

LETICIA DOS ANJOS FARACO

**ANSIEDADE EM MULHERES GRÁVIDAS DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

SÃO PAULO

2023

LETICIA DOS ANJOS FARACO

**ANSIEDADE EM MULHERES GRÁVIDAS DURANTE A  
PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Alexandra Caldas Osório e coorientação da prof. Dra. Vera Mateus.

SÃO PAULO

2023

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Mackenzie com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F219a	Faraco, Leticia Dos Anjos. Ansiedade em grávidas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil : [recurso eletrônico] / Leticia dos Anjos Faraco. 1 KB ;  Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2023. Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Ana Alexandra Caldas Osório. Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Vera Mateus. Referências Bibliográficas: f. 37-44.  1. Pandemia. 2. Covid-19. 3. Saúde Mental. 4. Ansiedade. 5. Gravidez. I. Osório, Ana Alexandra Caldas, <i>orientador(a)</i> . II. Mateus, Vera, <i>coorientador(a)</i> . III. Título.
-------	---

Bibliotecário(a) Responsável: Marcela Da Silva Matos - CRB 8/10691

## Folha de Identificação da Agência de Financiamento

**Autor:** Leticia dos Anjos Faraco

**Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em** Distúrbios do Desenvolvimento

**Título do Trabalho:** Ansiedade em mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19

O presente trabalho foi realizado com o apoio de <sup>1</sup>:

- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- Instituto Presbiteriano Mackenzie/Isenção integral de Mensalidades e Taxas
- MACKPESQUISA - Fundo Mackenzie de Pesquisa
- Empresa/Indústria:
- Outro:

<sup>1</sup> **Observação:** caso tenha usufruído mais de um apoio ou benefício, selecione-os.

LETICIA DOS ANJOS FARACO

ANSIEDADE EM MULHERES GRÁVIDAS DURANTE A PANDEMIA DE  
COVID-19 NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Distúrbios do desenvolvimento, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Alexandra Caldas Osório e coorientação da Prof. Dra. Vera Mateus.

Aprovada em 3 de agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA



---

Prof. Dra. Ana Alexandra Caldas Osório  
Universidade Presbiteriana Mackenzie



---

Prof. Dra. Natália Becker  
Universidade Presbiteriana Mackenzie



---

Prof. Dra. Vera Lúcia Esteves Mateus  
Universidade de Coimbra

Signed by: Sara Figueiredo Cruz  
Identification number: 12923869  
Date: 2023.08.04 12:42:32 +0100

---

Prof. Dra. Sara Figueiredo Cruz  
Universidade de Edimburgo

## **AGRADECIMENTOS**

Esse trabalho é fruto de uma comunhão de esforços, incentivos, atenções, desapegos, renúncias, entendimentos, generosidades, por parte daqueles que se fizeram presentes e, por isso eu agradeço.

Agradeço às minhas orientadoras professoras Ana Osório e Vera Mateus, pelo tempo, paciência e generosidade.

Agradeço aos membros da banca, professoras Ana Mesquita e Natália Becker por terem aceitado o convite para compor a banca e pelas valiosas contribuições.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, à Daniele secretária do programa, e aos colegas do mestrado, um profundo reconhecimento.

À minha família, meus filhos Joaquim e Mário e meu marido Alexandre, pela compreensão.

À minha mãe Liane, pelo exemplo, ajuda e incentivo constantes.

“Não entendo. Isso é tão vasto que ultrapassa qualquer entender. Entender é sempre limitado. Mas não entender pode não ter fronteiras. Sinto que sou muito mais completa quando não entendo. Não entendo, mas não como um simples de espírito. O bom é ser inteligente e não entender. É uma benção estranha, como ter loucura sem ser doida. É um desinteresse manso, é uma doçura de burrice. Só de vez em quando vem a inquietação: quero entender um pouco. Não demais: mas pelo menos entender que não entendo.”

Clarisse Lispector

## RESUMO

Estudos internacionais têm reportado níveis mais elevados de ansiedade em mulheres grávidas no contexto da pandemia de COVID-19. O presente estudo teve por objetivo examinar as taxas de sintomas potencialmente clínicos de ansiedade generalizada em gestantes durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Além disso, foi avaliado o papel preditivo do nível educacional, estado civil e histórico de problemas de saúde mental. Também foi avaliado o trimestre gestacional e o número de óbitos e casos de COVID-19 por 100.000 habitantes no estado de residência da participante à data da resposta para os sintomas de ansiedade. A amostra foi composta por 294 gestantes, entre 19 e 41 anos de idade, que se encontravam principalmente no terceiro trimestre gestacional (44.9%). Foi administrado o Questionário de Ansiedade Generalizada (GAD-7) para avaliar a sintomatologia de ansiedade generalizada e um questionário para a coleta de dados sociodemográficos, da gestação e também o histórico de problemas de saúde mental das participantes. O preenchimento dos questionários foi realizado exclusivamente online, entre julho de 2020 e fevereiro de 2021. Os resultados mostraram níveis clinicamente significativos de ansiedade moderada a grave ( $GAD-7 \geq 10$ ) em 33,3% ( $n = 98$ ) dos casos. No que se refere aos preditores analisados, somente o histórico de problemas de saúde mental foi um preditor de risco significativo. As gestantes com esse histórico exibiram aproximadamente duas vezes mais ( $RC = 2.4, p = .001$ ) chances de desenvolver níveis potencialmente clínicos de sintomas de ansiedade generalizada durante a pandemia por COVID-19 no Brasil. Conclui-se que a pandemia teve um elevado impacto negativo na saúde mental de mulheres grávidas, especificamente nos níveis de ansiedade generalizada, principalmente em mulheres que apresentavam histórico relacionado a esses problemas. É de fundamental importância a implementação de políticas de saúde e cuidados pré-natais focados na saúde mental da mulher e identificação daquelas que possam estar em situação de maior risco para o sofrimento mental.

**Palavras-chave:** Pandemia. COVID-19. Saúde mental. Ansiedade. Gravidez.



## ABSTRACT

International studies have reported higher levels of anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic. The present study aimed to examine the rates of clinically significant symptoms of generalized anxiety in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Brazil. In addition, the predictive role of educational level, marital status, and history of mental health problems, as well as the gestational trimester and the number of COVID-19 confirmed cases and deaths, per 100,000 inhabitants, in the participant's state of residence at the time of their participation, for anxiety symptoms was also evaluated. The sample consisted of 294 pregnant women, aged between 19 and 41 years old, who were mainly in their third trimester of pregnancy (44.9%). The Generalized Anxiety Questionnaire (GAD-7) was administered to measure generalized anxiety symptoms and a questionnaire was used to collect information from the participant about sociodemographic data, their pregnancy, and history of mental health problems. The questionnaires were completed exclusively online, between July 2020 and February 2021. The results showed clinically significant symptoms of moderate to severe anxiety (GAD-7  $\geq 10$ ) in 33.3% (n = 98) of the cases. Regarding the predictors analyzed in this study, history of mental health problems was the only significant risk factor. Pregnant women with this history were approximately twice as likely (OR = 2.4, p = .001) to develop clinically significant levels of generalized anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in Brazil. It is concluded that the pandemic had a high negative impact on pregnant women mental health, especially in women who had a history related to these problems. It is of fundamental importance to implement health policies and prenatal care focused on women's mental health and the identification of those who may be at greater risk for mental suffering.

**Keywords:** COVID-19 pandemic. Mental health. Anxiety. Pregnancy.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1	Pandemia de SARS-COV-2 e risco obstétrico.....	10
1.2	Saúde mental materna – ansiedade durante a gravidez.....	13
1.3	Dados sobre a prevalência da ansiedade em gestantes no Brasil.....	19
1.4	Ansiedade em mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19.....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	24
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
3.1	Participantes.....	25
3.2	Instrumentos.....	27
3.3	Procedimento.....	28
3.4	Análise dos dados.....	28
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	30
	Tabela 1.....	26/27
	Tabela 2.....	30
	Tabela 3.....	31
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	32
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	39
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Pandemia de SARS-COV-2 e risco obstétrico

A doença causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), uma doença infecciosa com desfecho potencialmente grave, cuja comunidade científica acredita ter se originado na cidade de Wuhan, na China, ao final do ano de 2019, apresentou alta transmissibilidade e rapidamente se espalhou pelo mundo (OPAS, 2022). Foi declarada como pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As medidas implementadas para lidar com a situação de pandemia trouxeram mudanças significativas na rotina da população. As pessoas ficaram isoladas de sua comunidade, dos amigos e até mesmo de seus próprios familiares. De uma hora para outra escolas foram fechadas, creches, escritórios, indústrias, lojas, clubes, locais de lazer, restaurantes, e muitos outros, permanecendo em funcionamento apenas serviços essenciais, e mesmo assim, com restrições. Uma mudança tão repentina e imprevisível, não poderia acontecer sem deixar marcas profundas na sociedade. O desconhecimento sobre o vírus, as mortes provocadas por ele, o colapso dos sistemas de saúde, o impacto econômico e a insegurança financeira geraram grande estresse, mesmo nas pessoas mais resilientes (KWONG et al, 2020; BARROS et al, 2020).

O isolamento e o distanciamento social, consequência das medidas restritivas necessárias para conter a propagação do vírus, provocaram na população, um aumento de sentimentos negativos e perturbações de saúde mental durante a pandemia. Segundo Sun e colaboradores (2020), mitos e desinformação sobre o vírus, alimentando medos e preocupações, juntamente com o desligamento de infraestruturas, desencadeiam uma série de respostas de estresse emocional incluindo ansiedade e outras emoções negativas. Dados provenientes do histórico de surtos de infecções passadas, sugerem que algumas reações emocionais comuns como insônia, estresse, ansiedade, depressão e sintomas de síndrome do estresse pós-traumático, observadas durante emergências sanitárias, podem persistir por meses, mesmo após o término do estado de emergência (ROGER et al, 2020). Isso tudo somado, torna ainda mais complexo o problema a ser enfrentado, em termos de saúde pública.

Entretanto, apesar da sensação de insegurança e medo terem atingido a sociedade de modo generalizado, devemos ressaltar que existem grupos específicos mais suscetíveis ao sofrimento mental, de acordo com as circunstâncias a que estão expostos (CAMPOS

et al, 2020; SHOREY, NG, CHEE, 2021). Entre os grupos de risco conhecidos encontram-se as mulheres grávidas.

No Brasil o primeiro caso de COVID-19 foi detectado em fevereiro de 2020, em São Paulo, com rápida ascensão no número de casos (OMS, 2020). Ao final do mês de maio a OMS declarou a América do Sul como epicentro da pandemia. Na metade do ano de 2020 começaram a sair notícias, ainda incipientes, com base em informações médicas ou em artigos publicados, sobre a morte de gestantes e puérperas por COVID-19 no Brasil e em outros países (FRANSCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021; GURZENDA; CASTRO, 2021). No começo já se podia observar que o agravamento da doença causada pelo vírus se dava em pessoas com mais de 60 anos e/ou com comorbidades, mas ainda não havia clareza sobre o aumento do risco de morbidade em grávidas, como ocorreu, por exemplo, com a Síndrome respiratória aguda grave (SARS) e a Síndrome respiratória do oriente médio (MERS), outras doenças causadas por vírus respiratórios da família dos coronavírus (WENLING et al, 2020; MASCIO et al, 2020). Entretanto, aos poucos foi ficando claro que a gestação era de fato um fator de risco, com potencial para agravamento da doença e inclusive morte (ARTHURS; KARASOULOS; ROBERTS, 2021; ELLINGTON, 2020; NAKAMURA-PEREIRA et al, 2020). Na mesma época, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) começaram a alertar sobre a possibilidade de gestantes e puérperas evoluírem para formas graves da doença, com necessidade de internação, ventilação mecânica e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), somando-se a maior probabilidade da ocorrência de partos prematuros e morte fetal (ARTHURS; KARASOULOS; ROBERTS, 2021; ELLINGTON, 2020). A pesquisa de Nakamura-Pereira et al (2020) sobre a mortalidade materna relacionada à COVID-19, abrangeu o período do início da pandemia, entre dezembro de 2019 e julho de 2020, e mostrou que seis países já haviam registrado a perda de gestantes para a COVID-19 neste período. Entre estes países, três são considerados de alta renda (França, Reino Unido e EUA) e três de renda média (Brasil, México e Irã). O número total de mortes informado foi de 160, sendo que 22 ocorreram em países de alta renda e 138 em países de renda média, e entre estes, o Brasil representava 77.5% ( $n = 124$ ) do total de mortes maternas. Pouco se sabe sobre a história natural da gestação após a gestante ter se recuperado da infecção por COVID-19. Dentro do período gestacional, o segundo e terceiro trimestres se mostraram, até o momento, os mais sensíveis (BADR et al, 2016; WENLING et al, 2020), provavelmente devido às mudanças fisiológicas, anatômicas, morfológicas e do sistema autoimune que ocorrem gradativamente na gestante para

possibilitar e acomodar o crescimento do feto, considerando que essas mudanças se intensificam a partir do segundo trimestre. Um estudo de coorte retrospectivo multicêntrico, realizado por Badr e colaboradores (2021), mediu a prevalência de resultados obstétricos e neonatais em pacientes gestantes infectadas com COVID-19 e examinou os efeitos da infecção dependendo do trimestre gestacional. Para tanto, reuniu-se dados de 10.925 gestantes, em quatro hospitais escola europeus, de fevereiro a novembro de 2020, sendo que, um total de 393 gestantes testaram positivo para COVID-19. Constatou-se que a infecção materna por COVID-19 no segundo trimestre de gravidez esteve associada ao risco aumentado de complicações obstétricas adversas, já a infecção materna no terceiro trimestre gestacional esteve relacionada ao risco aumentado de resultados neonatais adversos. As complicações obstétricas adversas na mãe foram definidas como: parto prematuro (<37 semanas de gestação), pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, baixa contagem de plaquetas), cesariana não programada, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, perda gestacional em <24 semanas, morte fetal intrauterina (>24 semanas de gestação) ou morte materna. Os resultados obstétricos adversos no bebê foram definidos como: baixo peso ao nascer (<2.500 g), admissão em unidade de terapia intensiva neonatal, pontuação de APGAR <7 aos 5 minutos de vida, dificuldade respiratória ou morte neonatal (BADR et al, 2020).

Pouco mais de um ano após a divulgação das primeiras informações, a mortalidade materna decorrente da COVID-19 foi matéria de destaque do Boletim Observatório COVID-19 (2021) divulgado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sobre dados correspondentes ao mês de maio de 2021. De acordo com os dados divulgados neste boletim, as gestantes e puérperas brasileiras eram citadas como um grupo de grande preocupação, diante da evolução acentuada nos níveis de morte perinatal. Consta nesse relatório que, dentro do grupo de países analisados, o Brasil aparece com o recorde do país com os maiores números de óbitos, com expressiva alta em comparação com o ano anterior (2020). Uma comparação de dados realizada entre os anos de 2020 e 2021, por Francisco, Lacerda e Rodrigues do Observatório Obstétrico Brasileiro (2021), mostrou que o número de mortes maternas aumentou de 10,1 por semana em 2020 para 33,8 mortes por semana em 2021. Isso representa um aumento de 233.8% do número de óbitos por semana em gestantes e puérperas, valor muito superior ao observado na população geral cujo aumento foi de 97% no período comparado. Em uma atualização acerca da pandemia nas Américas, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2022) informou

que, entre janeiro e abril de 2021, houve um aumento importante de casos e óbitos em gestantes e puérperas por Covid-19 em 12 países. O Brasil figurava com o maior número de óbitos e uma taxa de letalidade de gestantes de 7.2%, ou seja, mais que o dobro da média da taxa de letalidade geral do país naquele momento, que era de 2.8%. Todos esses dados direcionam para a constatação da fragilidade e precariedade dos serviços obstétricos no Brasil de modo geral, mais ainda, se levarmos em consideração os aspectos econômicos e sociodemográficos (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021; GURZENDA; CASTRO, 2021). Pode-se inferir, a partir destes dados, a gravidade da situação da gestante no Brasil, durante o período crítico da pandemia de COVID-19.

## **1.2 Saúde mental materna – ansiedade durante a gravidez**

A emergência de problemas de saúde mental é frequentemente reportada durante a gravidez, sendo a ansiedade e a depressão os dois tipos mais comuns de morbidade a afetar as mulheres durante a gravidez e o puerpério (DENNIS, 2017; FAWCETT, 2019; LEE, 2007). Os dados referentes ao acometimento de transtornos de ansiedade na população gestante são consistentes com os dados referentes na população adulta feminina em idade reprodutiva. Segundo Bandelow e Michaelis (2005), os transtornos de ansiedade são a classe de doenças psiquiátricas mais presentes na população em geral e levantamentos epidemiológicos (KESSER et al, 2005) apontam que um terço da população pode, em algum momento ao longo do curso de sua vida, desenvolver um transtorno dessa espécie, sendo a população feminina atingida com maior frequência em uma proporção estimada de 2:1 (DSM-5, 2013). Evidências levantadas em estudos epidemiológicos, abrangendo tanto grupos de mulheres gestantes quanto grupos de mulheres adultas não gestantes, apontam que os transtornos de ansiedade possuem uma alta taxa de comorbidade entre si, bem como com outros transtornos mentais, especialmente com a depressão (BAYRAMPOUR; TOMFOHR; TOUGH, 2016; FIELD et al, 2010; KESSLER et al, 2005), e são mais comuns que os transtornos de humor, transtornos por uso de substâncias e os transtornos de controle dos impulsos (KESSLER et al, 2005). Segundo Merikangas (2005), os principais fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de um transtorno de ansiedade são: sexo feminino, temperamento inibido ou ansioso, sensibilidade à ansiedade, ansiedade ou transtorno de humor parental, reflexo de sobressalto e reatividade aumentados. As altas taxas de ansiedade entre filhos

de pais com ansiedade sugerem que pode haver vulnerabilidade psicológica e biológica subjacente para transtornos de ansiedade em geral (MERIKANGAS, 2005).

Os transtornos ansiosos caracterizam-se por compartilhar traços de ansiedade, medo excessivo e distúrbios comportamentais relacionados. Em seu influente livro sobre os transtornos da ansiedade, Barlow (2020, p.125) descreve a ansiedade como “muito mais que um tipo específico de transtorno. É uma emoção tão envolvida com a psicopatologia, que nossa discussão explora sua natureza geral, tanto biológica quanto psicológica”. Segundo o autor, além dos fatores psicológicos e biológicos, também existe um terceiro fator que interage com estes e contribui para a manifestação da ansiedade e dos transtornos relacionados, seria o fator social:

acontecimentos estressantes desencadeiam vulnerabilidades biológicas e psicológicas para a ansiedade. Em sua maioria esses fatos são sociais e interpessoais por natureza – casamento, divórcio, dificuldades no trabalho, pressões para se destacar na escola, morte de um ente querido e assim por diante. (Barlow, 2020, p.131).

Barlow considera que o medo seria uma emoção diferente em certo aspecto, porém claramente relacionada à ansiedade. Esses dois estados podem se sobrepor, mas cada um tem sua especificidade. Entende-se que nos transtornos ansiosos ocorreria uma desregulação do medo.

Para efeitos de esclarecimento, no presente estudo será utilizada a definição de ansiedade de Beck e Clark (2012), começando pela necessária diferenciação entre medo e ansiedade, onde o medo seria uma resposta emocional a situações reais, imediatas e presentes, enquanto a ansiedade seria uma forma de antecipação que envolveria uma ameaça futura. Segundo esses autores: “o medo é um estado neurofisiológico, automático, primitivo, de alarme, envolvendo a avaliação cognitiva de ameaça ou perigo iminente à segurança e integridade de um indivíduo.” (BECK; CLARK, 2012, p.17). Por sua vez, a ansiedade é definida como:

um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é modo de ameaça) que é ativado quando eventos e circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo. (BECK; CLARK, 2012, p.17).

Os transtornos de ansiedade diferem da ansiedade e do medo, normalmente presentes ao longo do curso normal de desenvolvimento, por serem excessivos, desproporcionais, ou persistirem para além do período considerado apropriado (em geral durante 6 meses ou mais) para manifestação dos mesmos (DSM-5, p.189). O estabelecimento do

diagnóstico de um transtorno de ansiedade é essencialmente clínico. Com o intuito de ajudar na formulação do diagnóstico desses transtornos, o DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fornece escalas utilizando o mesmo modelo, porém com foco diferente, de acordo com o transtorno específico, para classificação de diferentes sintomas relacionados a aspectos físicos, comportamentais e de ideação cognitiva. Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada. Assim, embora tendam a ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associados (DSM-5, p.189). De acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-5 (2013), os transtornos de ansiedade dividem-se em: Transtorno de ansiedade de separação, Mutismo seletivo, Fobia específica, Transtorno de ansiedade social (Fobia social), Transtorno do pânico, Agorafobia, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, Transtorno de ansiedade induzido por outra condição médica, Transtorno de ansiedade com outra especificação e Transtorno de ansiedade sem outra especificação.

Embora não esteja incluída no DSM, a ansiedade ligada a gravidez, tem sido reportada em alguns trabalhos na literatura como uma entidade distinta. Apesar de não haver ainda um consenso entre os pesquisadores da área, alguns estudos classificam esse tipo de ansiedade como ligada especificamente ao período gestacional, envolvendo sintomas relacionados à maternidade e ao nascimento e saúde do futuro bebê (FAWCETT et al, 2019; FIELD et al, 2017). Uma ideia que persiste nessa linha de estudo é de que a expressão de um transtorno afetivo pode assumir uma forma particular ou requerer uma avaliação particular em situações específicas, o construto da ansiedade relacionada à gravidez seria um exemplo disso. Os achados do estudo de Blackmore et al (2016), replicam e estendem trabalhos anteriores ao demonstrar que esse tipo de ansiedade poderia predizer o peso e a idade gestacional ao nascimento, e seria também um preditor de um distúrbio clínico materno pós-natal (BAYRAMPOUR; TOMFOHR; TOUGH, 2016; MARTINI et al, 2010).

Estudos que se propõem a investigar sintomas de ansiedade em mulheres gestantes, trazem dados de prevalência que variam entre si, de acordo com a metodologia de investigação (escala e ponto de corte utilizados, severidade dos sintomas de ansiedade, critério diagnóstico), o tamanho da amostra e o país do estudo. Conforme Balbuena et al (2018), os transtornos de ansiedade possuem a maior taxa de prevalência entre as doenças



de saúde mental durante o período reprodutivo feminino. Entretanto, a maior parte dos estudos sobre o tema foi realizada com amostras pequenas, populações clínicas e desenhos retrospectivos. Tendo em vista que os níveis de ansiedade podem variar durante o período gestacional, conduzir estudos longitudinais ajudaria a entender a flutuação dos sintomas de ansiedade, sua severidade e evolução. Para tanto, Balbuena et al (2018) realizaram um estudo longitudinal com o objetivo de avaliar a incidência e prevalência da ansiedade durante a gravidez em uma amostra de 385 gestantes, que recebiam cuidados pré-natais no Hospital Universitário Central de Astúrias na Espanha, avaliadas ao longo dos três trimestres de gestação com o uso do Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada - GAD-7 (SPITZER et al, 2006). Os resultados do primeiro trimestre da primeira avaliação revelaram uma taxa de prevalência dos sintomas de ansiedade de 19.5%, no segundo trimestre - na segunda mensuração a taxa foi de 16.8% e no terceiro trimestre - na terceira e última mensuração a taxa foi de 17.2%. Os pesquisadores ressaltam que os dados quantitativos levantados confirmam a presença de níveis elevados de sintomas de ansiedade em todos os três trimestres da gravidez, respondendo a múltiplos fatores, que por sua vez, interagem entre si fluindo ao longo do tempo. O achado mais relevante desse estudo seriam os fatores relacionados aos eventos de vida estressantes, que foram os preditores que melhor explicaram a variância associada à ansiedade nos três trimestres de gravidez (BALBUENA et al, 2018).

De acordo com a literatura, os níveis de ansiedade parecem ser maiores no 1º e 3º trimestres, quando comparado com o 2º trimestre de gravidez (LEE et al, 2007; TEIXEIRA et al, 2009). Um padrão não linear de ansiedade tem sido apontado, sendo o 1º e 3º trimestres de gravidez identificados como períodos de maior risco. Deste modo, os sintomas de ansiedade parecem seguir um padrão de U durante a gravidez, sendo maior no primeiro trimestre, registrando um decréscimo no segundo e retornando a curva ascendente no terceiro (LEE et al, 2007).

Em uma meta análise conduzida por Fawcett et al (2019), 20.7% das mulheres investigadas no período pré-natal e pós-parto apresentaram sintomas que cumpriam o diagnóstico para, ao menos, um tipo de transtorno de ansiedade. As taxas de prevalência de sintomas mostraram-se levemente mais elevadas durante o período pré-natal em comparação com o pós-parto. A conclusão desse estudo aponta uma prevalência maior de transtornos de ansiedade em gestantes do que em puérperas, porém chama a atenção para o fato de que a disparidade das taxas de prevalência no período anterior e posterior ao parto apontam valores menores do que se esperava. Segundo os autores, a taxa de

prevalência dos quadros de ansiedade no pós-parto pode ser mais alta do que se acreditava anteriormente. Esses dados alertam para a importância da detecção e tratamento precoce desses casos, pois os estudos indicam que, em muitos casos, eles não tendem a remitir de forma espontânea (FAWCETT et al, 2019; LEE et al, 2007). Além dos sintomas de ansiedade durante o período gestacional terem sido preditores de ansiedade no pós-parto, estão também associados a um aumento substancial da probabilidade de depressão pós-parto (BAYRAMPOUR; TOMFOHR; TOUGH, 2016; HERON et al, 2004; SUTTER et al, 2004). Deste modo, a triagem de sintomas de ansiedade em gestantes é importante por vários motivos. Primeiro, a detecção desses casos possibilita o tratamento precoce e adequado dos transtornos ligados a ansiedade. Segundo, é uma oportunidade para a prevenção do desenvolvimento de uma condição secundária, e portanto, também previne o agravamento do quadro. E terceiro, a promoção da saúde mental, mesmo que não envolva necessariamente um transtorno clínico estabelecido, gera benefícios diretos a gestante e sua prole.

Dentre os fatores de risco investigados como preditores dos sintomas de ansiedade pré-natal estão características individuais, sociodemográficas, médico-obstétricas e eventos estressantes de vida (BIAGGI et al, 2016). Segundo Biaggi et al, fatores como falta de companheiro ou suporte social, histórico de violência doméstica, história pessoal de doença mental, alta percepção de estresse e eventos adversos na vida, além de gravidez indesejada, perda, ou complicações na gravidez, estão intimamente associados à ansiedade pré-natal.

Em relação aos fatores individuais, o histórico de saúde mental da mulher é considerado um forte preditor dos sintomas de ansiedade gestacional (MARTINI et al, 2015; DAVIS; NARAYAN, 2020; TAUQEER et al, 2023). As mulheres grávidas, com histórico de adversidades e problemas de saúde mental, podem experimentar mais riscos de desenvolverem ou agravarem os sintomas de um transtorno de saúde mental durante a gestação quando comparadas com mulheres sem esse histórico. A saúde mental e o bem-estar materno durante o período gestacional, representam um elo importante com as experiências pregressas da mulher (MARTINI et al, 2015).

No tocante aos aspectos sociodemográficos, Merikangas (2005) salienta que as taxas de transtornos de ansiedade, em geral, são maiores entre indivíduos com status socioeconômico mais baixo. Entre as razões para tal, sinalizam-se as diferenças em relação a exposição a agentes estressores como possíveis explicações. Consistente com este argumento, estudos anteriores (GLAZIER et al, 2004; BIAGGI et al, 2015;

HEYNINGEN et al, 2017) verificaram que o sofrimento emocional na gestação estava relacionado, entre outros fatores, à baixa escolaridade e baixa renda familiar. Acredita-se que mulheres em condição de vulnerabilidade social, podem ser menos capazes de mobilizar apoio do meio em que vivem, quando confrontadas com pressões financeiras, mudanças significativas na vida e conflito ou abuso do parceiro. Seguindo esta mesma linha, a revisão sistemática de Fisher et al (2012) analisou treze artigos, abrangendo países de renda alta, média e baixa, e forneceram informações sobre os transtornos mentais em mulheres grávidas. A prevalência média dos sintomas de ansiedade gestacional ficou em 15.9, com diferenças significativas em função da renda do país. Apontam também, diferenças nas estimativas baseadas em autorrelato em comparação a avaliação diagnóstica. Conforme este estudo, alguns fatores podem aumentar o risco de se desenvolver um transtorno mental perinatal, nomeadamente a desvantagem social e econômica, histórico de doença mental, problemas de saúde associados, falta de suporte social, violência doméstica e relacionamento conflituoso com o parceiro (FAISAL et al, 2004; FISHER et al, 2010; HANLON et al, 2009; PATEL et al, 2002). É interessante ressaltar que, segundo Fisher et al, mesmo em uma situação menos favorecida, a vantagem social e econômica relativa parece protetora. Deste modo, o risco de um transtorno mental perinatal foi menor entre as mulheres com mais escolaridade, um emprego permanente e um parceiro empregado, e ainda entre aquelas pertencentes à maioria étnica. Os autores apontam que a escassez de dados provenientes dos países de renda média e baixa prejudicam o conhecimento acerca do assunto, e enfatizam a necessidade de mais pesquisas com evidências de alta qualidade (FISHER et al, 2012). Em conformidade ao argumento de Fisher, sobre o aspecto da desigualdade socioeconômica e sociodemográfica, Dennis et al (2017) realizaram uma ampla revisão sistemática sobre o tema. Foram incluídos 102 estudos abrangendo um total de 221.974 participantes de 34 países, e verificaram que a prevalência de ansiedade pré-natal, durante os três trimestres avaliados, é substancialmente maior em países de renda média ou baixa quando comparados aos países de alta renda, ficando em 34.4% (avaliados em 13 estudos,  $n = 5.089$ ) e 19.4% (39 estudos,  $n = 137.744$ ), respectivamente. A maioria dos estudos avaliados neste trabalho utilizou o instrumento de autorrelato State-Trait Anxiety Inventory (SPIELBERGER et al, 1983) para medir os sintomas de ansiedade e/ou traços de ansiedade. Os pesquisadores partem da consideração de que os determinantes genéticos e neurobiológicos são possivelmente distribuídos de modo homogêneo entre todas as mulheres e são importantes fatores etiológicos. Entretanto, mesmo levando em

consideração estes determinantes, a distribuição da ansiedade ainda pode ser diferente entre as culturas o que suporta a hipótese das influências ambientais na etiologia da ansiedade perinatal, o que também justifica as discrepâncias nas taxas entre países de renda alta, média e baixa. Há também evidências crescentes de que muitos fatores de risco para doenças mentais perinatais em países de baixa e média renda, podem ser influenciados por condições que estariam além do controle da mulher. Esses fatores de risco envolvem questões baseadas em diferenças e desigualdades de gênero como o preconceito contra a mulher, as tarefas domésticas, os papéis de cuidados infantis e o excesso de carga de trabalho não remunerado (DENNIS et al, 2017).

### **1.3 Dados sobre a prevalência da ansiedade em gestantes no Brasil**

Especificamente em relação ao Brasil, nota-se a escassez de pesquisas abordando essa temática. Dados relativos à prevalência dos sintomas de ansiedade na gravidez são raros, enquanto os estudos examinando sintomas depressivos são mais frequentes, e mais atenção tem sido dada à saúde mental da mulher no pós-parto (vs. gestação). Para determinar a prevalência de prováveis transtornos psiquiátricos durante a gravidez e os fatores sociodemográficos associados, Almeida et al (2012) utilizaram o instrumento The Primary Care Evaluation of Mental Disorders - PRIME-MD (SPITZER et al, 1994). A amostra foi composta por 712 gestantes, de 18 unidades básicas de saúde no sul do Brasil. Sintomas que preenchem critério para o Transtorno de Ansiedade Generalizada foram observados em 19.8% da amostra. Um outro trabalho encontrado foi um estudo intitulado: “Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes atendidas na atenção básica”, foi realizado por Costa et al (2018) com 300 gestantes, atendidas em unidades básicas de saúde da região metropolitana de São Paulo, na faixa etária de 18 a 39 anos, no segundo e terceiro trimestres gestacionais. Os pesquisadores utilizaram o instrumento PRIME-MD (SPITZER et al, 1994) para mensurar as taxas de sintomas sugestivos de transtornos mentais, sendo encontrados sintomas de ansiedade generalizada em 19.3% das gestantes. Por fim, temos o estudo conduzido por Pabon et al (2020) na maternidade da Universidade de Campinas. Foi realizada uma pesquisa transversal, em um ambulatório de risco para gestantes (p. ex. obesidade, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão), sendo que 2/3 das gestantes participantes da pesquisa possuíam ao menos um condição de risco. O estudo apresenta resultados relevantes sobre o impacto que um diagnóstico clínico de uma condição de

risco físico, pode ter na saúde mental e no funcionamento geral de uma mulher gestante. Os dados da amostra foram coletados por meio de questionários e entrevistas de 533 mulheres com 28 semanas de gestação ou mais. O questionário GAD-7 (SPITZER et al, 2006) foi usado para avaliar sintomas de ansiedade generalizada. Os resultados indicaram que 29.9% da amostra pontuou 10 ou mais pontos, o que significa elevado risco para sintomas moderados a severos de ansiedade generalizada. Os principais resultados desse estudo revelaram elevada taxa de sintomas de ansiedade, depressão, funcionamento prejudicado e uso de substâncias (definidas como: tabaco, álcool, cannabis, inalantes, sedativos, alucinógenos, opioides e drogas injetáveis) durante o período gestacional das mulheres participantes.

#### **1.4 Ansiedade em mulheres grávidas durante a pandemia de COVID-19**

Se as grávidas já se encontram em vulnerabilidade em condições normais de gestação, pode-se inferir que em um período de exceção, como o de uma pandemia, essa situação se agrave, deixando-as ainda mais vulneráveis a um sofrimento mental elevado. Para Thapa e colaboradores (2020), é de se esperar que as mulheres grávidas sejam mais vulneráveis a problemas de saúde mental durante a pandemia de COVID-19, pois já se encontram em uma situação especial. Condições como estresse extremo, situações de emergência, conflitos e desastres naturais, podem aumentar os riscos de morbidade da saúde mental perinatal (DEMISSIE; BITTEW, 2021). Especificamente durante a pandemia de COVID-19, para além dos receios advindos do medo da contaminação (incluindo os impactos para o feto) e da desinformação generalizada, as medidas para o enfrentamento da doença poderão ter exacerbado os sentimentos de isolamento e a falta de apoio humano presencial, bem como levado à alterações no acompanhamento médico durante a gravidez e nos planos de parto (SALEHI et al, 2020). Além disso, os números crescentes de casos e óbitos relacionados a COVID-19, também podem ter influenciado o aumento de desfechos emocionais negativos em gestantes e puérperas (MESQUITA et al, 2023; MOYER et al, 2020). Portanto, torna-se particularmente desafiador examinar as experiências desse grupo populacional durante o período pandêmico.

Estudos prévios realizados principalmente em países de renda alta e média da Europa e Ásia apontam um aumento de sintomas de ansiedade e outros problemas psicológicos em gestantes durante a pandemia (DEMISSIE; BITEW, 2021; LEBEL et al, 2020; MATEUS et al, 2022; SUN et al, 2020; YAN et al, 2020). De acordo com uma meta-

análise conduzida por Sun et al (2020), em que foram analisados 15 estudos envolvendo 11.187 mulheres grávidas e puérperas, 34% apresentaram sintomas significativos de ansiedade. Em um outro estudo, realizado no Canadá em abril de 2020 (LEBEL et al, 2020), 1.987 participantes gestantes foram avaliadas por meio de questionários, entre eles o PROMIS (CELLA et al, 2010), sintomas de ansiedade especificamente ligados à gestação foram relatados em 21.1% dos casos. A meta-análise conduzida por Demissie e Bitew (2021), selecionou 16 estudos, com uma amostra de 16.627 mulheres gestantes ou lactantes, para analisar a prevalência da taxa de ansiedade durante a pandemia, sendo que essa taxa ficou em 33%. Outra meta-análise realizada por Yan et al (2020), abrangendo 13 estudos com 10.424 mulheres gestantes, mostrou uma taxa de prevalência de sintomas ansiosos de 37% entre as participantes dos estudos. Finalmente, temos a pesquisa de Mateus et al (2022) que analisou as taxas de sintomas ansiosos de 7265 mulheres, grávidas e puérperas, e realizou comparações entre os países envolvidos (Brasil, Chile, Chipre, Espanha, Grécia, Israel, Portugal, Reino Unido e Turquia) e com dados pré-pandêmicos. O estudo mostrou uma taxa geral de prevalência dos sintomas clinicamente significativos de ansiedade generalizada de 20% em gestantes, avaliadas pelo instrumento GAD-7 (SPITZER et al, 2006). O estudo mostrou ainda, diferenças significativas entre os países, sendo que entre as mulheres grávidas, aquelas que viviam no Brasil, Chile e Espanha foram mais propensas a relatar sintomas clinicamente significativos de ansiedade do que aquelas que viviam em Chipre, Grécia, Israel, Portugal e Turquia. Segundo os autores, essa variabilidade nos resultados entre os países, é um fator importante a ser considerado dada a dimensão global da pandemia de COVID-19. A saúde mental perinatal parece ter sido afetada de forma diferente, dependendo do país de residência das mulheres, das medidas e restrições impostas pelo governo e de como suas experiências e cuidados pré-natais foram impactados durante este período (MATEUS et al, 2022).

Como podemos observar, os resultados desses estudos sugerem que a pandemia de COVID-19 gerou um grave impacto na saúde mental das mulheres grávidas, dado que nos remete a importância de se aprofundar o conhecimento sobre o que ocorreu com esse grupo no Brasil.

Os cuidados de saúde pública nos países de alta renda são uma prioridade para seus gestores, com metas claras de desenvolvimento e aprimoramento de serviços de saúde distintos. Esta situação é diferente nos países de baixa e média renda, como o Brasil (BOUSQUAT et al, 2019; FISHER et al, 2012), que têm que lidar com questões sociais

mais diversas e complexas, ainda mais se levarmos em conta o tamanho continental do país e o momento de profunda crise na saúde pública trazido pela pandemia. E apesar do fato do Brasil ter muitos problemas, ou talvez por isso mesmo, existe a necessidade de se atuar em várias frentes, e a saúde mental materna é uma delas, pois é inquestionável sua fragilidade nessa situação. Como nos diz Silva et al (2020, p.229):

em tempos de medo e incerteza, quando ameaças à própria sobrevivência e à dos outros tornam-se uma das principais questões da vida cotidiana, muitos acreditam que os cuidados com a saúde mental podem esperar e que os esforços devem se concentrar na preservação da vida. No entanto, saúde mental é precisamente uma das chaves para sobreviver a esta pandemia.

Mesmo sendo um importante assunto de saúde pública, a ansiedade experienciada pelas mulheres grávidas tem sido aparentemente negligenciada, tanto nas pesquisas, quanto nas políticas em saúde mental no Brasil. A extensão em que a saúde mental das gestantes brasileiras foi afetada pela pandemia é um tema a ser explorado, pois ainda não foi devidamente elucidado. Um dos poucos estudos realizados no Brasil foi o de Nomura et al (2021), uma análise secundária de uma pesquisa transversal multicêntrica realizada em 10 hospitais universitários públicos de 10 diferentes cidades, entre junho e agosto de 2020. Nessa pesquisa foi utilizado o inventário de ansiedade Beck - BAI (BECK et al, 1988) e um questionário estruturado sobre o conhecimento materno a respeito da COVID-19, aplicados após o parto e antes da alta médica, por médicos residentes treinados. Foram entrevistadas 763 mulheres e os resultados indicaram que 27.6% delas apresentaram resultados para ansiedade moderada ou grave ao final da gestação. Segundo esse estudo, as mães solteiras estavam em maior risco de experienciar sintomas de ansiedade, o que vai ao encontro de outras pesquisas cujos resultados ressaltam a importância do apoio social na gestação (GRUMI et al, 2021; RACINE et al, 2019). Embora alguns fatores predisponham ao aumento dos níveis de medo ou ansiedade em mulheres grávidas, existem outros fatores que podem ser considerados protetores, como: a autoconfiança das mães na prevenção contra a COVID-19, a segurança e o conhecimento sobre os cuidados com o bebê e a amamentação, e ainda, a companhia e o apoio de um parceiro (NOMURA et al, 2021). Outra importante pesquisa foi conduzida no país por Loret de Mola et al (2021), uma pesquisa longitudinal que realizou o acompanhamento, entre maio e julho de 2020, de uma coorte com 1.136 puérperas que deram à luz no município de Rio Grande (RS). As participantes responderam aos questionários de depressão pós-parto de Edimburgo - EPDS (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), o questionário de ansiedade

generalizada - GAD-7 (SPITZER et al, 2006) e o Impact of Event Scale - IES (SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010). Revelou-se que, mais de uma em cada quatro mães do estudo, apresentaram sintomas de ansiedade ou depressão e, aproximadamente metade das participantes apresentaram níveis moderados ou graves de estresse devido à pandemia de COVID-19. A pesquisa mostrou ainda, que os resultados encontrados podem potencialmente indicar sinais precoces de uma crise de saúde mental, evidenciada na população de mães estudadas e sugere que se realize o monitoramento contínuo do estado emocional das mães e seus filhos.

E, apesar das crescentes evidências do impacto deletério da pandemia de COVID-19 neste grupo demográfico, a prestação de cuidados de saúde mental perinatal no Brasil, continua a ser inconsistente e pouco eficaz face às reais necessidades dessa população. Diante de tantos desafios, e dado que o período gestacional é fortemente marcado pela necessidade do acesso e disponibilidade de recursos assistenciais para pré-natal, parto e puerpério, o Brasil ainda precisa superar muitas lacunas.



## 2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é examinar as taxas de sintomas potencialmente clínicos de ansiedade em gestantes brasileiras durante a pandemia de COVID-19. Além disso, também será avaliado o papel preditivo de variáveis relacionadas à mulher (nível educacional, estado civil e histórico de problemas de saúde mental), da mulher enquanto gestante (trimestre gestacional), e da mulher inserida no contexto pandêmico (número de óbitos e casos de COVID-19 por 100.000 habitantes no estado de residência à data da resposta) para os sintomas de ansiedade. Espera-se que, ter histórico de problemas de saúde mental, não estar em um relacionamento estável, ter baixo nível de escolaridade, e estar no primeiro ou terceiro trimestre gestacional, sejam fatores preditivos de níveis clinicamente significativos de ansiedade generalizada. Por fim, considerando que o Brasil foi largamente impactado pela pandemia, espera-se que uma pior situação epidemiológica no estado de residência da participante, em termos de número de casos confirmados e óbitos por COVID-19, também esteja associada a níveis mais elevados de sintomas de ansiedade.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Participantes:

A amostra do presente estudo é composta por 294 gestantes residentes no Brasil. Compõem a amostra mulheres com idade entre 19 e 41 anos ( $M = 31.3$ ,  $DP = 4.99$ ). Participaram do estudo mulheres de várias regiões do Brasil, com grande percentual de participantes da região sudeste, sendo que a maioria reside no estado de São Paulo ( $n = 152$ , 53.1%), seguido por Paraná ( $n = 34$ , 11.6%). A amostra é composta principalmente por participantes brancas ( $n = 225$ , 78.1%) e casadas ( $n = 215$ , 74.7%). A amostra tinha alto nível educacional, em que 120 participantes possuíam pós-graduação (41.7%) e 95 participantes (33%) possuíam nível superior completo. A maioria das gestantes encontrava-se no terceiro trimestre gestacional ( $n = 131$ , 44.9%). Além disso, 48.3% ( $n = 142$ ) das participantes reportaram ter histórico de problemas de saúde mental. As características sociodemográficas da amostra estão detalhadas na Tabela 1. Foram critérios de inclusão no estudo, ter idade igual ou superior a 18 anos, viver no Brasil, e estar grávida no momento da participação no estudo. Por fim, foram incluídas nas análises estatísticas apenas as participantes que completaram os questionários sobre os indicadores de saúde mental. Assim, de 458 gestantes que entraram no link do estudo, 164 casos foram excluídos por não completarem o questionário referente à variável de interesse (sintomas de ansiedade) para o presente estudo. A amostra foi selecionada por conveniência (mais informações em *Procedimento*).

Tabela 1. Características da amostra do estudo ( $n = 294$ )

	<b>GAD-7 <math>\geq 10</math></b> ( $n = 95$ )	<b>GAD-7 <math>&lt; 10</math></b> ( $n = 196$ )	<b>AMOSTRA TOTAL</b> ( $n = 294$ )
<b>Nível de escolaridade</b>			
Ensino fundamental	2 (2.1)	1 (0.5)	3 (1.0)
Ensino médio/curso técnico	10 (10.4)	21 (10.9)	31 (10.0)
Ensino superior incompleto	17 (17.7)	22 (11.2)	39 (13.5)
Ensino superior completo	32 (33.3)	63 (32.8)	95 (33.0)
Pós-graduação	35 (36.5)	85 (44.3)	120 (41.7)
<b>Estado civil</b>			
Casada	63 (65.6)	152 (79.2)	215 (74.7)
Namorando, noiva, união estável	29 (30.2)	35 (18.2)	64 (22.2)
Solteira	3 (3.1)	5 (2.6)	8 (2.8)
Separada ou divorciada	1 (1.0)	0	1 (0.3)
<b>Etnia/cor</b>			
Branca	78 (81.3)	147 (76.6)	225 (76.5)
Negra	3 (3.1)	6 (3.1)	9 (3.1)
Amarela	1 (1.0)	2 (1.0)	3 (1.0)
Parda	14 (14.6)	35 (18.2)	49 (17.0)
Indígena	2 (2.1)	2 (1.0)	2 (0.7)
<b>Histórico de problemas de saúde mental</b>			
Sim	61 (62.2)	81 (41.3)	142 (48.3)
Não	37 (37.8)	115 (58.7)	152 (51.7)
<b>Trimestre gestacional</b>			
1º trimestre	13 (13.3)	22 (11.3)	35 (12.0)
2º trimestre	45 (45.9)	81 (41.8)	126 (43.2)
3º trimestre	40 (40.8)	91 (46.9)	131 (44.9)
<b>Estado de residência</b>			
Paraná	13 (13.7)	21 (11.0)	34 (11.6)
Rio Grande do Sul	1 (1.1)	9 (4.7)	10 (3.4)
Santa Catarina	7 (7.4)	8 (4.2)	15 (5.1)
São Paulo	49 (51.6)	103 (53.9)	152 (51.7)
Rio de Janeiro	7 (7.4)	13 (6.8)	20 (6.8)
Minas Gerais	8 (8.4)	8 (4.2)	16 (5.4)
Espírito Santo	—	1 (0.5)	1 (0.3)
Goiás	2 (2.1)	5 (2.6)	7 (2.4)
Mato Grosso	1 (1.1)	1 (0.5)	2 (0.7)
Mato Grosso do Sul	1 (1.1)	1 (0.5)	2 (0.7)

Continua

Distrito Federal	1 (1.1)	6 (3.1)	7 (2.4)
Bahia	2 (2.1)	4 (2.1)	6 (2.0)
Ceará	–	2 (1.0)	2 (0.7)
Pernambuco	1 (1.1)	1 (0.5)	2 (0.7)
Sergipe	–	1 (0.5)	1 (0.3)
Amazonas	–	1 (0.5)	1 (0.3)
Pará	–	1 (0.5)	1 (0.3)
Rio Grande do Norte	–	1 (0.5)	1 (0.3)
Rondônia	1 (1.1)	1 (0.5)	2 (0.7)
Roraima	–	1 (0.5)	1 (0.3)
Tocantins	1 (1.1)	2 (1.0)	1 (0.3)

---

Conclusão

### 3.2 Instrumentos:

Foi utilizado o Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7; SPITZER et al, 2006). O GAD-7 é um questionário breve de autorrelato utilizado para triagem de sintomas de ansiedade generalizada. Mais especificamente, avalia a frequência com que a participante tem se incomodado com problemas como, por exemplo: “sentir-se nervosa, ansiosa ou muito tensa” ou “dificuldade para relaxar”, durante as últimas duas semanas. O questionário é composto por sete itens em que a resposta varia entre 0 e 3 pontos (0 = “nenhuma vez”; 1 = “vários dias”; 2 = “mais da metade dos dias”; 3 = “quase todos os dias”) (SPITZER et al, 2006). A pontuação total pode variar entre 0 e 21 pontos, sendo que, uma pontuação mais elevada indica maior severidade dos sintomas de ansiedade generalizada. À semelhança de outros estudos realizados durante a atual pandemia (ex: CELEUMANS et al, 2020), foi usado o ponto de corte  $\geq 10$  pontos para identificar casos com níveis potencialmente clínicos (moderados e severos) de ansiedade generalizada (SPITZER et al, 2006). Este questionário apresenta propriedades psicométricas adequadas e boa fidedignidade (Alfa de Cronbach = 0.92) na população brasileira (MORENO et al, 2016). Em nossa amostra, o Alfa de Cronbach também foi de 0.92.

As participantes também responderam a um Questionário Sociodemográfico com questões sobre: qual o seu estado de residência, idade, etnia, estado civil e escolaridade,

e também o histórico de problemas de saúde mental e trimestre gestacional. A variável histórico de problemas de saúde mental foi calculada com base na resposta da participantes aos seguintes itens: “Tem histórico de transtorno de humor e/ou ansiedade?”; “Em algum momento do seu passado, você recebeu tratamento para saúde mental?”; “Em algum momento do seu passado, você teve problemas de saúde mental, mas não foi tratada?”. Por fim, foi coletada informação sobre a situação epidemiológica do COVID-19 no estado de residência da gestante, na data da sua participação na pesquisa, com base nos números sobre a média móvel de casos confirmados e óbitos por COVID-19. Essa informação foi obtida a partir de dados compilados pela Universidade Johns Hopkins (EUA). Para cálculo do número de casos e óbitos por 100.000 habitantes, foi realizado o levantamento do número de habitantes no estado da participante, no ano de 2021, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### **3.3 procedimento:**

O presente estudo é parte de um projeto mais amplo, que decorreu online, sobre a saúde mental e experiências perinatais de grávidas e puérperas durante a pandemia de COVID-19, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (CAAE: 31155120.7.0000.0084). A pesquisa foi divulgada através das redes de contato pessoal dos pesquisadores e nas mídias sociais (Whatsapp, Facebook e Instagram), em páginas e grupos direcionados à temática da gestação, maternidade e pós-parto. O preenchimento dos questionários do projeto de pesquisa foi realizado exclusivamente online entre julho de 2020 e fevereiro de 2021, com duração aproximada de 45 minutos. Quando a participante acessava o website da pesquisa, era automaticamente apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com os objetivos e aspectos éticos da pesquisa. Em seguida, as participantes deveriam escolher uma de duas opções: participar ou não da pesquisa, e, em caso de aceitar participar da pesquisa, era liberado o acesso ao preenchimento dos questionários do estudo.

### **3.4 Análise dos dados:**

Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM Corp., 2017). Para efeitos de caracterização da amostra, foram calculadas as frequências e porcentagens para as variáveis categoriais e medidas de tendência central (média) e

variabilidade (mínimo, máximo, e desvio padrão) para as variáveis intervalares. Calculou-se a frequência e porcentagem de mulheres que pontuaram acima do ponto de corte para ansiedade ( $GAD-7 \geq 10$ ). Na sequência foi realizada uma regressão logística múltipla para prever níveis elevados de sintomas de ansiedade ( $GAD-7 \geq 10$ ). Foram incluídos no modelo de regressão os seguintes preditores: estado civil, escolaridade, trimestre gestacional e histórico de problemas de saúde mental. A partir dos dados levantados sobre a média móvel de casos e óbitos confirmados por COVID-19, por 100 mil habitantes, no estado de residência das participantes à data da resposta, foi usada uma regra de três simples para fazer o cálculo da variável número de casos/ óbitos por COVID-19 (no estado de residência da participante por 100 mil habitantes). As variáveis categóricas foram dicotomizadas de forma a refletir fatores de risco que têm sido apontados na literatura: baixa escolaridade, ser solteira, e ter histórico de problemas de saúde mental. A categoria relacionamento estável da variável relacionamento com parceiro/a incluiu as seguintes respostas: casada, namorando, noiva e união estável. Considerou-se o nível de significância  $p < .05$ , com intervalo de confiança de 95%.

## 4 RESULTADOS

O escore total do GAD-7 variou entre 0 e 21 pontos ( $M = 8.13$ ;  $DP = 5.75$ ), sendo que 33.3% das gestantes ( $n = 98$ ) reportaram níveis moderados a severos de sintomas de ansiedade generalizada ( $GAD-7 \geq 10$ ).

A Tabela 2 apresenta as medidas descritivas dos preditores analisados no modelo de regressão logística para prever os níveis clinicamente significativos de ansiedade generalizada (variável dicotômica do GAD-7). As variáveis dicotômicas analisadas foram: nível de escolaridade (ter ensino superior completo ou não ter ensino superior completo), relacionamento com um parceiro (estar em um relacionamento estável ou não estar em um relacionamento estável), histórico de problemas de saúde mental (sim ou não) e trimestre gestacional (1º/3º trimestres ou 2º trimestre). Por fim, foram analisadas as seguintes variáveis intervalares: número de casos de COVID-19 e número de óbitos por COVID-19, por 100 mil habitantes, no estado de residência da participante à data da resposta.

Tabela 2. Medidas descritivas dos preditores analisados no modelo de regressão

	<i>n</i> (%)	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	Min-Max
<b>Nível de escolaridade</b>			
Ensino superior completo	215 (74.7)	--	--
Não ter ensino superior completo	73 (25.5)	--	--
<b>Relacionamento com parceiro/a</b>			
Em um relacionamento estável	279 (96.9)	--	--
Sem um relacionamento estável	9 (3.1)	--	--
<b>Histórico de problemas de saúde mental</b>			
Sim	142 (48.3)	--	--
Não	152 (51.7)	--	--
<b>Trimestre gestacional</b>			
2º trimestre	126 (43.2)	--	--
1º ou 3º trimestre	166 (44.9)	--	--
<b>Situação epidemiológica COVID-19</b>			
Casos Covid-19 no estado de residência (por 100 mil habitantes)	--	14.79	4.42 – 87.53
Óbitos Covid-19 no estado de residência (por 100 mil habitantes)	--	0.26	0.00 – 2.00

Os resultados do modelo de regressão testado, com os intervalos de confiança (ICs) de 95%, constam na Tabela 3. No que se refere aos preditores analisados, somente o histórico de problemas de saúde mental foi um preditor de risco significativo para os sintomas de ansiedade gestacional mensurados pelo GAD-7. As gestantes com esse histórico exibiram aproximadamente duas vezes mais (RC = 2.4,  $p = .001$ ) chances de desenvolver níveis potencialmente clínicos de sintomas de ansiedade generalizada durante a pandemia por COVID-19 no Brasil, em comparação aquelas que não possuíam histórico para problemas de saúde mental. As variáveis restantes do modelo não se revelaram preditores significativos de níveis elevados de sintomas de ansiedade medidos pelo GAD-7.

Tabela 3. Modelo de regressão logística múltipla para predizer níveis clinicamente significativos de ansiedade generalizada ( $GAD-7 \geq 10$ )

	RC	IC 95%	P
Não ter ensino superior completo	1.33	0.74 – 2.35	.339
Não estar em um relacionamento estável	0.66	0.16 – 2.69	.560
Ter histórico de problemas de saúde mental	2.43	1.44 – 4.10	.001
Estar no 1º ou 3º trimestre gestacional	0.77	0.46 – 1.30	.334
Casos Covid-19 no estado de residência (por 100 mil habitantes)	1.00	0.98 – 1.02	.985
Óbitos Covid-19 no estado de residência (por 100 mil habitantes)	0.41	0.11 – 1.49	.175

Legenda: RC – razão de chances; IC – intervalo de confiança



## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo reportar as taxas de sintomas potencialmente clínicos de ansiedade generalizada em gestantes no Brasil durante a pandemia de COVID-19. Também procurou investigar possíveis preditores para a presença de tais níveis de sintomas ansiosos nas mulheres participantes. Nossa pesquisa visou contribuir, através do levantamento dessas informações, para uma melhor compreensão desse grupo particularmente vulnerável em meio a uma pandemia que impactou a todos. Desse modo, oferecemos dados sobre o estado psicológico das mulheres grávidas no Brasil durante o período pandêmico e disponibilizamos informações para se pensar em políticas públicas de prevenção e cuidado em relação a esse grupo populacional.

Em primeiro lugar, nossa amostra apresentou uma alta taxa de sintomas moderados a severos, com aproximadamente um terço das gestantes analisadas apresentando níveis potencialmente clínicos de ansiedade generalizada. Se compararmos com os dados de estudos realizados no Brasil antes da pandemia, podemos observar que houve um aumento nas taxas reportadas, por exemplo: as taxas de ansiedade reportadas nas pesquisas de Almeida et al (2012), ou na de Costa et al (2018), foram de 19.8% e 19.3%, respectivamente, o que significaria um aumento de 14%. Os dados dos estudos brasileiros no período pré-pandemia são similares aos dos estudos internacionais, como o de Fawcett et al (2019) que reportou uma taxa de 20.7% de sintomas de ansiedade em gestantes e puérperas. Desta forma, concluímos que a prevalência encontrada no presente estudo é superior às apresentadas por outros estudos brasileiros e internacionais, em uma época anterior à pandemia de COVID-19.

Em relação aos achados dos estudos realizados durante a pandemia, nossa pesquisa reportou taxas iguais ou superiores às de outros estudos (CELEUMANS et al, 2021 – 11%; DEMISSIE; BITEW, 2021 – 33%; LEBEL et al, 2020 – 21.1%; NOMURA et al, 2021 – 27.6%; SUN et al, 2020 – 34%). Entendemos que existem interações entre os múltiplos fatores de risco e que a variabilidade das taxas de ansiedade reportadas nas diferentes amostras desses estudos, pode ser explicada pelos seguintes fatores: a pandemia de COVID-19 e as diversas fases pelas quais ela evoluiu, o impacto das diferentes medidas de controle e prevenção da doença em cada região/ país, o suporte de saúde limitado (acarretando, entre outras coisas, mudanças no acompanhamento pré-natal e nos planos de parto), os aspectos socioeconômicos e as diferentes condições pré-existent das gestantes (MESQUITA et al, 2023; MOYER et al, 2020; MUNÕZ-VELA

et al, 2023). Não há dúvida que todos esses fatores tiveram o potencial de causar sofrimento mental nas grávidas, cada mulher possui suas próprias necessidades individuais, emocionais, de saúde, suporte ou assistência e que são impactadas por eventos como o de uma pandemia, afetando com maior ou menor intensidade o bem-estar dessa mulher. De acordo com Moyer et al (2020), a pandemia afetou profundamente a saúde mental das mulheres grávidas e fatores independentes da gravidez parecem estar interferindo na ansiedade própria da gravidez.

Relativamente ao segundo objetivo deste estudo, nossas hipóteses foram parcialmente confirmadas. Em relação aos determinantes individuais, o histórico prévio para problemas de saúde mental, já está bem estabelecido na literatura como um fator de risco para o surgimento de sintomatologia ansiosa durante a gravidez (BIAGGI et al, 2016; MARTINI et al, 2015; TAUQEER et al, 2023). No estudo prospectivo-longitudinal de ansiedade materna de Martini et al (2015), 306 gestantes foram recrutadas em ambulatórios ginecológicos na Alemanha e completaram sete ondas de avaliação desde o início da gravidez até 16 meses após o parto. A ansiedade, os transtornos depressivos e os potenciais fatores de risco foram avaliados com o Composite International Diagnostic Interview for Women (CIDI-V). Os resultados desse estudo apontam que os preditores mais fortes para a ansiedade e os transtornos depressivos perinatais, seriam a ansiedade e a depressão antes da gravidez. O estudo de Tauqueer et al (2023), foi realizado durante a pandemia na Bélgica, Noruega, Suíça, Holanda e Reino Unido, entre 10 de junho e 22 de agosto de 2021, com a participação de 3411 gestantes. Entre os instrumentos utilizados, o GAD-7 (SPITZER, 2006) avaliou os sintomas de ansiedade generalizada e, segundo os autores, ter uma doença mental pré-existente ou uma doença somática crônica foram os fatores mais fortemente associados aos sintomas de ansiedade mensurados. Sendo assim, era de se esperar que também encontrássemos essa associação na nossa amostra. De fato, nossos dados mostraram que as gestantes com histórico prévio de problemas de saúde mental apresentaram uma chance 2.4 vezes maior de pontuar acima do ponto de corte para sintomatologia ansiosa clinicamente significativa. Outro dado que nos chamou a atenção, foi o alto número de participantes que possuíam esse histórico (48.3%) na nossa amostra. Este número é superior ao reportado no estudo de Moyer et al (2020) onde 35.9% das gestantes, residentes nos Estados Unidos, apresentaram histórico de problemas de saúde mental. Segundo Tauqueer et al (2023), o processo pelo qual a suscetibilidade pessoal é ativada por eventos estressantes possuem uma etiologia complexa e multifatorial, de modo que, os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal,

deveriam considerar, além do histórico para transtornos depressivos, também as informações ao longo da vida sobre os transtornos de ansiedade, normalmente mais negligenciados. Assim, essas mulheres deveriam estar no foco das políticas públicas de saúde materna devido ao risco aumentado, tanto para o desenvolvimento quanto para o agravamento dos sintomas ligados à ansiedade.

O grau de escolaridade parece ter impacto nos níveis de ansiedade em gestantes. Martini et al (2015) e Nasreen et al (2011) identificaram que ter poucos anos de estudo colocavam a mulher em maior risco de sofrimento mental. De modo particular, a pesquisa transversal de Nasreen et al (2011) conduzida com 720 gestantes em uma área rural de Bangladesh, descobriu que a ansiedade pré-natal estava inversamente associada à “alfabetização”. No entanto, no nosso estudo esse fator não se mostrou um preditor significativo do nível potencialmente clínico de sintomas de ansiedade. Um aspecto importante e que poderá explicar este resultado, diz respeito à pouca variabilidade de nível educacional na nossa amostra. Efetivamente, cerca de 75% das gestantes participantes relataram ter nível superior de educação. Mesmo os restantes 25%, eram quase na totalidade compostos por mulheres com ensino médio/curso técnico ou superior incompleto. Esta distribuição ressalta uma importante limitação da nossa amostra, a qual não é representativa da heterogeneidade nos níveis educacionais da população brasileira. Outros estudos deverão investigar melhor essa relação com uma amostra mais heterogênea.

De forma semelhante, o preditor relativo à existência de relacionamento estável, também não se mostrou significativo. Estudos prévios indicam que uma fonte de apoio significativa para a redução dos problemas de saúde mental durante o período perinatal é a relação com o parceiro (ANTONIU et al, 2021). Uma pesquisa realizada no Brasil também apontou a importância dessa relação (NOMURA et al, 2021), sendo esse considerado um fator de proteção fundamental durante o período perinatal. Uma possível explicação para os nossos resultados pode ser o fato de que a grande maioria das participantes (quase 97%), declarou estar em um relacionamento estável. Ainda, de acordo com Bayrampour et al (2015), não apenas estar em um relacionamento, mas a qualidade deste relacionamento ou a satisfação conjugal, podem ser ainda mais relevantes. O estudo de Røsand et al (2011) investiga a questão da satisfação no relacionamento da gestante com seu parceiro. Os autores observaram que a insatisfação no relacionamento foi o preditor mais forte de sofrimento emocional materno e concluíram que o bom relacionamento com o parceiro pode ter um efeito protetor contra

alguns fatores de risco para problemas de saúde mental, tais como: doença somática, abuso de álcool, insatisfação e estresse no trabalho. Assim, fatores estressantes provavelmente serão mais toleráveis para mulheres que têm bom apoio social e alta satisfação no relacionamento (ROSAND et al, 2011). Entretanto, esse aspecto não foi explorado em nosso estudo, outras pesquisas poderão ser realizadas visando investigar esse ponto. Importante notar que estar em um relacionamento estável, o apoio do parceiro e a satisfação no relacionamento são variáveis diferentes, ainda que estejam associadas e possam se sobrepor nos estudos, o que por vezes, torna difícil a comparação dos resultados (ROSAND et al, 2011).

O trimestre gestacional – mais concretamente, estar no 1º ou 3º trimestre – não se mostrou preditor significativo de elevados níveis de ansiedade em nossa amostra. Estudos anteriores, conduzidos pré-pandemia, apontaram para taxas de sintomas de ansiedade aumentadas no primeiro e terceiro trimestres em relação ao segundo (LEE et al, 2007; TEIXEIRA et al, 2009). No nosso estudo, mulheres no 1º ou 3º trimestres não apresentaram maiores chances de possuir níveis clínicos de ansiedade durante a pandemia, comparativamente às gestantes que responderam à pesquisa no seu 2º trimestre. Entretanto, este foi um estudo transversal e as mulheres foram rastreadas apenas uma vez. Essa característica do estudo impossibilitou o rastreamento da mesma gestante em relação aos níveis de ansiedade ao longo dos três trimestres – o que permitiria uma avaliação mais fidedigna da influência do trimestre gestacional na sintomatologia ansiosa.

Na nossa amostra, as variáveis relativas aos casos e óbitos por COVID-19 não se revelaram preditores significativos do nível potencialmente clínico de sintomas de ansiedade generalizada. Nossa hipótese era de que a situação de emergência acarretada pela pandemia, com a soma dos estressores típicos de um evento dessa magnitude (isolamento social, desconhecimento em relação ao vírus, medo da contaminação, mortes em decorrência do vírus, etc...) teriam o forte potencial de desencadear sofrimento psíquico nas mulheres gestantes. A pesquisa transversal de Campos et al (2020), realizada com adultos brasileiros entre maio e junho de 2020, encontrou alta prevalência de sintomas de ansiedade (44.2%), depressão (61.3%) e estresse (50.8%). Do total da amostra, 12.196 (88%) participantes reportaram o aparecimento de um ou mais sintomas após o início da pandemia, entre os participantes com histórico de problemas de saúde mental esse percentual alcançou 96.2%. Esses resultados impressionam e remetem a dificuldade e a falta de estratégias de enfrentamento, por parte da população em geral, para lidar com os desafios trazidos pela pandemia. Considerando especificamente a

população gestante, um estudo transversal (MORRIS et al, 2022), utilizando dados da Universidade da Califórnia nos Estados Unidos, realizado entre maio de 2020 e fevereiro de 2021, com 4303 gestantes (>10 semanas), descobriu que, durante a pandemia de COVID-19, aquelas participantes que relataram sentir-se muito ou extremamente preocupadas com a saúde de si mesmas ou de entes queridos, ou com a perda (devido à infecção pelo vírus) de um amigo ou membro da família, eram mais propensas a relatar aumento dos sintomas de ansiedade. No estudo transversal de Mesquita et al (2023), os sintomas de ansiedade e depressão aumentaram com a gravidade dos efeitos negativos da pandemia, como o número de mortes e exposição ao COVID-19. Segundo os autores, as respostas governamentais para lidar com os efeitos da pandemia diferiu muito entre os países. Nos países aonde as intervenções governamentais foram mais rápidas e efetivas, essas ações puderam ser percebidas como protetoras, especialmente para populações vulneráveis como mulheres perinatais, proporcionando-lhes uma sensação de segurança e controle (MESQUITA et al, 2023). No Brasil, ao contrário, demorou-se a tomar providências em relação ao enfrentamento e mitigação do vírus e o país foi grandemente afetado pela inação do governo federal e por divergências recorrentes entre os diferentes agentes políticos envolvidos. Entretanto, apesar da possibilidade de que os efeitos da pandemia na saúde mental possam ser duradouros (ANTONIS, 2020), existem evidências de ajuste e resiliência após o estresse gerado no começo da pandemia e esse padrão é consistente ao que geralmente se observa em resposta aos eventos estressantes ou traumáticos da vida (DALY; SUTIN; ROBINSON, 2022). Deste modo, devemos considerar que o preenchimento dos questionários da nossa pesquisa foi realizado entre julho de 2020 e fevereiro de 2021, ou seja, haviam passado 5 meses desde o primeiro caso no Brasil quando iniciamos nosso estudo. Nesse tempo, em meio aos altos e baixos de casos e mortes relacionados ao vírus, podem ter ocorrido mudanças na percepção das gestantes, e é possível que isso tenha se refletido em nossa pesquisa. Um estudo longitudinal, que mensurasse diversos momentos da pandemia no Brasil, ajudaria a entender como se desenvolveram as trajetórias dos sintomas ligados ao sofrimento mental para grupos mais vulneráveis e com maior risco de declínio na saúde mental (como as mulheres grávidas), elucidando melhor essa questão.

Os efeitos negativos da pandemia na saúde mental materna ainda precisam ser estudados ao longo do tempo. Os nossos achados vão ao encontro das evidências encontradas em estudos internacionais que reportaram um alto impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental das gestantes, em comparação com os níveis observados em

uma fase anterior a pandemia. Também chamam a atenção para a grave situação das gestantes brasileiras, ainda mais, se considerarmos as características da nossa amostra, composta majoritariamente por mulheres brancas, casadas e com um nível de escolaridade elevado, fatores apontados como protetores para a saúde mental materna (BIAGGI et al, 2016; FISHER et al, 2012). Acreditamos que este estudo captura informações importantes sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental materna. Assim, espera-se que esse conhecimento gerado, possa contribuir para a criação de ferramentas específicas de triagem voltadas para gestantes e deste modo ajudar a identificar mulheres em risco para problemas de saúde mental.

### **Pontos fortes e limitações**

O método de coleta online possibilitou a realização dessa pesquisa durante a pandemia de COVID-19, período em que ficaram inviabilizados outros modelos de pesquisa que necessitassem de interação pessoal entre o pesquisador e o participante. Esse método também possibilitou que um número significativo de mulheres de diferentes regiões do Brasil pudessem participar. Utilizou-se o instrumento GAD-7 que é reconhecido pelos pesquisadores por ser um instrumento de triagem confiável, além de apresentar propriedades psicométricas adequadas e boa fidedignidade entre a população brasileira (incluindo na nossa amostra). Além disso, o uso de medidas padronizadas tem se mostrado útil e efetivo para seu propósito, ou seja, a triagem de pessoas em risco para o diagnóstico de problemas de saúde mental.

Entretanto, este estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas. Embora o GAD-7 tenha sido padronizado para a população brasileira, não foi validado para uso específico em gestantes. Nossa amostragem foi obtida por conveniência e o preenchimento online dos questionários impossibilitou que mulheres sem acesso à internet ou redes sociais participassem deste estudo. Pelo fato de as questões sociodemográficas terem sido colocadas no final do questionário, também não dispomos de informações sobre as participantes que foram excluídas das análises por falta de dados do GAD-7. Em relação à representatividade da amostra, a maioria das participantes residiam no estado de São Paulo, com uma participação bem menor dos outros estados. Além disso, a maioria das participantes possuía, ao menos, nível superior completo e a quase totalidade das participantes afirmaram estar vivendo um relacionamento estável. Assim, a homogeneidade da amostra não representa adequadamente a diversidade

sociodemográfica da população brasileira. Estudos futuros devem buscar uma maior representatividade sociodemográfica na avaliação do impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental das gestantes brasileiras.

## **6 CONCLUSÃO**

Conclui-se que a pandemia de Covid-19 teve um elevado impacto na saúde mental das gestantes analisadas – especificamente nos níveis de ansiedade generalizada. As mulheres com histórico de problemas de saúde mental apresentaram mais do dobro das chances de desenvolvimento de níveis potencialmente clínicos de sintomas de ansiedade. O comprometimento da saúde mental materna pode trazer graves prejuízos, com custos econômicos e sociais significativos. Inclusive, um estudo recente estimou os custos econômicos de problemas de saúde mental no período perinatal no Brasil em 4.9 milhões de dólares (Bauer et al, 2022). Deste modo, deixamos o alerta para a importância da implementação de políticas de saúde e cuidados pré-natais focados na saúde mental da mulher.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5<sup>th</sup> ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ALMEIDA M. S. et al. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385-393, RJ. Fev 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>>.

ARTHURS A. L.; JANKOVIC-KARASOULOS T.; ROBERTS C. T. COVID-19 in pregnancy: what we know from the first year of the pandemic. **Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis**, Aug 2021. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.bbadis.2021.166248](https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2021.166248)>.

BADR DA, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 and Pregnancy Outcomes According to Gestational Age at Time of Infection. **Emerg Infect Dis**, v. 27, n. 10, p. 2535-2543, Oct. 2021. Disponível em: <[doi:10.3201/eid2710.211394](https://doi.org/10.3201/eid2710.211394)>.

BARROS, M. B. A. et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>>.

BAUER, A. et al. The lifetime costs of perinatal depression and anxiety in Brazil. **J. of affective disorders**, v. 319, p. 361-369, Dec 2022. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722011089>>.

BAYRAMPOUR, H.; TOMFOHR, L.; TOUGH, S. Trajectories of Perinatal Depressive and Anxiety Symptoms in a Community Cohort. **J Clin Psychiatry**, v. 77, n.11, p. 1467-1473, 2016. Disponível em: <[doi:10.4088/JCP.15m10176](https://doi.org/10.4088/JCP.15m10176)>.

BAYRAMPOUR, H.; MC DONALD, S.; TOUGH S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. **Midwifery**, v. 31, n. 6, p. 582-9, 2015. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.midw.2015.02.009](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.009)>.

BECK, A. T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G. & STEER, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, p. 893-897, 1988.

BIAGGI, A. et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. **J Affect Disord**, v. 191, p. 62-77, 2016. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014)>.

BLACKMORE, E. R. et al. Pregnancy-Related Anxiety: Evidence of Distinct Clinical Significance from a Prospective Longitudinal Study. **J. Affect Disord**, v.197, p. 251-258, June 2016. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.jad.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.008)>.

BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: estrutura, política e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2019 v.35, n.2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099118>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS. Consulta cartão SUS. Disponível em: <<https://www.consultacartaosus.org/como-funciona-atendimento-gestante-sus/>>.

CAMPOS, J. A. D. B. Early psychological impact of the COVID-19 pandemic in Brazil: a national survey. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 9, p. 1-14, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/jcm9092976>>.

CELEUMANS, M.; HOMPES, T.; & FOULON, V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v.151, n.1, p.146–147, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/ijgo.13295>>.

CELEUMANS, M. et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 100, n.7, p.1219-1229, 2021. Disponível em: <doi: 10. /aogs.4092>.

CELLA, D. et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks, 2005-2008. **J. Clin. Epidemiol.** v.63 n.11, p. 1179–1194, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.011>>.

CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática.** Artmed, 2012. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536326733/>>.

CORONAVIRUS (COVID-19) and Pregnancy: What maternal-fetal medicine subspecialists need to know (June 21, 2022; updated from earlier versions on March 1 January 3, 2022; and November 23, October 26, July 23, June 26, June 16, April 11, and March 17, 2020). **Society for Maternal-Fetal Medicine.** COVID-19 task force, 2021. Disponível em: <<https://www.smfm.org/covidclinical>>.

COSTA, D. O. et al. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. **Ciência e saúde coletiva**, v.23, n.3, Mar. 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.27772015>>.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVISKI, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, n. 150, p.782-786, 1987. <<https://doi.org/101192/bjp.150.6.782>>.

DALY, M.; SUTIN, A. R.; ROBINSON, E. Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. **Psychol Med**, v. 52 n. 13, p. 2549-2558, Oct 2022 Disponível em: <doi: 10.1017 / S0033291720004432>.

DAVIS E. P.; NARAYAN A. J. Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience of mothers and infants. **Dev Psychopathol**, v. 32, n. 5, Dec. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7863987/>>

DEMISSIE, D. B.; BITEW, Z. W. Mental health effect of covid-19 pandemic among women who are pregnant and/or lactating: a systematic review and meta-analysis. **SAGE open Medicine**. v. 9, June 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8243107/>.

DENNIS, C. L.; HASSANI, K. F.; SHIRI, R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**, v. 210, p. 315-323, 2017.

DING XX; WU YL.; XU SJ.; et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **J Affect Disord**, v. 159, p. 103-110, 2014.

DUNKEL, S. C.; TANNER, L. Anxiety, depression, and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. **Current opinion in psychiatry**, v.25, p.141–148, 2012.

ELLINGTON, S. et al. Characteristics of women of reproductive age with laboratory confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status. **MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.69, n.25, June 2020. Disponível em: <[doi:10.15585/mmwr.mm6925a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6925a1)>

FAWCETT, E. J. et al. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v.80, n.4, 2019.

FIELD, T. Prenatal anxiety effects: a review. **Infant Behaviour and Development**, v. 49, p. 120-128, Nov. 2017. Disponível em: <[doi: 10.1016/j.infbeh.2014.08.008](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.08.008)>

FIELD, T. Prenatal depression effects on early development: a review. **Infant Behav Dev**, v. 34, n. 1, p. 1-14, Feb 2011. Disponível em: <[doi: 0.1016/j.infbeh.2010.09.008](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008)>.

FIOCRUZ. **Boletim Observatório COVID-19**, Rio de Janeiro, n. 20-21, 2021. <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-covid-19-destaca-alta-mortalidade-materna>.

FISHER, J. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139–149, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.2471/BL.11.091850>>.

FRANCISCO, R.P.V.; LACERDA, L; RODRIGUES, A.S. Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, São Paulo, n. 76, e3120, 2021.

GLAZIER R. H, et al. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 25, n. 3, p. 247-255. Disponível em: doi:10.1080/01674820400024406.

GLOVER, V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, n. 4, p. 356-67, Apr 2011. Disponível em: <doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x>.

GLOVER, V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 25-35, Jan 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>.

GRUMI et al. Depression and anxiety in mothers who were pregnant during the COVID-19 outbreak in Northern Italy: the role of pandemic-related emotional stress and perceived social support. **Front Psychiatry**, 2021. Disponível em: <doi: 10.3389/fpsy.2021.716488>.

GURZENDA, S.; CASTRO, M.C. COVID-19 poses alarming pregnancy and postpartum mortality risk in Brazil. **EClinicalMedicine**, May 2021. Disponível em: <doi: 10.1016/j.eclinm.2021.100917>.

HERON, J. et al. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample, **J. Affect Disord**, May. 2004. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004>.

Johns Hopkins University. (2021). COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Retirado de <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.

KWONG, A.S.F. et al. Mental health before and during the covid-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. **British Journal of Psychiatry**, v. 218, n. 6, p.334-343, Jun 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242.>.

LAI, J. et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 3, Mar 2020. Disponível em: <doi; 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

LEBEL, C. et al. Elevated depression and anxiety among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. **J. Affect Disord**, v. 277, p.5-13, Dec 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jad.2020.07.126>.

LEE, A.M. et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. **Obstet. Gynecol**, v. 110, n. 5, p. 1102-12, Nov 2007. Disponível em: <doi: 10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>.

LITTLETON, H.L.; BREITKOPF, C.R.; BERENSON, A.B. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. **American journal of obstetrics and gynaecology**, v. 196, p. 424–432, 2007.

LU, W. et al. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **Psychiatry Res.** v. 288, Jun 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936>.

MARTINI, J. et al. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. **Early Human Development**, v. 86, n. 5, p. 305-310, 2010.

MARTINI, J. et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. **J Affect Disord**, v.1, n. 175, p. 385-95, Apr 2015. Disponível em: < doi: 10.1016/j.jad.2015.01.012>.

MESQUITA, A. et al. A cross-country study on the impact of governmental responses to the COVID-19 pandemic on perinatal mental health. **Sci Rep.** v. 13, n. 1, Feb 2023. Disponível em: <doi: 10.1038/s41598-023-29300-w>.

MATEUS, V. et al. Rates of depressive and anxiety symptoms in the perinatal period during the COVID-19 pandemic: Comparisons between countries and with pre-pandemic data. **J Affect Disord.** v. 316, p. 245-253, Nov 2022. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jad.2022.08.017>.

MASCIO, D. et al. Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. **Am J Obstet Gynecol MF**, v. 2, n. 2, May 2020. Disponível em: <doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107>.

MERIKANGAS, K. R. Vulnerability factors for anxiety disorders in children and adolescents. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, Oct 2005. Disponível em: <doi: 10.1016/j.chc.2005.06.005>.

MOLA, C. L. et al. Maternal mental health before and during the covid-19 pandemic in the 2019 Rio Grande birth cohort. **Brasilian Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 4, p. 402-406, July/Aug. 2021.

MORENO, A. L. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas em Psicologia**, v. 24, n.1, p. 367-376, 2016. Disponível em: < https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-25>.

MORRIS, J. R. Early pregnancy anxiety during the COVID-19 pandemic: preliminary findings from the UCSF ASPIRE study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 22, n. 1, Mar 2022. Disponível em: <doi: 10.1186/s12884-022-04595-1>.

MOTRICO, E. et al. Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 pandemic: a report from task force RISEUP-PPD COVID-19. **Clínica y Salud**, v. 31, n. 3, p. 155-160, 2020.

MOYER, C. A. et al. Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. **Arch Womens Ment Health**, v. 23, n. 6, p.757-765, 2020. Disponível em: < doi: 10.1007/s00737-020-01073-5>.

MUÑOS-VELA, F. J. Fear and Anxiety in Pregnant Women During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. **Int J Public Health**, v. 24, n. 68, Feb. 2023. Disponível em: <doi: 10.3389/ijph.2023.1605587>.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Worldwide maternal deaths due to COVID-19: a brief review. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 151, n. 1, July 2020.

NASREEN, H. E. et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population-based study in rural Bangladesh. **BMC Womens Health**, v. 11, n. 22, Jun 2011. Disponível em: <doi: 10.1186/1472-6874-11-22>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 18 de mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021.

PABON, S. et al. Overall Maternal Morbidity during Pregnancy Identified with the WHO-VOICE Instrument. **BioMed Research International**, July 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2020/974023>.

RACINE. et al. Dynamic and Bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: the critical role of partner and family support. **J Affect Disord**, v.1, n.252, p.19-24, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jad.2019.03.083>.

REN, X. et al. Mental Health During the Covid-19 Outbreak in China: a Meta-Analysis. **Psychiatr Q**, v. 91, n. 4, p.1033-1045, Dec 2020. Disponível em: <doi: 10.1007/s11126-020-09796-5>.

RICE F. et al. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 2, p. 335–345, 2010.

ROSAND, G. M. et al. Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. **BMC Public Health**. v. 11, n. 161, Mar. 2011. Disponível em: <doi: 10.1186/1471-2458-11-161>.

SALEHI. et al. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: an structural equation model. **BrainBehav**, v.10, n. 11, 2020. Disponível em: <doi: 10.1002/brb3.1835>

SCHLOTZ, W.; PHILLIPS, D. I. W. Fetal origins of mental health: evidence and mechanisms. **Brain Behaviour, and Immunity**, v. 23, n. 7, p. 905-916, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.02.001>>.

SCHREIER, A. et al. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. **British Journal of Psychiatry**, 2008. Disponível em: <doi: 10.1192/bjp.bp.106.033589>.

SHARP, H. et al. Maternal antenatal anxiety, postnatal stroking, and emotional problems in children: outcomes predicted from pre- and postnatal programming hypotheses. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 2, p. 269-283, Jan 2015. Published online 2014 July. Disponível em: <doi: 101017/S0033291714001342>.

SHOREY, S.; NG, E. D.; CHEE, Y. I. Anxiety, and depressive symptoms of women in the perinatal period during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 49, n. 7, p. 1-11, May 2021.

SILVA, A. et al. Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic. **Braz J Psychiatry**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 229-231, 2020. Disponível em: <doi:10.1590/1516-4446-2020-0009>.

SILVA, A. C.; NARDI, A. E.; HOROWITZ, M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 32, p. 86-93, 2010.

SPIELBERGER, C. D. et al. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA. SPITZER, R. L.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. B.; & LOWE, B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n.10, p.1092-1097, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>.

SOTO-BALBUENA, S. et al. and Grupo PMB-HUCA. Incidence, prevalence, and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. **Psicothema**, Asturias, v. 30, n. 3, p. 257-263, 2018. Disponível em: < https://doi:10.7334/psicothema 2017.379 >.

SUN, F. et al. A systematic review involving 11,187 participants evaluating the impact of covid-19 on anxiety and depression in pregnant women. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 42, n. 2, p. 91-99, Dec 2020.

SUTTER-DALLAY A. L. et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. **Eur Psychiatry**. v. 19, n. 8, p. 459–463, 2004.

TAUQEER F. et al. Mental health of pregnant and postpartum women during the third wave of the COVID-19 pandemic: a European cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 13, n. 1, Jan 2023. Disponível em: <doi: 10.1136/bmjopen-2022-063391>.

THAPA, S. B. Maternal mental health in the time of the covid-19 pandemic. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (AOGS)**, v. 99, n. 7, May 2020.

van HEYNINGEN T. et al. Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. **Arch Womens Ment Health**, v. 20, n. 6, p. 765-775, Dec 2017. Disponível em: <doi: 10.1007/s00737-017-0768-z>.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general

population in china. **Int J. Environ Res Public Health**, v. 17, n. 5, Mar 2020. Disponível em: <doi: 10.3390/ijerph17051729>.

WENLING, Y. et al. Pregnancy and COVID-19: management and challenges. **Rev Inst Med Trop**, Sao Paulo, 2020. 62:e62. Disponível em: <doi: 10.1590/s1678-9946202062062>.

WU, Y. et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 223, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>>.

YAN, H.; DING, Y.; & GUO, W. Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, Disponível em: <[doi.org/10.3389/fpsyg.2020.61700](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.61700)>.