatologia psiquiátrica em mulheres grávidas durante a pandemia de doença coronavírus 2019. **Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica**, p. 848-855. 25 de maio 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/vdmbtwRgdMczCPLWCHtDwNp/?lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2021.

OLIVEIRA, Maysa Arlany de *et al.* Recomendações para assistência perinatal no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, supl. 1, p. 65-75. fev. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292021000100065&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2021.

OLIVEIRA, Máira Ribeiro; DESSEN, Maria Auxiliadora. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estudos de psicologia**. Campinas. v. 29. p. 81-88. Janeiro-março, 2012.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento; CAMPOS, Luana Moura; CARNEIRO, Jordana Brock; FRAGA, Chalana Duarte de Sena. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021;42(esp). Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1897/3101>. Acesso em: 2 abr. 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano, FREITAS, Ernani Cesar. (2013). **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2.ed. São Paulo: Novo Hamburgo, 2013. *E-book*.

RATO, Paula Isabel. Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. **Análise Psicológica**. v. 3, nº XVI, p. 405-413, 1998. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000300006. Acesso em: 17 abr. 2021.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Ed. Unisul, 2002.

SANTOS, Nádia Valéria Moreira, ASSIS Cleber Lizardo de. Psicologia e gravidez: O papel do psicólogo a partir de uma pesquisa - intervenção junto a mulheres grávidas do interior de Rondônia, Brasil. **Revista de la Asociación Latini Americana para la formación y Eseñanza de la Psicología**. v. 7, 2019. Disponível em: <http://www.integracion-academica.org/attachments/article/239/07%20Psicologia%20Gravidez%20NVMoreira%20CLAssis.pdf>. Acesso em: 11 de abr. 2021.

SCHIAVO, Rafaela & Rodrigues, OLGA Perosa, Gimol. Variáveis. Associadas à Ansiedade Gestacional em Primigestas e Multigestas. **Temas em Psicologia**. 26. 2018. p. 2091-2104. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329524460_Variaveis_Associadas_a_Ansiedade_Gestacional_em_Primigestas_e_Multigestas/citation/download Acesso em: 4 de nov. 2021.

SILVA, Ana Luíza Miranda da *et al.* Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 34, p.1-7, 19 ago. 2021.

SIMAS, Flavia Baroni; SOUZA, Laura Vilela e; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Psicol. teor. Prat.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 19-34, abr. 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 mar. 2021.

SLUZKI, Carlos E. **A rede social na prática sistêmica**: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Trad. Por Ilka Valle de Carvalho. Porto alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes do, ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; PRATA, Ana Paula. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2020, v. 73, n. Suppl 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>. Acesso em: 22 out. 2021.

STEWART, Richard; SZEJER, Myriam; **Nove meses na vida da mulher**: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAKEMOTO, Maira L. S., *et al.* The tragedy of Covid -19 in Brazil: 124 maternal death and counting. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. v. 1. 29 de julho 2020. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 11 de maio 2021.

THETAHEALING. **Uma de treinamento de meditação utilizando uma filosofia espiritual para melhoria e evolução de mente, corpo e espírito**. 2021. Disponível em: <https://brasilthetahealing.com/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

WINKLER, Petr. *et. al.* Aumento da prevalência de transtornos mentais atuais no contexto da COVID-19: análise de repetidos inquéritos transversais de âmbito nacional. **Epidemiologia e ciências psiquiátricas**, v.29.n.173. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>. Acesso em: 28 mar. 2021.

WU Y, Zhang C, *et al.* Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. **Am J Obstet Gynecol**. v.2.n.223, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437665/>. Acesso em: 27 mar.2021.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 28, n. 3. p. 356-360. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822018000300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2021.

ZIMMERMANN, Aida; ZIMMERMANN, Heloisa; ZIMMERMANN, Jacques; TATSCH, Fernando; SANTOS, Cristina. Gestação, Parto e Puerpério. *In*: EIZIRIK, Cláudio; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001.

