

Aspectos Psicológicos de uma Gestação de Alto Risco em Primigestas Antes e Depois do Parto

Marina Peripolli Antoniazzi¹

Aline Cardoso Siqueira²

Camila Peixoto Farias³

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar os aspectos psicológicos de uma gestação diagnosticada de alto risco para primigestas antes e depois do nascimento. Utilizou-se delineamento de estudo de caso coletivo. Participaram desse estudo quatro primigestas que responderam a duas entrevistas antes do parto e uma pós-parto sobre aspectos da gestação e pós-parto. Os resultados e a discussão foram analisados por meio do relato clínico. As participantes indicaram que os sentimentos como medo e ansiedade comuns numa gestação de percurso normal se intensificam em uma gestação de alto risco. O processo de internação durante a gestação também se mostrou como um fator que pode ter potencializado o estresse para as participantes. A experiência do parto foi vivenciada pelas participantes com ansiedade e medo. Compreendeu-se que a rede de apoio familiar e profissionais da área da saúde pode auxiliar positivamente a maneira como as gestantes enfrentam essas questões minimizando o sofrimento.

Palavras-chave: gestação de alto risco; rede de apoio; promoção de saúde.

Psychological Aspects of a High-Risk Management in Pregnant for the First Time Before and After the Labor

Abstract

This study investigated the psychological aspects of a gestation diagnosed at high risk for first pregnancy before and after birth. A case-study study was used. Four first pregnancy that responded to two pre-delivery interviews and one postpartum on aspects of gestation and postpartum participated in this study. The results and the discussion were analyzed through clinical report. Participants indicated that feelings such as fear and anxiety common in normal gestation intensify in a high-risk pregnancy. The process of hospitalization during gestation also proved to be a factor that may have potentiated stress for the participants. The experience of childbirth was experienced by

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e Especialista em intervenção psicanalítica na clínica com crianças e adolescentes pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

³ Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Docente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas.

participants with anxiety and fear. It was understood that the family support network and health professionals can positively help the way pregnant women face these issues by minimizing suffering.

Keywords: *high risk pregnancy; support network; health promotion.*

Introdução

A gravidez é um momento no qual acontecem mudanças em diversos âmbitos da vida de uma mulher, concebendo uma intensa vivência emocional (Brazelton & Cramer, 2002; Klaus & Kennel, 1992). É uma experiência de sentimentos contraditórios, ansiedades e dúvidas e por isso a gestante precisará de um tempo para se habituar à nova etapa da vida, o que exigirá uma reorganização subjetiva (Brasil, 2016).

Sendo a gestação um fenômeno fisiológico, a sua evolução transcorre sem intercorrência na maioria dos casos. Mas, existem alguns fatores que podem interferir nesse processo e aumentar a probabilidade de uma evolução desfavorável, ocasionando problemas tanto para a mãe como para o feto. Quando alguma dessas situações acontece, a gestação pode ser considerada de alto risco (Brasil, 2012; Rodrigues, Dantas, Pereira, Silveira, & Rodrigues, 2017). No Brasil, por volta de 20% das gestações são assinaladas como de alto risco, sendo mais frequentes os diagnósticos de hipertensão e diabetes gestacional (Brasil, 2012; Rodrigues et al., 2017).

Os fatores de risco gestacional são identificados por meio de uma assistência do pré-natal, na etapa da anamnese, exame físico em geral e exame gineco-obstétrico (Brasil, 2012). É a partir dessa assistência que pode ser feito o diagnóstico precoce de algumas alterações e, assim, intervenções apropriadas sobre certas condições, que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a do bebê, podem ser prescritas (Brasil, 2016). Por isso, a assistência à gestante necessita estar integrada com um pré-natal de qualidade, focalizando na prevenção, diagnóstico e intervenção precoce, para assim, minimizar os fatores de risco maternos e fetais (Kerber & Melece, 2017).

Os aspectos psicológicos em mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco exigem da mulher um grande investimento e trabalho de processamento psíquico. A experiência materna se torna mais desafiadora pela fragilidade emocional que a mãe se encontra naquele momento, pelo acréscimo de risco, além de outras emoções que são conectadas à sua condição clínica (Caldas, Silva, Boing, Crepaldi, & Custódio, 2013). A complexidade de sentimentos é maior, como a ansiedade e o estresse, a começar pelo rótulo que é dado, “gestação de alto risco”, o que já demonstra uma diferença das gestações com percurso “normal”. Existem estudos que exemplificam como as mulheres se sentem ao estar vivenciando a maternidade em gestações de alto risco. O estudo de Quevedo (2010) encontrou a ideia de que, nesses casos, a gestação representa um defeito íntimo, uma ferida narcísica, como também a ideia de que seu corpo pode não funcionar bem durante a gestação. Outro estudo sinalizou que o medo faz parte da rotina dessas mulheres, o qual vai se aproximando e intensificando dúvidas, incertezas e inseguranças relacionadas ao que irá acontecer com ela e com o seu filho (Oliveira, Madeira, & Penna, 2011). Para as mulheres que estão na sua primeira gestação, a vivência de uma gestação de alto risco pode potencializar esses medos e

insegurança, já que pode existir a possibilidade de o filho também estar em risco e de ocorrer um nascimento prematuro, aspectos associados a um sofrimento psíquico da mãe (Quevedo, 2010).

A hospitalização durante a gestação é um acontecimento frequente e necessário em gestações de alto risco, situação que pode incrementar o estresse, pois a gestante vivencia a desordem entre a dependência imposta e a perda da autonomia (Brasil, 2012). Além disso, ela pode desorganizar o exercício familiar e fazer com que sentimentos de angústia, medo, preocupação e insegurança prevaleçam, acarretando um desencontro maior entre o que era esperado e o que está acontecendo (Marchetti & Moreira, 2015). Assim, fica claro o quanto a vivência da primeira gestação com o incremento de alto risco pode ser delicada. Contudo, sabe-se que fatores de proteção podem atuar nesse momento, mitigando os riscos, como o apoio social.

O suporte social que cada gestante possui pode auxiliar de forma positiva nesse percurso, especialmente o apoio recebido da família e dos profissionais da área de saúde. A rede de apoio social caracteriza-se como um conjunto de sistemas e de pessoas expressivas que constituem vínculos de convivência do sujeito (Brito & Koller, 1999). Além disso, o apoio social é significativo para o bem-estar das pessoas, porque se configura como uma forma de propiciar auxílio informativo, prático e afetivo, sendo essencial em situações de estresse (Rapoport & Piccinini, 2011). Para uma gestante, as fragilidades podem ser amenizadas com cuidado e apoio de pessoas próximas, como profissionais da saúde, familiares e amigos (Zanatta & Pereira, 2015). O apoio social é essencial tanto para a gestação, quanto para o desenvolvimento do bebê (Leite, Rodrigues, Sousa, Melo, & Fialho 2014; Rapoport & Piccinini, 2011). Assim, o apoio social pode ser um fator de proteção à maternidade (Manente & Rodrigues, 2016).

Estudos que investigaram o suporte social em gestantes identificaram o companheiro como a principal fonte de apoio, juntamente com outros membros da família, como as avós maternas (Quevedo, 2010; Lima & Smeha, 2017; Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012). No estudo de Haga et al. (2012) e no estudo de Arrais, Araujo e Schiavo (2018), o apoio social, apoio emocional e apoio prático, principalmente por parte do parceiro, mitigou possíveis sintomas depressivos. Por isso, a rede de apoio social é capaz de construir uma ajuda importante tanto para as novas mães como para as mães experientes (Rapoport & Piccinini, 2011).

Compreende-se que a adição do papel de mãe na subjetividade feminina traz alterações físicas e principalmente emocionais acontecerem. Porém, gestações consideradas de alto risco podem impactar a qualidade da vivência da maternidade e o investimento materno no bebê, sendo importante o saber científico sobre esse processo. Por isso, estudos qualitativos e longitudinais poderão fornecer à comunidade científica informações que possam auxiliar as gestantes nesse momento singular, e assim demonstrar o processo de construção da maternidade no contexto de alto risco em dois momentos da gestação e um momento pós-parto. O presente estudo teve como objetivo compreender os aspectos psicológicos que são os sentimentos que foram despertados, a vivência de cada participante, e a satisfação da rede de apoio em uma gestação diagnosticada como de alto risco para primigestas antes e depois do nascimento.

Método

Delineamento e participantes

Trata-se de um estudo qualitativo (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007), descritivo e longitudinal, tendo como delineamento estudo de caso coletivo (Stake, 2006), cujas participantes foram acessadas em três momentos: dois antes do nascimento e um após o parto. Participaram dessa pesquisa quatro mulheres primíparas em gestação de alto risco por condições maternas no último trimestre de gestação, com idades entre 18 e 27 anos, selecionadas na maternidade em um hospital público. Nesse relato, foram adotados nomes fictícios a fim de preservar o sigilo de suas identidades. Os critérios de inclusão foram: mulheres acima de 18 anos na sua primeira gestação, ter diagnóstico de gestação de alto risco por condição materna, estar internada em um hospital do interior do Rio Grande do Sul. O critério de exclusão foi a mãe ter diagnóstico de doença mental informado pela equipe médica do Setor Materno Infantil, porém não houve nenhuma exclusão. A seleção ocorreu através do convite das primeiras quatro gestantes que se enquadrassem nos critérios de inclusão.

A primeira mãe denominada Daniela tinha 18 anos, ensino médio incompleto, não trabalhava e residia com seu namorado, juntamente com a sogra e o sogro, mais seus três cunhados e uma cunhada com seus cinco filhos. A segunda mãe chamada Tais tinha 26 anos, ensino médio incompleto, trabalhava, mas estava de licença saúde por ser uma gestação de alto risco, e residia com seu marido e um filho de criação. A terceira mãe era Carolina, tinha 27 anos, ensino superior incompleto, trabalhava e morava sozinha. A última mãe Raquel tinha 24 anos, ensino técnico completo, não trabalhava e morava com o seu marido e com um tio. Todas possuíam nível socioeconômico desfavorecido: três participantes tinham renda mensal de até dois salários mínimos (Daniela, Carolina e Renata), e uma (Tais), até quatro salários mínimos.

Instrumentos

Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com as quatro participantes, durante as suas internações em três momentos. O primeiro e o segundo momentos ocorreram quando as participantes estavam com idade gestacional entre 25^a e 36^a semana, no último trimestre da gestação. No primeiro momento, foi realizado o acolhimento às gestantes e elas responderam às *Fichas de dados sociodemográficos* e à *Entrevista sobre dados clínicos da gestação e o acompanhamento do pré-natal*. No segundo momento, foi realizada *Entrevista sobre a gestação e a constituição da maternidade*, que focalizou os dados clínicos da gestação, assim como a experiência da maternidade com diagnóstico de gestação de alto risco. O terceiro momento ocorreu cerca de um mês após o parto, quando as participantes foram novamente contatadas para responderem ao roteiro de *Entrevista semiestruturada após o parto*. Este roteiro congregou questões sobre o estado emocional da mãe e do bebê, dados clínicos sobre a mãe e sobre o bebê, além de questões sobre experiência da maternidade.

Procedimentos e considerações éticas

Esta pesquisa faz parte do projeto guarda chuva intitulado “Maternidade: Conhecendo a perspectiva da mulher na gestação de risco”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade das autoras (C.A.A.E. nº 58670416.0.0000.5346). Este projeto maior teve por objetivo realizar um estudo longitudinal junto a 30 mães que vivenciavam gestação de alto risco por inúmeros diagnósticos, sendo quatro mães de primeira gestação. Assim, essas mulheres foram convidadas e aceitaram participar desse estudo longitudinal. Foi realizado em um hospital público do Rio Grande do Sul, na ala da maternidade, com mães internadas. As entrevistas do primeiro, segundo e terceiro momentos foram realizadas no hospital, em uma sala reservada, na ala da maternidade. A segunda participante não realizou a última entrevista, tendo manifestado estar indisponível naquele momento. Cada entrevista durou aproximadamente uma hora. As entrevistas foram gravadas e transcritas para a análise e as impressões da pesquisadora foram anotadas.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas para a realização da análise, tendo sido lidas e re-lidas diversas vezes, viabilizando reflexões teórico-clínicas. Levando em consideração a singularidade de cada participante, os casos foram apresentados separadamente seguindo o modelo de relato clínico (Ferrari, 2012). Segundo Epstein (2011), o modo narrativo é utilizado para dar forma a essa variedade de gêneros discursivos. Em um primeiro momento, os casos retratam a realidade psíquica das entrevistadas, a partir disso se constrói novos interrogantes e geram-se exemplos.

Para compreender a vida do sujeito, no relato de caso, são necessários dois movimentos, ilustrar e questionar, pois são essas condições que permitirão que o relato psicanalítico seja um caso científico (Epstein, 2011). Ainda que esse método não possibilite generalização dos achados, demonstra-se inovador por realizar uma construção sofisticada de conhecimento sobre este tema tão singular, visto que se propõe escutar e construir cada caso dentro da subjetividade da participante e da pesquisadora.

Resultados

Inicialmente os casos serão apresentados separadamente, sendo ilustrados por meio dos relatos das próprias mães. Após, serão examinadas eventuais semelhanças e particularidades entre os casos. Ao final, os dados foram discutidos à luz da literatura.

Caso Daniela

Daniela estava com 30 semanas gestacionais quando foi aceita para participar no estudo. Ela descobriu a gravidez com sete semanas e já iniciou o pré-natal no hospital, onde somente as gestações de alto risco são acompanhadas. Daniela recebeu esse diagnóstico em decorrência de sua história médica que exigia consultas mais frequentes. Segundo ela: “(...) *eu nasci com coacla, sem o ânus e sem a vagina, era só um burquinho e saía digamos assim xixi e coco só por um burquinho (...)*” [sic]. Desde o nascimento, foram 13 cirurgias para reconstruir as más formações, e só parou aos 10 anos. Quando ela engravidou estava fazendo uso de antibiótico e acreditava que o medicamento

tenha cortado o efeito do anticoncepcional. Daniela suspeitou da gravidez com o atraso da menstruação e confirmou após exame de sangue. A gestação de Daniela não foi planejada e os sentimentos despertados com a descoberta da gestação foram: *“Eu senti medo, não sabia como que eu ia falar, (...) medo de ser julgada, comparada com a mãe assim, porque ela teve filho bem nova assim. (...)”* [sic]. Porém, Daniela relatou que havia um desejo em ser mãe.

Daniela contou que possuía inúmeros sentimentos e sensações relacionadas à gestação: *“Ai, eu sinto bastante amor, assim, não sei. É inexplicável assim. Insegurança também”*. Em relação à insegurança, Daniela contou que sentia: *“Tipo, a gravidez assim, aí não sei, não sei explicar. Se vai dar tudo certo assim, entendeu? Tipo isso assim”* [sic]. Para Daniela, a angústia que a gestação provocava era com relação ao parto, pois estava com medo de descobrir a existência de uma má formação. Percebe-se que ela estava com receio de repetir a sua história de nascimento com a do filho, pois quando a mãe de Daniela estava grávida dela, o exame havia demonstrado que Daniela tinha uma má formação, porém não sabiam onde era e só descobriram no momento do parto. Percebe-se que a descoberta da gestação e os medos de Daniela estavam relacionados à vivência da gestação de sua mãe.

Daniela precisou ser internada algumas vezes e uma das internações durou quatro semanas, em decorrência de uma infecção urinária recorrente. Nas internações, quem a acompanhava predominantemente era a avó, com quem tinha um vínculo mais estreito, sendo sua principal rede de apoio no momento. O seu namorado também vinha às vezes para acompanhá-la durante a noite. Contou que não era fácil permanecer internada no hospital, ficava irritada, estressada e entediada. Mostrava preocupação em como seria, se faltaria algo para o bebê: *“Eu mais passo aqui, daí eu não tenho tempo de fazer nada em casa, tipo de arrumar o quarto, dobrar as roupas (...)”* [sic].

Na entrevista após o parto, realizada vinte dias depois do nascimento, Daniela contou que ganhou o filho com 33 semanas e que, os médicos optaram por fazer o parto de cesárea com anestesia geral. Daniela relatou que a opção de anestesia geral foi porque os médicos estavam esperando o pior: *“Porque eles acharam que seria mais complicado do que foi, sabe? Eles esperavam que ia ser bem pior porque eu já fiz um monte de cirurgia, tem complicações na barriga, daí eles pensaram que seria bem pior, mas não foi”* [sic]. Segundo ela, a anestesia passou para o bebê, fazendo com que ele tivesse que ser entubado. Relatou que sentiu medo e bastante nervosismo na hora do parto e que o pós-parto foi bem difícil: *“(...) bem dolorido, eu senti muita dor e dor de cabeça horrível. Horrível. De enlouquecer assim (...)”* [sic]. Daniela relatou que, depois que o seu filho nasceu, ela ficou seis dias no hospital para se recuperar. O seu filho, ainda permanecia internado para ganhar peso, mas sem previsão de alta. Daniela comentou que sentiu um desespero ao ver seu filho na UTI e relatou vontade de fugir e insegurança com relação aos cuidados com o seu bebê. Daniela contou que a equipe da UTI a auxiliou nesses cuidados, deixando-a mais segura. Percebe-se que o diagnóstico de alto risco, no caso de Daniela, ocasionou internações recorrentes e longas, e um cuidado também no parto e pós-parto, pois levou a um parto prematuro e ambiente da UTI neonatal. Depois de um mês internado, o filho de Daniela recebeu alta hospitalar.

Caso Tais

Tais conversou com a pesquisadora quando estava com 29 semanas gestacionais. Ela descobriu que estava grávida com seis semanas, quando sua menstruação, que era bem previsível, atrasou. Na descoberta da gestação, sentiu uma mistura de sentimentos: *“Aah, levei um susto, não tava esperando, não tinha planejado (...)”* [sic]. Ela estava casada há dez anos e acreditava que ela ou o marido tinha algum problema e por isso não tomavam as precauções necessárias para não engravidar, porém eles já tinham pensado que algum dia gostariam de ser pais. Tais demonstrou arrependimento de ter engravidado quanto foi questionada sobre a sensação e o sentimento em estar grávida: *“As vez eu me arrependo, as vez... não sei, talvez pela saúde. Aí as vez eu não me arrependo. As vez eu tento vê lá na frente como vai se, agora tá difícil, depois melhora. Mas as vez bate o arrependimento”* [sic]. Justificou esse arrependimento pela sua saúde e também pelo risco da saúde do bebê.

Tais era obesa e diabética, o que a colocava em alto risco durante o processo gestacional. Além disso, Tais fez uso de cigarro até os três meses da gestação, mesmo sabendo que poderia fazer mal para o seu bebê. Ela precisou ficar internada para controle glicêmico com nove semanas da gestação, e passou a fazer o acompanhamento do pré-natal no hospital pela sua gestação ser de alto risco. Com 27 semanas de gestação, Tais ficou dois dias internada: *“(...) eu como a alimentação deles, daí eu vou pra casa como alimentação de casa, altera e eu acabo vindo de novo (...)”* [sic]. Ela contou que já sabia que sua gestação seria de alto risco por conta da obesidade, mesmo assim foi difícil saber que estava passando por uma gestação de alto risco, pois ficou com muito medo de ocorrer uma má formação ou do nascimento pré-maturo no bebê, e complementou que refletiu muito: *“Ah! Bastante coisa, não porque uma criança com síndrome a gente vai nega né, mas se com saúde é difícil, imagina doente. Daí a gente... tenho fé em Deus, vai dar tudo certo, graças a Deus (...)”* [sic].

Tais estava bastante angustiada com o parto, comentou que não estava conseguindo dormir devido a ansiedade gerada pela espera desse momento, pela sua condição de saúde na gestação. Comentou sobre a preocupação que possui com o parto: *“(...) O fato dêe... a minha obesidade, se eles tenta normal e não dá certo, ah bastante coisa. Cesária, também tem um monte de complicação”* [sic]. A principal rede de apoio de Tais era do marido, pois os familiares moravam longe, mas não deixavam de participar através do telefone. Tais também se referia aos grupos e às comunidades de redes sociais como parte de sua rede: *“Tem um grupo, no meu celular, no face, das guria gestante, que tão gestante, que já ganharam, eu leio bastante ali, a experiência delas serve pra gente também”* [sic], e, segundo ela, esses recursos por vezes amenizavam a ansiedade que sentia. Após o nascimento do bebê, ela não demonstrou desejo em realizar a última entrevista.

Caso Carolina

Carolina conversou com a pesquisadora quando estava com 34 semanas. Ela descobriu que estava grávida com cinco semanas. Carolina sempre teve a menstruação desregulada, não sendo por ela que descobriu a gestação, e sim pelas intensas dores no seio que sentiu. Carolina tinha diagnóstico de endometriose e por isso acreditava ter dificuldades para engravidar, pois havia tentado antes sem sucesso. O sentimento despertado com a descoberta da gestação foi de surpresa, mas demonstrou felicidade pela gestação. Carolina comentou o que sentiu quando descobriu que estava grávida: *“Eu acho que entre a alegria e o pânico, ainda foi a alegria. Porque o primeiro, o primeiro*

baque foi assim, meu Deus, eu vou ser mãe depois foi, ah mas só um pouquinho, eu vou ser mãe nessa situação. (...) [sic], e complementou que sempre existiu um desejo em ser mãe.

No relacionamento que Carolina estava, eles decidiram não prevenir a gravidez, contudo engravidar não foi algo consciente: *“Talvez eu tenha tomado um pouco menos de precaução também pra não engravidar porque, na minha cabeça, eu não ia engravidar mesmo, ainda bem que engravidei (risos)”* [sic]. Carolina comentou que a sua gestação não foi planejada, pois o pai do bebê é casado. Ele era um colega de trabalho, e ficou sabendo da gravidez pelos colegas. Porém, Carolina não comentou com os mesmos sobre quem era o pai e assumiu a gestação sozinha, não existindo mais relação com o pai do bebê: *“(...) minha alegria de ser mãe era tão grande tipo, dane-se o pai, eu quero e eu vou fazer (...)”* [sic]. Carolina contou sobre os sentimentos e as sensações que possuía relacionados à gestação: *“Ai, eu acho que só alegria (risos). Eu sou muito boba por essa criança (...)”* [sic].

Carolina relatou que na gestação, a glicose estava tendo picos muito altos e por isso foi buscar auxílio de nutricionista. Mesmo com a alimentação regulada, os picos de glicose continuaram, e por isso a médica a encaminhou para o hospital. Durante a gestação, desenvolveu diabetes mellitus gestacional, o que a colocou em gestação de alto risco. Segundo os médicos isso poderia acarretar um parto prematuro ou má formação, o que deixou Carolina bem preocupada. Ela também estava com infecção urinária e fazendo uso de antibiótico para tratar. Por isso, ela precisou ficar internada no hospital, mencionou que gostava do atendimento do hospital, mas contou que os médicos demoram muito tempo para ir ao leito ver o paciente e dar um retorno quanto ao estado de saúde. Carolina contou que ninguém chegou para ela e contou que ela passaria por uma gestação de alto risco: *“(...) meu protocolo assim de consulta e dizia Centro de gravidez de risco e alto risco. Ahhh... tá, tá bom, mas chega assim, um médico conversa comigo e diz, ó tua gestação vai apresenta alguns riscos agora por causa da diabetes, nunca ninguém chegou (...)”* [sic]. Carolina comentou que seu irmão e a sua mãe foram seus principais apoios, intercalando os dias que permaneciam no hospital com Carolina.

Carolina realizou a terceira entrevista quando o filho tinha 30 dias. Ela relatou que ganhou o seu bebê de parto natural com 38 semanas e sentiu muita dor no parto: *“(...) Eu morria de medo do parto normal, mas a partir daí tu não tem controle nenhum, tu não tem o que fazer... é ele quem decide e os médico e deu. (...)”* [sic]. Carolina contou que ela e o filho permaneceram internados no hospital durante uma semana, e comentou que o filho teve uma infecção: *“(...) eu tive infecção urinária bem no finalzinho da gestação e como ele fez o cocô antes, ele podia ter ingerido também, então os exames dele deram bem alterados, o exame de sangue (...)”* [sic]. Carolina se queixou novamente da falta de informações sobre o real estado de saúde do filho pela equipe médica, e até o momento da terceira entrevista, ninguém havia explicado o que aconteceu com o bebê. Após a melhora do filho, ambos receberam alta.

Caso Raquel

Raquel tinha 33 semanas quando conversou com a pesquisadora. Raquel descobriu que estava grávida com dois meses de gestação. Ela contou que ao ver que o exame de gravidez tinha dado positivo, pensou que não fosse verdade, e realizou mais quatro testes de farmácia para confirmar.

Raquel contou que: *“Foi um susto. Ah, eu fiquei apavorada, assim né? Báh, tô grávida! Será que ele vai aceitar? O pai né? (...) Mas assim, eu aceitei, mas eu fiquei com aquela dúvida, até hoje eu fico meia assim, será que vou ser uma boa mãe? Será que eu vou conseguir né? Mas, em princípio eu quero ser uma boa mãe”* [sic]. Percebe-se que havia receio quanto à aceitação da gestação por parte do pai do bebê.

Raquel pensava em ser mãe em algum momento da sua vida. Ela contou o sentimento em relação à gestação: *“Eu sinto, eu me sinto feliz assim, porque eu vou ter uma filha né? Vai ser sangue do meu sangue, (...) eu tenho uma coisa que ninguém vai poder tirar de minha que é minha filha, (...)”* [sic]. Raquel iniciou o pré-natal primeiramente no posto de saúde, tendo sido encaminhada para o hospital em decorrência das dores que estava sentindo. Raquel fumou maconha e ingeriu cerveja até os três meses da gestação: *“A bebida era pra mim, sei lá, não pensar assim. Eu não queria tá grávida naquele momento tá? Porque eu achava que a culpa era minha de ter estragado a vida do meu namorado (...)”* [sic]. Ela resolveu parar, pois sabia que estava fazendo mal para o seu bebê, contudo compreendia que utilizava maconha e bebida para conseguir lidar com a gestação.

Raquel teve infecção urinária e nos rins, levando ao diagnóstico de gestação de alto risco. No final da gestação, desenvolveu pressão alta (pré-eclâmpsia). Relatou que estava tomando várias medicações para tratar a infecção nos rins, os enjoos, para controlar a pressão arterial e a anemia que também havia sido diagnosticada. Com esse diagnóstico Raquel poderia entrar em trabalho de parto e o bebê nascer prematuro e por isso necessitou da internação. Além disso, Raquel precisava de ajuda para fazer tarefas básicas de higiene. Raquel contou que começou a chorar na hora que a médica a informou: *“Ah, foi um pouco, foi surpresa, fiquei surpresa né? Achei que tava tudo bem é? Eu achava que comigo podia tá ruim, mas com ela não, daí eu fiquei meia surpresa, sabe?”* [sic]. Sobre sua rede de apoio, Raquel contou que ela mesma se ajudava, evidenciando a vivência de uma gestação solitária. Ainda que em poucas situações, também falou que o namorado a auxiliava conversando, e a família, por meio de ligações.

Raquel realizou a terceira entrevista 30 dias depois de ganhar a filha. Ela ganhou a filha com 41 semanas de parto natural. Ela descreveu o parto como: *“Vinte minutos piores da minha vida”*, e complementou: *“Foi horrível. Eu não peguei anestesia, foi três... três agulhada pra pega anestesia e nenhuma... eu sentia tudo tudo tudo”* [sic]. Raquel contou que estava com a pressão muito alterada, faltava força e teve a sensação que ia desmaiar. Por indicações médicas, segunda gestação foi desaconselhada para Raquel, pois os médicos imaginavam que ela não aguentaria o processo do parto por conta da pré-eclâmpsia. Raquel ficou no hospital uma semana após o parto, pois estava apresentando bastante vômito, e devido à força que utilizou no parto teve uma dilatação no olho e estava enxergando um pouco embaçado, por isso estava esperando o oftalmologista avaliar. Depois que voltou a visão, ela e a filha receberam alta do hospital. Porém, antes de receber alta ela recebeu encaminhamento para a psicóloga: *“(...) eu tava preocupada né... porque depois eu tava com dor, aí ela chorava, eu também chorava junto né... (...) Dai que me passaram pro psicólogo. Eu aceitei, porque é sempre bom conversar com alguém”* [sic]. Percebe-se que o parto e pós-parto foram muito traumáticos para Raquel, pela sua condição de risco, em saber que não poderá mais ter filhos, e por

não estar conseguindo dar o cuidado que o bebê precisava. Compreende-se a importância de um espaço de escuta para ela conseguir elaborar o que havia acontecido.

Discussão

Pode-se compreender que, a descoberta da gestação para as primigestas desse estudo, foi marcada pelo desejo de ter um filho, mas não pela programação. Para entender os aspectos psicológicos de uma gestação diagnosticada de alto risco, é necessário entender o que antecedeu à gestação. Nenhuma gestação foi planejada, mas também não houve um cuidado para não engravidar. Argumentos no que se refere a métodos ineficazes, deslizos, e alguma intercorrência de saúde que poderia dificultar à concepção, foram relatados pelas participantes. O fato de as participantes não estarem seguramente protegidas de uma gravidez pode representar um desejo pela gestação, mesmo que esse desejo seja inconsciente. Daniela, Tais, Carolina e Raquel demonstraram um desejo inconsciente de gestar, pois apesar de não terem sido planejadas, o querer ter filhos já era identificado, e a forma como isso aconteceu foi uma falta de cuidado quanto a métodos contraceptivos. A literatura evidencia que há uma contradição nas concepções das gestações não planejadas, quando não há uma programação da gestação pela mulher ou pelo casal (Conceição & Fernandes, 2015; Prietsch, Chica, Cesar & Sassi, 2011; Tachibana, Santos, & Duarte, 2006). O estudo de Vieira (2016), com três mulheres-mães, constatou o desejo de ser mãe e a adoção de métodos ineficazes ou conduta descuidada quanto à administração de métodos contraceptivos, indicando um movimento inconsciente, corroborando com os achados desse estudo.

Ao descobrirem as gestações, as participantes relataram os sentimentos que foram despertados nesse momento. Tais demonstrava sentimentos ambíguos, de alegria e tristeza, e, às vezes, arrependimento quanto a gestação. Já Daniela, Carolina e Raquel relataram felicidade e medo de julgamento da gestação. Esses dados corroboram o estudo de Leite et al. (2014), Rapoport e Piccinini (2011) e Zanatta e Pereira (2015), que relataram sentimentos ambíguos, como alegria, angústia, insegurança e negação ao descobrirem que estavam grávidas. Mesmo após a confirmação com o exame clínico da gravidez, o processo de mudanças e adaptações continua, onde contorna ganhos e perdas e isso pode fundamentar o aparecimento de sentimentos ambíguos (Silva, Souza & Scorsolini-Comin, 2013). Compreende-se que ter sentimentos distintos no processo gestacional foi relatado pelas participantes, e Daniela, Carolina e Raquel, no seu tempo, aceitaram a gestação. Porém, a participante que deixava dúvidas quanto a esse processo foi a Tais, demorando mais tempo para aceitar a gestação, mas todas as participantes, no seu processo e seu tempo aceitaram.

No percurso da gestação, além dos sentimentos despertados, as participantes tiveram que lidar com um incremento de emoções, porque suas gestações foram diagnosticadas de alto risco. Mas a causa era distinta para cada participante. Daniela tinha muita predisposição de ter infecção urinária decorrente das treze cirurgias na barriga que a colocavam em risco durante a gestação (Brasil, 2012). Tais era obesa e diabética e sabe-se que gestante obesa e diabética aumenta o risco de parto prematuro (American Diabetes Association, 2011). Carolina contou que durante a gestação teve diabetes mellitus gestacional, que é um agravante nas gestações acrescentando risco para a mãe e

para o bebê (Bolognanil, Souza & Calderion, 2011). Já Raquel teve infecção urinária, e não foi tratada corretamente, acarretando uma infecção nos rins (Brasil, 2012). Além disso, tomava remédio para pressão, pois teve pré eclampsia no final da gestação, considerada uma intercorrência séria de saúde (Assis, Viana, & Rassi, 2008). Com esses diagnósticos, todas as participantes precisavam de maiores cuidados tanto de si quanto médicos para continuar com suas gestações.

Porém, para as participantes, receber esse diagnóstico impactou na relação com a maternidade. Pelo histórico de vida de Daniela, ela já sabia que quando engravidasse sua gestação seria de alto risco, não impactando no percurso da gestação. Para Tais, Carolina e Raquel, receber o diagnóstico foi difícil, e relataram a presença de sentimentos como o medo de má formação e nascimento prematuro. Compreende-se que o medo, a incerteza e a insegurança constituem qualquer gravidez, porém esses sentimentos são intensificados nas gestantes de alto risco (Azevedo, Araújo, Costa, & Júnior, 2009; Oliveira et al., 2011). Estudos com gestantes e puérperas que desenvolveram pré-eclampsia e Diabetes Mellitus Gestacional relataram surpresa, além de demonstrar ansiedade e medo da doença e suas consequências tanto para a mãe quanto para o bebê, como também sentimentos negativos como estresse, medo, insegurança e aborrecimento por conta dos sintomas da doença e privação alimentar (Azevedo, Araújo, Costa, & Júnior, 2009; Mançú & Almeida, 2016).

Para acrescentar a esse diagnóstico de alto risco, Tais fez uso de cigarro e Raquel fumava maconha e ingeria cerveja, até os três meses da gestação. Elas resolveram parar, pois sabiam que estavam fazendo mal para o seu bebê, mas afirmavam que o uso as fazia sentir-se calmas diante da notícia de estar esperando um bebê – o que evidencia uma grande ansiedade provocada pela descoberta da gestação. Sabe-se que a gestante que possui o hábito de fumar tabaco pode causar danos no seu desenvolvimento, podendo ter má formação, problemas respiratórios e baixo peso ao nascer (Santos et al., 2015). Da mesma forma como a maconha, que pode ocasionar prejuízos cognitivos e emocionais (Maia, Pereira & Menezes, 2015). Além desses, o uso do álcool durante a gestação também pode causar efeitos comportamentais, emocionais, cognitivos e físicos (Tacon, Tacon & Amaral, 2017).

Após o primeiro impacto da descoberta da gestação, as participantes demonstraram as angústias que sentiam com a gestação em si, sendo que o parto era o foco de suas preocupações. Devido as gestações serem de alto risco, as participantes relataram que o parto era o que mais trazia medo e ansiedade, pois além da dor, seria o momento que elas conseguiriam ver se os bebês nasceriam saudáveis, pois todas as participantes demonstravam medo de má formação. Compreende-se que o momento do parto desperta muita ansiedade e receio na gestante principalmente pelo medo da dor do parto normal (Davim, Torres, & Dantas, 2008; Oliveira et al., 2011). Com a aproximação do parto, a expectativa da gestante aumenta, sendo um momento angustiante, de suposições e probabilidades. No parto, reaparecem todas as ansiedades e medos latentes, e com a perda do estado gravídico, a mãe precisa lidar com os sonhos e as fantasias a respeito do bebê, mobilizando toda a sua subjetividade (Oliveira et al., 2011).

Outro fator que interferiu na vivência da maternidade foi à hospitalização devido a questões de saúde. Todas as participantes ficaram, no mínimo, de duas a três vezes internadas, e com duração de pelo menos uma semana, durante o processo gestacional. A hospitalização cria um estresse

aonde a gestante está inserida, na família, na casa e na profissão, pois predispõe a angústias devido à reorganização que é necessária fazer (Marchetti & Moreira, 2015; Brasil, 2012). Para as participantes do estudo de Arrais, Araujo e Schiavo (2018), o fator de risco mais frequente foi as intercorrências na gestação, como, hipertensão, sangramento e convulsão, provocando a internação e paralisação das atividades de rotina. No estudo de Silva et al. (2013), as gestantes de alto risco enfatizaram que a hospitalização é vivida com sentimentos de ansiedade, solidão e medo e requer da gestante o ajustamento ao ambiente e novos hábitos no hospital. Para a gestante é importante diminuir o sentimento de impotência, em meio às incertezas que é a vivência no hospital. Por isso, o que está ao seu alcance é o cuidado que ela pode ter tanto com sua saúde física quanto psicológica. Assim, o cuidado consigo e com o bebê é algo importante em casos de hospitalização, e desta forma a gestante assume uma postura ativa diante dos cuidados que a gestação exige (Gomes, Marin, Piccinini & Lopes, 2015). Por isso, essas gestantes necessitam ser acolhidas e acompanhadas adequadamente.

Quanto à atuação das equipes médicas, Carolina mencionou com ênfase a carência de acolhimento dos profissionais que a acompanhavam, e relatou que sentiu falta de mais informações sobre o seu estado de saúde e do bebê. Essa percepção corrobora os achados do estudo de Silveira, Tavares e Marcondes (2016), no qual as participantes apresentavam hipertensão ou diabetes, indicaram a ausência de uma escuta ativa de suas angústias durante todo percurso da gestação de alto risco, pois elas se deparavam com a instabilidade e a fragilidade, perante a um atendimento fragmentado e robotizado. Dessa forma, as gestantes denunciaram que não foram acolhidas, que não encontraram profissionais disponíveis para escutar seus anseios, medos, expectativas e sofrimento diante da situação de estar enfrentando uma gestação de alto risco. O desempenho dos profissionais de saúde não se refere somente aos conhecimentos teóricos e procedimentos técnicos (Pozzo, Brusati, & Cetin, 2010; Souza & Gualda, 2016). O trabalho interdisciplinar é importante na atenção integral a saúde da gestante. No caso da hospitalização da gestante na condição de alto risco, problemas na relação entre a paciente e a equipe de saúde podem ocorrer, sendo necessário um esforço dos profissionais da saúde para manter uma boa comunicação e uma boa relação com a gestante (Pozzo et al., 2010). O psicólogo, como parte da equipe, pode auxiliar a buscar os diferentes saberes favorecendo o diálogo e a troca entre os profissionais (Caldas et al., 2013). Além disso, para o mesmo autor, as gestantes hospitalizadas podem estar em sofrimento psíquico, e oferecer uma escuta nesse contexto, pode ajudar a gestante a refletir e elaborar estratégias de enfrentamento diante da sua condição clínica.

Além do auxílio profissional, as participantes relataram que foi muito importante contarem com a rede de apoio familiar. Elas contaram com pessoas que as auxiliavam nesse momento, ainda que demonstrassem diferentes níveis de satisfação. Porém, a ausência de apoio no percurso da gestação pode potencializar as dificuldades nesse momento de transição (Gomes et al., 2015). O apoio conjugal e familiar tem uma ajuda significativa no percurso da gestação, hospitalização e pós-parto (Quevedo, 2010). Os estudos de Haga et al. (2012) e o de Zanatta e Pereira (2015) também apresentam convergência com esses resultados, o primeiro demonstrou que o apoio do companheiro

no processo da gestação é fundamental e o segundo, que o cuidado e apoio de familiares, amigos e profissionais podem auxiliar positivamente a gestação.

Já Tais também encontrou outra rede de apoio: grupos/comunidades em redes sociais. Comentou que se sentia bem em saber da experiência de outras gestantes sobre essa vivência da maternidade. Mesmo que seja compreendido que cada mulher sentirá a gestação de forma singular, demonstrar essas vivências através de conversas informais com outras gestantes, faz com que elas se sintam mais acolhidas diante de suas dúvidas e angústias (Lima & Smeha, 2017). Da mesma forma, o estudo de Darvill, Skirton e Farrand (2010) mostrou que as redes sociais facilitam a interação, o contato e a troca de experiências com outras mulheres.

Como já era previsto pela equipe de saúde, Daniela ganhou o filho de cesárea e prematuro. Ela pareceu ter conseguido lidar positivamente com essa questão. Raquel e Carolina ganharam os filhos de parto normal e essa vivência foi um momento muito marcante para elas. O medo, a alegria e o nervosismo foram sentimentos relatados. Mas, a narrativa mais sofrida foi de Raquel, pois sofreu bastante para conseguir ganhar a filha. Daniela e Raquel descreveram o quanto o pós-parto também foi difícil. Essas duas participantes afirmaram que não gostariam de ter outro filho, pela vivência do parto e porque os médicos acreditavam que outro parto as colocaria em risco de vida. Mas percebe-se que receberam essa notícia com tristeza. Daniela, Raquel e Carolina permaneceram no hospital pelo menos uma semana pós-parto, por todos os casos terem tido alguma dificuldade pós-parto. Todos os bebês necessitaram de cuidados médicos, assim como suas mães relataram a dificuldade de passar pelo parto. O pós-parto é um período de grande vulnerabilidade (Alves, Rodrigues & Cardoso, 2018). No estudo de Rapoport e Piccinini (2011), as 39 primíparas relataram que a situação mais difícil na vivência da maternidade foi o pós-parto considerado estressante pelo desconforto físico e cansaço. É importante medidas para amparar a saúde materna e beneficiar o desenvolvimento de seus bebês, como instrumentos de avaliação da saúde emocional das mães nas rotinas de pré-parto e pós-parto (Manente & Rodrigues, 2016; Alves, Rodrigues, & Cardoso, 2018).

Considerações finais

O presente estudo buscou compreender os aspectos psicológicos, como os sentimentos que foram despertados, a vivência de cada participante e a satisfação com a rede de apoio, de uma gestação diagnosticada de alto risco para primigestas antes e depois do nascimento. Percebe-se que a pesquisa possibilitou que pudessem aparecer aspectos mais singulares do fenômeno estudado, como, por exemplo o uso de entrevistas semi dirigidas, fornecendo mais liberdade para as participantes. Além disso, como foram três momentos de coletas de dados, possibilitou uma aproximação entre participante e pesquisador, fornecendo um ambiente acolhedor para elas, da mesma forma como o caráter longitudinal proporcionou uma escuta enriquecedora sobre a vivência das participantes durante a gestação e pós-parto.

Compreende-se o quanto o diagnóstico de gestação de alto risco impactou a vivência da primeira gestação para essas participantes. Os sentimentos foram vivenciados com mais intensidade principalmente o medo e a ansiedade. Percebeu-se uma intensificação desses sentimentos, eles

foram vivenciados de forma muito singular dependendo da história de vida de cada participante. Além disso, são gestações consideradas de alto risco por terem origem em alguma doença o que inspira maiores cuidados principalmente um autocuidado importante da própria gestante. O processo de internação é comum a esse diagnóstico, mas que pode ter potencializado o estresse e a ansiedade do final da gestação para as participantes. Devido às internações, as participantes não podiam dar seguimento às suas tarefas diárias, o que gerava ansiedade.

Pode-se entender que as participantes Tais e Raquel demonstraram maiores conflitos com a descoberta da gestação. Da mesma forma, foram os casos que as participantes utilizaram substâncias, tiveram a mais frágil rede de apoio e dificuldades de autocuidado. Tais não conseguia ter um cuidado consigo mesmo. Sua alimentação em casa precisava ser muito regrada, mas até aquele momento da entrevista, não conseguiu se adequar nem cuidar. Parecia que Tais demonstrava uma dificuldade de cuidar da sua saúde e do bebê, e a permanência no hospital era uma forma de seguir sendo cuidada por alguém. Ficava internada de dois a três dias e assim permaneceu até ganhar o bebê. Raquel mostrava estar enfrentando uma gestação solitária, primeiro pela não aceitação da gestação por alguns meses do pai do bebê, posteriormente da família do pai do bebê e não sentia uma rede de apoio que pudesse contar, o que pode ter potencializado o uso de alguma substância para conseguir lidar com a gestação.

A gestação de Daniela demonstrou o quanto ela precisava ressignificar a sua história de vida com a sua mãe e o quanto a sua gestação estava sendo vivenciada através da gestação da sua mãe e das inúmeras hospitalizações que aconteceram na sua infância. De certa forma, a gestação também era uma vivência dessas hospitalizações. A experiência de Carolina mostrou o imenso desejo que ela tinha em ser mãe, e enfrentou os desafios que foi a gestação para mães solo. Ainda, pode-se perceber que a rede de apoio de Carolina era bastante presente, o que pode ter auxiliado positivamente.

Diante da complexidade de situações que envolvem os aspectos da gestação, os resultados do estudo demonstram a necessidade de apoio social. A participação de familiares e profissionais pode proporcionar mais tranquilidade à mãe nos primeiros cuidados com o filho. Fica evidente o quanto pessoas significativas e afetivas podem ajudar a gestante a enfrentar esse momento que envolve sentimentos por vezes contraditórios. Ainda que apenas uma participante tenha manifestado seu desconforto quanto aos profissionais da área da saúde, foi possível verificar essa percepção no relato de outras participantes, realizado de uma forma indireta. Por isso, os profissionais da área da saúde parecem que não conseguiram estabelecer uma comunicação efetiva, com informações claras e precisas para essas participantes.

Os profissionais da área da saúde são figuras importantes nesse momento, sendo pessoas que podem trabalhar na prevenção e promoção da saúde emocional materna. Compreende-se que esses profissionais poderiam auxiliar as mães, reconhecendo os componentes emocionais, e assim auxiliariam no desenvolvimento do bebê e da família. O estudo aponta para importância de espaços de escuta, acolhimento e atendimento junto a tais pacientes e assim, ressalta-se a importância da psicologia para a promoção de saúde nos atendimentos às gestantes. Entretanto, o estudo apresenta limitações, pois os achados aqui encontrados não são passíveis de generalização, visto que retratam

apenas uma realidade, devido à pesquisa ter sido realizada somente em um hospital. Como sugestão a próximas pesquisas seria a ampliação para outros hospitais com estratégias da psicologia voltada para a promoção e prevenção de saúde a essas gestantes.

Referências

- Alves, G. M. A. N., Rodrigues, O. M. P., & Cardoso, H. F. (2018). Indicadores emocionais de mães de bebês com risco para o desenvolvimento. *Pensando Famílias*, 22(2), 70-87.
- American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34(Suppl 1), S62-S69.
- Arrais, A. R., Araujo, T. C. C. F., & Schiavo, R. A. (2018). Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711-729.
- Assis T. R., Viana, F. P., & Rassi, S. E. (2008). Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(1), 11-17.
- Azevedo, D. V., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., & Júnior, A. M. (2009). Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclampsia. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 347-358.
- Brazelton, B. T. & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações* (2ª Ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Bolognanil, C. V. Souza, S. S., & Calderion, I. M. P. (2011). Diabetes mellitus gestacional: Enfoque nos novos critérios diagnósticos. *Revista de Ciências da Saúde*, 22(Sup. 1), 31-42.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). *Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres*. Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Gestação de alto risco: Manual técnico* (5ª Ed). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brito, R. C. & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e rede de apoio social e afetivo. In: Carvalho, A. M. (Org). *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caldas, D. B., Silva, A., Boing, E., Crepaldi, M., & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: A construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87.
- Conceição, S. P. & Fernandes, R. A. Q. (2015). Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. *Escola Anna Nery*, 19(4), 600-605.
- Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- Davim, R. M. B., Torres, G. de V., & Dantas, J. da C. (2008). Representação de parturientes acerca da dor de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 100-109.
- Epstein, R. (2011). El relato y la realidad. In M. Vorchheimer, (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: relatos de la clínica*. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Ferrari, H. (2012). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico. *Revista Propiedad de La Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 34(1), 87-96.
- Gomes, A. G., Marin, A. H., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2015). Expectativas e sentimentos de gestantes solteiras em relação aos seus bebês. *Temas em Psicologia*, 23(2), 399-411.

- Haga, S. M., Lynne, A., Slinning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 458–466.
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). *Pais/bebê: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kerber, G. F. & Melere, C. (2017). Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1899-1906.
- Leite, M. G., Rodrigues, D., Sousa, A., Melo, L. P. T., & Fialho, A. V. M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: Revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 115-124.
- Lima, L. G. & Smeha, L. N. (2017). *Maternidade: A experiência de ter um bebê internado em unidade de terapia intensiva*. Dissertação de mestrado não publicada. Centro Universitário Franciscano. Santa Maria, RS.
- Maia, J. A., Pereira, L. A., & Menezes, F. A. (2015). Consequências do uso de drogas durante a gravidez. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2), 121-128.
- Mançú, T. S. & Almeida, O. S. C. (2016). Conhecimentos e sentimentos das gestantes diabéticas sobre a diabetes mellitus gestacional e tratamento. *Revista de Enfermagem*, 10(Supl. 3), 1474-82.
- Manente, M. V. & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e trabalho: Associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando Famílias*, 20(1), 83-98.
- Marchetti, D. & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginado? *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89.
- Oliveira, V. J., Madeira, A. M. F., & Penna, C. M. M. (2011). Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(1), 49-56.
- Pozzo, M., Brusati, V., & Cetin, I. (2010). Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in “high-risk” pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 149(1), 136-142.
- Prietsch, S. O., Chica, D. A., Cesar, J., & Sassi, R. A. M. (2011). Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: Prevalência e fatores associados. *Caderno Saúde Pública*, 27(10), 1906-1916.
- Quevedo, M. P. (2010). *Experiências, percepções e significados da maternidade para mulheres com gestação de alto risco*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF (Impr.)* 16(2), 215-225.
- Rodrigues, A. R. M., Dantas, S. L. da C., Pereira, A. M. M., Silveira, & M. A. M. Rodrigues, P. (2017). Gravidez de alto risco: Análise de determinantes de saúde. *Sanare, Sobral*, 16(Supl.01), 23-28.
- Santos, H. T. S., Oliveira, G. S., Soares, P. C. F., Araújo, W. A., Almeida, E. U. A., & Oliveira, M. M. L. R. (2015). Os malefícios do uso do tabaco na gestação e suas complicações no feto. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(Supl. 9), 9978-9982.
- Silva, F. B., Souza & L. Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: Discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19-34.
- Silveira, P., Tavares, C., & Marcondes, F. (2016). Suporte emocional às gestantes que convivem com doença crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 4*, 66-68.

- Souza, S. R. R. K. & Gualda, D. M. R. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 25(1), 1-9.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.
- Tacon, F. S. A., Tacon, K. C. B., & Amaral, W. N. (2017). Álcool e gravidez: Influência na morfologia fetal. *Revista Educação em Saúde*, 5(1), 81-88.
- Tachibana, M., Santos, L. S., & Duarte, M. (2006). O conflito entre o consciente e inconsciente na gravidez não planejada. *Psyche*, 10(19), 149-167.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357.
- Vieira, A. C. D. (2016). *“Foi sem querer! Por que os métodos contraceptivos não funcionam comigo?”: Um estudo psicanalítico sobre a dinâmica de engravidar e ter filhos*. Tese de doutorado não publicada. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, RJ.
- Zanatta, E. & Pereira, C. R. R. (2015). “Ele enxerga em ti o mundo”: A experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas em Psicologia*, 23(4), 959-972.

Endereço para correspondência

marinantoniuzzi@hotmail.com

Enviado em 01/06/2019

1ª revisão em 22/10/2019

Aceito em 18/12/2019