

## Ansiedade na Gravidez:

### Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe\*

POR

ANA CONDE<sup>(1)</sup> E BÁRBARA FIGUEIREDO<sup>(2)</sup>

#### Resumo

*O presente artigo é uma revisão da investigação mais relevante no domínio da ansiedade durante a gravidez. Apresenta os resultados dos estudos que apontam para a existência de um grande número de mulheres com níveis significativos de sintomatologia ansiosa durante a gestação, independentemente do seu carácter patológico. Aborda um conjunto de factores que podem ser considerados de risco para a presença de níveis elevados de ansiedade durante a gravidez e analisa as suas principais consequências e implicações para a saúde e bem-estar da mulher. Finaliza, alertando para a necessidade de implementar medidas de prevenção e intervenção em situações de alta ansiedade, as quais são fundamentais para garantir uma adequada prestação de cuidados à mulher grávida, assim como para reduzir a morbilidade e a incidência de complicações obstétricas.*

#### Abstract

*The present article is a review of the most relevant and recent research about anxiety in pregnancy. The results presented indicate that there is a very large number of women who show high levels of anxiety during childbearing, independently of its pathological character. This article also considers several risk factors for the mother's high levels of anxiety during pregnancy, and analyses its main consequences and implications for her own health and well-being. This review ends alerting to the need of improving preventive and interventive measures for reducing the high anxiety levels of pregnant women, in order to provide adequate care, as to diminish the morbidity and the obstetrical complications that may occur.*

#### 1. INTRODUÇÃO

Assistimos nos últimos anos à valorização

crescente de uma visão holística do ser humano, a qual leva à análise e integração dos diferentes sistemas em que o mesmo vive e se desenvolve. Assim, a

\* Artigo integrado no projecto "Limiar da vida e da morte: imortalidade simbólica e vinculação da mãe ao bebé", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Bolsa de Doutoramento com a referência SFRH/BD/13768/2003).

<sup>(1)</sup> Doutoranda em Psicologia (área de especialização de Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

<sup>(2)</sup> Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Qualquer correspondência relativa a este artigo deve ser dirigida a Ana Albertina Conde ou Bárbara Figueiredo. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia. Campus de Gualtar. 4700 Braga. Podem também ser utilizados os seguintes endereços electrónicos: [bbfi@iep.uminho.pt](mailto:bbfi@iep.uminho.pt) ou [apalheiros@correio.ci.uminho.pt](mailto:apalheiros@correio.ci.uminho.pt)

perspectiva médica, privilegiada nas investigações iniciais em torno da gravidez, dá lugar à perspectiva biopsicossocial, a qual, para além de ter em consideração os determinantes biológicos, confere igual importância aos factores psicológicos, sociais e culturais, procurando compreender o homem, o seu comportamento e desenvolvimento em toda a sua globalidade (Engel, 1977).

É neste sentido que podemos e devemos encarar o período de gravidez: um tempo pautado por inúmeras transformações que exigem um processo de adaptação árduo, onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. De facto, a futura mãe terá de encarar e ajustar-se a uma variedade de mudanças ocorridas tanto no seu próprio corpo, como resultantes das complicações hipotéticas ou reais que possam ocorrer ao longo do período de gestação ou no parto, ou das expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a maternidade e em torno do bebé, que implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações familiares e sociais (Figueiredo, 2001). Levar a bom termo todas estas tarefas dependerá de uma enorme variedade de factores, que se podem agrupar em aspectos relativos à mãe, ao bebé e ao meio (familiar, social e cultural).

## 2. GRAVIDEZ E ANSIEDADE

Não é de admirar que um processo que impõe tantas exigências, como é o caso da gravidez, tenha invariavelmente associada a presença de ansiedade, mesmo que excluamos a sua dimensão patológica. Deste modo, ainda que nos descentremos do domínio específico da avaliação das perturbações psiquiátricas *major* associadas ao nascimento de um filho, os estudos epidemiológicos realizados em amostras na comunidade são quase consensuais quanto à existência de uma morbilidade aumentada para a sintomatologia psicopatológica de tipo ansioso ou depressivo, durante a gravidez.

A maior parte da literatura publicada até ao momento divide-se, contudo e principalmente, entre os autores que, interessados na depressão, consideram quase exclusivamente o pós-parto, e os autores que, investigando a gravidez, privilegiam a ansiedade. Em consequência, são bastante contraditórios os resultados dos estudos realizados acerca destas temáticas, nomeadamente quanto a se a presença de perturbação psicopatológica, depressão e ansiedade, é mais corrente durante a gravidez ou no pós-parto, ou mais corrente durante a gravidez e o

pós-parto do que em outras alturas da vida da mulher (para uma revisão da literatura, veja Figueiredo, 2000).

Os primeiros estudos a estimar a prevalência de perturbação psicopatológica na gravidez e pós-parto realizaram-se nos anos 60 a 80, a partir dos registos de admissão em hospitais psiquiátricos, nos EUA e Reino Unido, e transmitiram uma imagem muito clara e consistente, pois em todos eles: a perturbação psiquiátrica após o parto é muito mais corrente do que na gravidez ou em outras alturas da vida da mulher e a perturbação psiquiátrica na gravidez é muito pouco comum e bastante menos frequente do que acontece em outras alturas da vida da mulher (Paffenberg, 1964, 1982; Kendell, 1978; Kendell, Rennie, Clarke, & Dean, 1981; Kendell, Wainwright, Hailey, & Shannon, 1976; Pugh, Jerath, Schmidt, & Reed, 1963). No entanto, como assinalam McNeil, Kaij, e Malmquist-Larsson (1984), "*o facto de as mulheres recorrerem menos a ajuda psiquiátrica durante a gravidez não é necessariamente um sinal de que elas estejam mentalmente saudáveis durante este período*" (McNeil et al., 1984, p. 138). Com efeito, os resultados das investigações publicadas na década seguinte (entre os anos 80 e 90), que usam medidas psicológicas administradas a sujeitos em amostra recolhidas na comunidade, são muito pouco consistentes com essa imagem, no que se refere à gravidez: embora muitos estudos dêem conta que a depressão é mais comum no pós-parto do que na gravidez (Kumar & Robson, 1984; Bromet & Cornely, 1984; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984), outros observam o contrário (Ballinger, 1987; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990), embora todos revelem que a sintomatologia ansiosa é muito frequente na gravidez e mais comum na gravidez do que no pós-parto (Cox, 1978, 1979; Elliot, Rugg, Watson, & Brough, 1983; Jinadu & Daramola, 1990).

No contexto da avaliação dos níveis de depressão durante o período de gestação, destaca-se um dos primeiros estudos longitudinais, conduzido por Kumar e Robson (1978), sobre uma amostra de 119 mulheres primíparas. É de assinalar o facto de o grupo estudado no primeiro trimestre de gravidez ter funcionado simultaneamente como grupo de controlo, através da realização de uma avaliação retrospectiva, a qual determinou a linha de base do estado mental pré-gravídico das participantes. Apesar das limitações metodológicas, os resultados obtidos confirmam uma maior morbilidade psiquiátrica da mulher durante a gravidez e pós-parto. De facto, verifica-se um primeiro pico nos níveis de ansiedade e depressão no primeiro trimestre de gravidez e um segundo pico nos três

meses pós-parto. Contudo, o grupo de mulheres que apresenta perturbação psicopatológica no pós-parto não é o mesmo que apresenta perturbação psicopatológica durante a gravidez, o que é contrariado pelos resultados obtidos em trabalhos mais recentes (e.g. Meares, Grimwade, & Wood, 1976).

Com efeito, estas observações não são confirmadas pelas mais recentes investigações conduzidas acerca da prevalência de depressão na gravidez e no pós-parto (para uma revisão da literatura, veja Figueiredo, 2004). Um número crescente de estudos empíricos, realizados em diversos países, mostra que uma percentagem muito elevada de mulheres (entre 10 a 20% em amostras recolhidas na comunidade) está clinicamente deprimida durante a gravidez (Chung, Lau, Yip, Chiu, & Lee, 2001; Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Gorman, O'Hara, Figueiredo, Hayes, Jacquemain, et al., *in press*; Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjo, 2001; Pajulo, Sayonlahti, Sourander, & Piha, 2001; Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003). Mostra ainda que a percentagem de mulheres deprimidas na gravidez é mais elevada do que acontece no pós-parto, quando se consideram os picos 3º trimestre de gravidez *versus* 2º-3º mês do pós-parto, e que a maior parte das vezes as puérperas que se deprimem no pós-parto já se encontram deprimidas na gravidez (e.g., Evans et al., 2001; Josefsson, et al., 2001).

No que se refere à prevalência de ansiedade, a maior parte dos autores considera que muitas mulheres apresentam valores elevados de sintomatologia ansiosa durante a gestação (Astbury, 1980; Cox, 1978, 1979; Elliot, Rugg, Watson, & Brough, 1983; Jinadu & Daramola, 1990; Podbilewicz-Schuller, 1997). Assim, por exemplo, um estudo conduzido sobre uma amostra de 263 grávidas mostra que 6,5% apresentam valores de sintomatologia ansiosa a um nível clinicamente significativo, quando avaliadas através de entrevista psiquiátrica estandardizada, administrada na primeira consulta pré-natal (Cox, 1978). Podbilewicz-Schuller (1997), num estudo prospectivo mais recente, envolvendo 124 mulheres primíparas, avaliadas durante o 3º trimestre de gravidez e 2 meses após o parto, alerta para o facto de a depressão e a ansiedade diminuírem de valores mais elevados na gravidez para valores menos elevados no pós-parto e os seus preditores variarem ao longo do tempo: menos anos de escolaridade e elevado tradicionalismo nos papéis sexuais predizem a ansiedade durante a gravidez, enquanto que idades

mais avançadas e ansiedade durante a gravidez predizem a ansiedade no pós-parto. Também Ohman, Grunewald e Waldenstrom (2003) procuram determinar quais as preocupações mais relevantes das mulheres durante a gravidez, hipoteticamente relacionadas com o aumento dos níveis de ansiedade. Para tal, 200 mulheres suecas foram testadas num instrumento criado pelos autores do estudo, dando conta que as suas maiores preocupações se relacionam com a gravidez, centrando-se na saúde do bebé, no parto e na possibilidade de um aborto; só depois se seguem os problemas financeiros. Uma preocupação adicional não prevista pelos autores, diz respeito aos serviços de saúde (isto é, questões como a sobrelotação do hospital, ou o facto da equipa médica ter muito trabalho). Poucas mulheres se preocupam com a sua relação com o parceiro ou se este vai estar presente no momento do parto. Alguns dos itens mostram um padrão de menor preocupação durante o período intermédio de gravidez. Outros autores verificam, igualmente, valores inferiores de ansiedade no segundo, sobretudo em comparação com o terceiro trimestre de gravidez (Bhagwanani, Seagraves, Dierker, & Lax, 1997; Costa et al., 1999; Brenes & Milo, 2000).

Tendo-se chegado à conclusão que a presença de ansiedade é um denominador comum a qualquer processo gravídico, seja ele normativo ou de risco, tal como testemunham os estudos anteriormente apresentados, importa agora determinar de que forma a mesma evolui ao longo da gestação.

Astbury (1980), ao estudar a situação de parto, procura demonstrar a perspectiva segundo a qual o nascimento pode ser visto como um período de crise na vida da mulher. Para tal, observa 90 mulheres primíparas e avalia os seus níveis de ansiedade estado e traço, através da escala de Spielberger, no 3º trimestre de gravidez, durante o parto, e no período de internamento, após o parto. As variações altamente significativas da ansiedade estado, com um nível intermédio no final da gravidez, um pico durante o parto e uma diminuição marcada no pós-parto, vêm dar suporte empírico à teoria que procura testar. Relativamente à ansiedade traço, que a autora supunha vir a manter-se estável durante a gravidez e no pós-parto, verifica-se uma diminuição entre o primeiro e o terceiro momento de avaliação, o que na sua interpretação resulta de dificuldades das participantes em discriminar entre sentimentos actuais e o modo geral/habitual de sentir.

Ainda neste âmbito, Figueiredo, Mendonça, Costa, Castro, Pedroso, et al. (1982) realizam um estudo transversal com 299 mulheres grávidas, aleatoriamente seleccionadas de acordo com as idades de gestação, do 1º ao 9º mês, de entre as utentes das Unidades de Saúde da Área Urbana do Porto. Os resultados obtidos evidenciam que o grupo de mulheres grávidas apresenta valores de ansiedade significativamente mais elevados que um grupo de controlo de mulheres não grávidas. Além disso, constata-se que existe uma fraca variabilidade no nível ansiógeno das participantes ao longo de todo o período de gravidez.

Mais recentemente, Singhe e Saxena (1991) replicam apenas parcialmente os resultados do estudo anterior. Estes investigadores, ao observarem mulheres indianas grávidas (691 no 1º e 2º trimestre e 207 no 3º trimestre de gestação) e não grávidas (N=100), com idades compreendidas entre os 20-35 anos, chegam à conclusão que em relação às não-grávidas, as grávidas apresentam níveis mais elevados de ansiedade estado durante todo o período de gestação. Estes níveis de ansiedade variam, contudo, ao longo da gravidez, apresentando um aumento desde que a mulher toma conhecimento da gravidez, atingindo um pico por volta dos cinco meses, e diminuindo a partir daí. Posteriormente, evidenciam uma nova elevação aos oito e nove meses de gravidez e uma queda imediata após o parto, mantendo-se este declínio até serem atingidos níveis considerados dentro da normalidade 6 meses mais tarde (ver também Rizzardo, Magni, Cremonese, Rossi, & Cosentino, 1988; Cox & Reading, 1989).

Outros estudos que procuram medir a ansiedade estado constataam que as mulheres grávidas mais ansiosas são mais novas, solteiras e fumam mais. Estas mulheres têm também um nível de escolaridade, salário e suporte social mais baixos e têm um risco biomédico mais elevado, quando comparadas com aquelas que apresentam menor ansiedade no terceiro trimestre de gravidez (e.g. Pagel, Smilkstein, Regen, & Montano, 1990). Não ser casada, ser sujeita a um número elevado de acontecimentos indutores de stress de grande intensidade e ter baixo salário está, ainda, consistentemente associado a uma elevada ansiedade estado ao longo de todo o período de gestação (e.g. Kalil, Gruber, Conley, & Sytniac, 1993). No entanto, Bhagwanani et al. (1997) verificam que as mulheres casadas apresentam valores significativamente mais elevados de ansiedade estado durante a gravidez.

Pela análise dos estudos descritos anteriormente, podemos constatar que a resposta emocional ao stress tem sido tipicamente avaliada usando medidas de ansiedade estado. A natureza multidimensional da ansiedade durante a gravidez leva, contudo, Costa, Larouche, Dritsa, e Brender (1999) a reformularem o seu desenho metodológico. Estes autores encontram diferenças significativas ao longo da gestação em três componentes da ansiedade que discriminam – a experiência de luta ou discussão, a ansiedade relativa à gravidez (frequentemente conceptualizada como os medos que a mulher tem relativamente à saúde do seu bebé, à sua própria saúde, à gestação e ao parto) e a ansiedade estado (vista como uma resposta emocional a stressores do meio) – dando suporte à necessidade de incluir várias medidas de ansiedade no sentido de captar mais profundamente o estado emocional da mulher na gravidez. Contrariamente ao que acontece com as restantes componentes da ansiedade, os autores constataam que a dimensão de discussão/luta se mantém estável durante a gravidez. No entanto, os dados obtidos para esta variável apresentam-se contraditórios relativamente a outros estudos (e.g. Thompson, Murphy, O'Hara, & Wallymahmed, 1997), o que obriga a uma cuidada interpretação e alerta para a necessidade de replicação dos resultados. Por outro lado, a ansiedade estado apresenta-se mais elevada durante o terceiro trimestre, comparativamente ao que acontece com o primeiro e segundo trimestres. Um padrão de resultados em forma de U emerge para a ansiedade específica da gravidez, com resultados mais baixos no segundo trimestre. Os diferentes padrões obtidos para cada um dos aspectos analisados sugerem, segundo os autores, que embora interrelacionados possam referir-se a aspectos distintos da experiência de stress durante a gravidez. Esta consideração, embora importante na definição de futuras investigações, não tem sido tida em conta. De facto, no estado actual da literatura, é raro existirem conclusões claras relativamente ao impacto diferencial de cada uma das dimensões do stress nas complicações específicas que possam ocorrer durante a gravidez, o parto ou, a longo prazo, no futuro da criança.

Depois de demonstrada a existência, durante a gravidez, de uma morbilidade aumentada relativamente à sintomatologia ansiosa, importa, agora, explicar quais os factores que podem contribuir para esta realidade, o que faremos de seguida.

### 3. FACTORES DE RISCO PARA NÍVEIS ELEVADOS DE ANSIEDADE NA GRAVIDEZ

Se aceitarmos o modelo biopsicossocial, é imperativo que consideremos também a necessidade de analisar e integrar múltiplos factores em interacção na determinação do comportamento e desenvolvimento humano. Neste sentido, muitas são as investigações que tentam analisar, não só o risco inerente à acção de uma determinada variável no aumento da morbilidade psiquiátrica, como também, o seu papel enquanto desencadeador e/ou protector da perturbação psicopatológica, e mais ainda a forma como diversas variáveis interagem entre si.

**Factores demográficos** (como a raça, idade, estado civil, anos de estudo, situação profissional, nível sócio-económico), **factores obstétricos** (que vão desde a história menstrual à história obstétrica passada e presente), **factores psicológicos** (nomeadamente relativos à história pessoal da mulher, passado psicopatológico, características de personalidade, atitude relativamente ao sexo e desejo de engravidar), **factores psicossociais** (como a ocorrência de acontecimentos significativos de vida e redes de suporte social disponíveis), e ainda **factores de ordem cultural**, são os grandes grupos de variáveis mais comumente abordados quando se procuram analisar as circunstâncias que podem estar relacionadas com o acréscimo de ansiedade na gravidez.

#### *3.1. Influência dos factores demográficos, obstétricos e história reprodutiva*

As investigações realizadas neste domínio dizem respeito, na sua maioria, ao estudo do impacto de gravidezes prévias no modo como a futura mãe vivencia o processo de gestação em curso. Neste sentido, a ocorrência de complicações de diversa índole em gestações anteriores tem efeito proactivo, traduzindo-se invariavelmente numa acentuação dos níveis de ansiedade na presente gravidez.

Burnstein, Kinch, e Stern (1974), por exemplo, no estudo prospectivo de 61 grávidas, verificam a presença de uma correlação positiva entre a história de aborto anterior (ou o conhecimento de outras mulheres com história de aborto ou bebés anormais) e os níveis de ansiedade, assim como uma correlação negativa entre a idade, o número de gestações e a paridade, e os níveis de ansiedade das mães.

Netter (1977), por sua vez, pretende determinar quais os factores envolvidos na adaptação psicológica

a uma situação de gravidez, desejada e não desejada. A análise dos resultados, num estudo sobre 6117 grávidas, evidencia que a má adaptação psicológica, nas situações de gravidezes não desejadas, ocorre mais frequentemente em mães primíparas sem problemas reprodutivos e casadas há pouco tempo, enquanto que nas situações de gravidezes muito desejadas, é mais frequente nas mães que já têm outro filho e simultaneamente história anterior de aborto.

A importância dos factores obstétricos e da história reprodutiva é, ainda, apoiada pelos resultados do estudo de Lunenfeld, Rosenthal, Larholt, e Insler (1984), que comprovam a existência de correlações significativas entre a multiparidade, a vivência negativa de parto anterior e a ausência de informação acerca do nascimento e os níveis elevados de ansiedade materna na gravidez. Estes autores verificam também que a percepção do nascimento como uma experiência negativa, experiências adversas relativas a partos anteriores, parto distócico e origem étnica se associam a níveis mais elevados de ansiedade durante a gravidez.

Franché e Mikail (1999) acrescentam aos resultados anteriores dados novos que se referem ao casal na sua globalidade, pois constatam que os dois elementos do casal com história de aborto anterior apresentam de forma significativa, e na generalidade, mais sintomatologia depressiva e ansiedade específica relacionada com a actual gravidez, do que os elementos do casal pertencentes ao grupo de comparação. Contudo, as mulheres apresentam mais sintomatologia depressiva que os homens, sintomatologia que, no caso do grupo com história de aborto anterior, está significativamente relacionada com o auto-criticismo, a dependência interpessoal e o número de abortos prévios. Para as mulheres do grupo de comparação, a sintomatologia depressiva está significativamente associada ao ajustamento mútuo do casal. No caso particular da ansiedade específica da gravidez, verifica-se que, no grupo de mulheres com história de aborto anterior, está associada com a crença de que o comportamento próprio pode afectar a saúde do bebé; enquanto que, para as mulheres do grupo de comparação, está associada com a crença de que é o comportamento da equipa de saúde que pode afectar o bem-estar do feto (ver também Armstrong, 2000).

Cote-Arsenault e Dombeck (2001), procuram clarificar os resultados anteriormente descritos e colocam a hipótese que o grau de individualidade atribuído pela mãe ao feto morto pode ajudar a

compreender o significado que também atribui ao aborto e o grau de ansiedade que experiencia em posteriores gravidezes. Para testar esta hipótese, realizam um estudo descritivo em 72 mulheres múltiparas, com idades entre os 19-44 anos, história de 1 ou 2 abortos anteriores e constatam que, tal como previam, a atribuição de individualidade ao feto morto está significativamente relacionada com a ansiedade específica da gravidez e com a altura da gestação em que ocorreu o aborto anterior. Perante tais observações, estes autores concluem que procurar compreender as percepções e o significado que a mulher atribui a um aborto anterior, dando-lhes resposta, poderá funcionar como modo eficaz de suporte em gravidezes posteriores.

No que diz respeito ao impacto da infertilidade nos níveis de ansiedade atingidos durante a gravidez, Berkenkotter (2002) aplicou um conjunto de questionários a 20 mulheres com e 38 mulheres sem história prévia de infertilidade, no 3º trimestre de gravidez. Os resultados deste estudo indicam que as mulheres com história de infertilidade apresentam mais stress psicológico, menos afecto positivo e menos avaliações positivas do feto do que as mulheres sem história de infertilidade, apesar de ambos os grupos serem similares nas restantes medidas de ajustamento materno. Indicam ainda que a ansiedade específica relativamente ao feto está positivamente relacionada com a depressão e a perda de controlo emocional em ambos os grupos. De uma forma geral, esta investigação mostra que as mulheres com e sem história de infertilidade diferem no ajustamento materno, primariamente nos domínios do bem-estar psicológico e na apreciação do feto.

### *3.2. Influência de antecedentes psicopatológicos*

No domínio dos antecedentes psicopatológicos é de assinalar as investigações de Zajicek e Wolkind (1978), que salientam o passado psicopatológico da mulher enquanto factor de risco ao aparecimento de descompensação emocional durante a gravidez e o puerpério. Para determinar a existência ou não de continuidade entre as perturbações emocionais ocorridas antes, durante e após a gravidez, estes autores realizam um estudo prospectivo envolvendo dois grupos de primíparas. Deste modo, um grupo de 105 mulheres casadas e aleatoriamente seleccionadas de uma população pertencente à classe média, foi comparado com um grupo de 61 mulheres recrutadas

segundo dois critérios de vulnerabilidade: a existência de história psiquiátrica prévia e a ocorrência de separações dos pais na infância, num contexto familiar problemático. No grupo vulnerável, 82% das mulheres têm história psiquiátrica prévia e apresentam perturbação psicopatológica durante a gravidez; enquanto que, no grupo representativo, apenas 25% das mães apresentam dificuldades emocionais durante a gravidez, embora em 14% a perturbação seja suficientemente grave para interferir nas actividades habituais da mulher. Das mães com problemas emocionais na gravidez, 1/3 refere a existência de problemas psiquiátricos anteriores e apresenta muito frequentemente descompensação pós-natal. Os 2/3 restantes, que apenas descompensam na gravidez, são, na generalidade, grávidas com aumento de peso excessivo, hipertensão e toxemia, de tal modo que a gravidez pode ser vista como um período de stress específico, relativamente ao qual este grupo de mulheres não tem capacidade de resposta física e emocional adequada.

### *3.3 Acção dos factores psicossociais e das redes de suporte social e familiar*

Quando nos debruçamos sobre a importância das redes de suporte social e familiar em qualquer acontecimento significativo de vida, seja ele a gravidez ou outro, a conclusão abrangente que podemos tirar é que a existência de apoio por parte dos sistemas onde o indivíduo se insere e se move, funciona, geralmente, como um factor contendor e de suporte das adversidades que possam surgir. No entanto, são de destacar as observações de Lightfoot, Keeling, e Wilton (1982), obtidas num estudo que envolve a distribuição dos indivíduos por grupos, de acordo com os níveis de ansiedade que apresentam: no grupo com altos níveis ansiedade, os autores encontram a presença de mais dificuldades financeiras, menor nível educativo e, contrariamente ao que esperavam, a existência de familiares a viver nas proximidades, aspecto que é difícil de interpretar, pelo menos quando nada sabemos acerca da qualidade das relações que são estabelecidas. A generalidade dos estudos aponta, contudo, para a existência de uma correlação positiva entre a presença de acontecimentos adversos de vida e de pouco apoio social e a ocorrência de sintomatologia psicopatológica (depressiva e ansiosa) na gravidez (e.g. Norbeck & Anderson, 1989a, 1989b; Norbeck & Tilden, 1983).

É maior a probabilidade dos respondentes apresentarem elevados níveis de ansiedade durante a gravidez quando existe história prévia de psicoterapia, menos satisfação conjugal, mais problemas de saúde, preocupações acrescidas relativamente ao parto, ou acerca do impacto da maternidade na identidade profissional e no tempo disponível para a carreira. Em adição, menos suporte parental, que apoie a conciliação entre as responsabilidades maternas e profissionais, está também associado a mais ansiedade durante a gravidez (e.g. Landstrom, 1998).

Costa et al. (1999) acrescentam aos resultados anteriores o impacto negativo das más relações conjugais na valorização de acontecimentos negativos ocorridos no decurso da gravidez e nos níveis de ansiedade e stress específico da gravidez no 3º trimestre. Mais, quando os sujeitos consideram que a gravidez tem um impacto negativo na sua carreira profissional, a valorização dos acontecimentos negativos de vida e o stress específico da gravidez são também maiores no 3º trimestre.

#### **4. IMPLICAÇÕES DA ANSIEDADE DURANTE A GRAVIDEZ PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR DA MÃE**

A gravidez é vista por muitos autores como um momento de transição extremamente significativo durante a vida de um indivíduo que exige adaptações de diversa índole (e.g. Lederman, 1984; Lobel, 1998). A capacidade da mulher para se adaptar às mudanças e exigências da gravidez afecta a sua saúde física e mental e parece influenciar de igual forma a saúde do feto em gestação (e.g. Dunkel-Schetter & Lobel, 1998). A compreensão profunda da adaptação psicológica durante a gravidez e os seus efeitos na criança requer a consideração dos muitos factores que afectam a adaptação pré-natal.

Apesar das crescentes evidências que indicam que uma disposição optimista está associada ao bem-estar físico e psicológico, o estudo de Lobel, DeVincent, Kaminer, e Meyer (2000) é uma das poucas investigações que demonstra o impacto positivo do optimismo medido objectiva e prospectivamente. No que concerne ao impacto da ansiedade no decurso da gravidez, os dados obtidos por este trabalho alertam para a necessidade de uma análise global e integradora dos resultados das investigações anteriores, na medida em que nos faz perceber que pode não ser a acção directa das situações de stress que dá origem

a determinadas complicações para o feto ou para a mãe, mas uma outra variável, como o optimismo ou a ausência deste, que leva a que o stress seja percebido ou não pelo indivíduo como fazendo parte da sua vida (stress crónico) e ele como tendo ou não estratégias capazes para fazer face a situações adversas.

Tem sido proposto por numerosos autores que os factores sociais e psicológicos maternos podem influenciar o curso da gestação, bem como o bem-estar e saúde da mãe e do feto. Embora os primeiros trabalhos a sugerir tal conclusão fossem frequentemente limitados, mais recentemente os mesmos resultados são encontrados de forma consistente, em estudos prospectivos realizados com humanos e num largo corpo de investigação animal que os suportam.

As novas correntes que orientam a investigação e os cuidados de saúde prestados à mulher durante o período de gravidez impõem cada vez mais o uso de uma perspectiva holística (e.g. Grason, Hutchins, & Silver, 1999). Uma das inovações trazidas por esta perspectiva é a noção de que até mesmo os mais comuns sintomas físicos decorrentes da gestação, tais como as náuseas, os vómitos ou a fadiga, podem ser vistos como determinados pelo contexto psicossocial em que a mulher se insere. Neste sentido, uma associação entre a ocorrência de sintomas físicos e certas circunstâncias psicossociais tem sido procurada, destacando-se, pela relevância que assumem na clarificação da temática deste artigo, a presença de acontecimentos stressantes e a ausência de suporte social, enquanto aspectos que afectam o bem-estar da mulher grávida (e.g. Norbeck & Tilden, 1983).

Muitas são as investigações que procuram esclarecer a relação entre a frequência de sintomas físicos e a tipologia dos factores psicossociais envolvidos. Contudo, os resultados nem sempre são consensuais, como veremos na revisão da literatura que apresentamos a seguir. Mesmo assim, tendo em conta o elevado número de mulheres que experienciam este tipo de sintomas, todo a investigação que permita clarificar quais os factores envolvidos no fenómeno poderá contribuir de forma significativa para a melhoria do bem-estar das mesmas. Com efeito, se por um lado, existem estudos que indicam que o stress está entre os factores que mais determinam a ocorrência de náuseas e vómitos durante as primeiras etapas da gravidez (e.g. Iatrakis, Sakellaropoulos, Kourkoubas, & Kabounia, 1988; Chou, 2001), os resultados de outros estudos apontam para a inexistência de

correlações significativas entre estas variáveis, concluindo que o stress não se relaciona nem com as náuseas nem com a fadiga durante a gravidez (Paarlberg, Vingerhoets, Passchier, Keinen, Dekker, et al., 1996). Por sua vez, também encontramos investigações onde a direcção de causalidade se efectua no sentido contrário, sendo a fadiga encarada como uma das maiores fontes de stress e não como a sua consequência (Phelan, 1992).

Com o objectivo de clarificar a relação em causa, Chou, Lin, Cooney, Walker, e Riggs (2003) realizam um estudo onde testam em que medida a frequência de sintomas físicos durante o primeiro trimestre de gravidez se relaciona com determinadas variáveis psicossociais, como seja: a presença de stress, suporte social e sintomas depressivos, os comportamentos relativos à saúde e o estatuto profissional. Da análise dos resultados obtidos constatam que alguns factores psicossociais se relacionam com a ocorrência de náuseas, vómitos e fadiga no primeiro trimestre de gravidez: os sintomas depressivos, que têm a correlação mais elevada com todos os tipos de sintomas referenciados, e o suporte social, que se apresenta negativamente relacionado com a frequência de náuseas e vómitos. Por clarificar, contudo, está o facto de saber se os sintomas depressivos e o suporte social precedem ou resultam dos sintomas físicos.

Têm também sido encontradas relações significativas entre a presença de níveis elevados de ansiedade durante a gravidez e uma vasta gama de complicações médicas ocorridas no decurso ou sequência da mesma.

Erickson (1975) comparou um grupo de mulheres que apresenta complicações perinatais com um grupo de controlo, tendo como objectivo determinar as variáveis psicológicas que mais contribuem para as complicações obstétricas. Os medos, a ansiedade e a dependência são, neste estudo, os melhores preditores das complicações obstétricas consideradas: trabalho de parto prolongado, parto instrumental e baixos índices de apgar.

Anos mais tarde Magni et al. (1983) verificam que, de entre as 114 mulheres entrevistadas no 6º mês de gravidez relativamente a acontecimentos de vida recentes e ao suporte social, aquelas que apresentam complicações obstétricas assinalam de forma significativa mais acontecimentos de vida considerados incontroláveis durante o trimestre que precede a entrevista. Contudo, não se verificam diferenças significativas entre os grupos com e sem

complicações obstétricas, no que diz respeito ao suporte social, à ansiedade geral e à ansiedade específica da gravidez.

Rizzardo, Magni, Cremonese, Rossi e Cosentino (1988) verificam, ainda, que a ansiedade estado no 3º mês de gestação é significativamente mais elevada e oscila mais ao longo de todo o período de gravidez, com níveis significativamente superiores no 3º e 9º mês, em 77 sujeitos com complicações obstétricas. Tais variações não foram encontradas nos restantes 32 sujeitos estudados, os quais apresentam gravidezes sem quaisquer complicações. Nenhuma das outras variáveis psicossociais se mostra relacionada com as complicações obstétricas.

Johnson e Slade (2003), num artigo de revisão, examinam a contribuição das investigações mais recentes para o estudo dos efeitos da ansiedade durante a gravidez. Estes autores partem da hipótese de que uma das causas possíveis para a ocorrência de complicações obstétricas é o aumento dos níveis hormonais no útero. Consideram também ser provável que a ansiedade, conhecida por influenciar os níveis hormonais, possa, deste modo, estar implicada como determinante distal nas complicações obstétricas. Apesar das limitações metodológicas com que se deparam no processo de revisão bibliográfica, os autores apontam que, e muito embora a associação global entre ansiedade e complicações obstétricas por si só possa não existir, tipos específicos de ansiedade, tais como conflitos familiares, o medo do parto, podem estar associados a complicações obstétricas específicas, como trabalho de parto demorado ou necessidade de cesariana (ver também Davids & Devault, 1962; Davids, Devault, & Talmadge, 1961).

Mais, estudos têm sugerido uma relação directa entre o stress materno pré-natal e outras complicações médicas, durante a gravidez.

Um risco aumentado de aborto espontâneo foi encontrado para acontecimentos de vida recentes altamente ansiógenos (morte de alguém próximo ou ser vítima de crime) (e.g. Neugebauer, Kline, Stein, Shrout, Warburton, et al., 1996) e para stress no local de trabalho (e.g. Fenster, Schaefer, Mathur, Hiatt, Pieper, et al., 1995).

Depressão e ansiedade (e.g. Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila, & Ylikorkala, 2000) e também algumas formas de stress profissional (e.g. Landbergis & Hatch, 1996), experienciados durante o primeiro trimestre de gestação, parecem estar associados ao aumento do risco de desenvolvimento de pré-eclampsia em fases tardias de gravidez.



O estudo de Morris e Haddah (1989) que pretende avaliar os efeitos da ansiedade no bem-estar materno, mostra ainda que as mães ansiosas têm maior probabilidade de recorrer à analgesia epidural aquando do parto.

## 5. CONCLUSÃO

Ao longo dos anos, a passagem de uma visão minimalista para uma análise mais integradora e holística do ser humano traduziu-se numa maior complexificação, mas também no enriquecimento do conhecimento do Homem. Aquilo que antes era reduzido a aspectos médicos e variáveis biológicas passa hoje a ser entendido como o resultado de uma acção conjugada de várias forças, biológicas, psicológicas, sociais e culturais.

A ansiedade, uma variável inerentemente psicológica, passa a ser encarada como factor determinante em áreas anteriormente consideradas do domínio exclusivamente médico, como é o caso dos processos relacionados com a gestação e o parto. De facto, tal como sinalizam os estudos apresentados ao longo deste artigo, embora a presença de ansiedade seja um denominador comum a qualquer processo gravídico normativo, um número elevado de mulheres atinge níveis que podem ser considerados de risco. Divergências ocorrem entre os autores quanto à variação nos valores de ansiedade durante a gravidez, o parto e o pós-parto, na sua comparação com a ocorrência de sintomatologia depressiva durante este mesmo período e nas características sócio-demográficas dos sujeitos que apresentam níveis mais elevados de ansiedade. Tal alertam-nos para a possível existência de múltiplos aspectos integrados na mesma realidade que é a ansiedade e que, embora interrelacionados, se referem a aspectos distintos da experiência de stress durante a gravidez e impedem uma interpretação linear dos dados obtidos.

Existem múltiplos factores a determinar o aumento

dos níveis de ansiedade durante a gravidez (influência dos factores obstétricos e da história reprodutiva, antecedentes psicopatológicos e factores psicossociais e redes de suporte social e familiar). Nesta questão os dados empíricos sugerem, de forma geral, que o modo como a mãe vivencia a gravidez depende da ocorrência de complicações de diversa índole em gestações anteriores, manifestando-se o seu efeito proactivo, invariavelmente, numa acentuação dos níveis de ansiedade ao longo da gravidez em curso. Também a existência de um passado psicopatológico e a falta de apoio social e familiar surgem como factores de risco ao aparecimento de uma descompensação emocional durante a gravidez.

Quanto à análise das principais consequências dos níveis elevados de ansiedade no decurso da gestação destacam-se as suas claras implicações negativas para a saúde e bem-estar da mulher: os sintomas físicos decorrentes da gestação, tais como náuseas, vómitos e fadiga, são agravados; há maior ocorrência de complicações obstétricas de diversa índole; há um aumento do risco de desenvolvimento de pré-eclampsia; e é maior a probabilidade de recurso a analgesia de parto.

Comprovado o efeito adverso da ansiedade gravídica, muito para além dos nove meses de gestação, em diversos domínios, designadamente na saúde e bem-estar da mulher durante o parto, parece-nos justificada a necessidade urgente de encontrar e implementar medidas que possibilitem a redução da ansiedade materna durante a gravidez, enquanto medida fundamental para garantir a prestação de cuidados adequados à mulher e a diminuição da morbilidade associada a este período de vida.

De modo a garantir a eficácia desta intervenção, a mesma deverá focar-se sobre cada uma das componentes da ansiedade e envolver, de forma, específica, mas articulada, todos os elementos envolvidos no processo em causa, que assinalamos no presente artigo.

## BIBLIOGRAFIA

- ARMSTRONG, D. S. (2000). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 339-345.
- ASTBURY, J. (1980). The crisis of childbirth: can information and childbirth education help? *Journal of Psychosomatic Research*, 31(6), 743-756.
- BALLINGER, C. B. (1987). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 629-634.

- BERKENKOTTER, E. (2002). Prenatal maternal adjustment after infertility. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(9-B), 4209.
- BHAGWANANI, S. G., SEAGRAVES, K., DIERKER, L. J., & LAX, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 93-98.
- BRENES G. A., & MILO, K. M. (2000). A pregnant woman's fear of her baby. *Psychosomatics*, 41(6), 531-534.
- Bromet, E. J., & Cornely, P. J. (1984). Correlates of depression in mothers of young children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 335-342.
- BURNSTEIN, I., KINCH, R. A. H., & STERN, L. (1974). Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118(2), 195-199.
- CHOU, F. H., LIN, L. L., COONEY, A. T., WALKER, L. O., & RIGGS, M. W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 119.
- CHOU, F.H. (2001). *The adaptation to pregnancy in Taiwanese women who experience different severities of nausea and vomiting*. Unpublished doctoral dissertation. University of Texas at Austin, Texas.
- CHUNG, T., LAU, T., YIP, A., CHIU, H., & LEE, D. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830-834.
- COSTA, D., LAROCHE, J., DRITSA, M., & BRENDER, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6) 609-621.
- COTE-ARSENault, D., & DOMBECK, M. T. B. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care for Women International*, 22(7), 649-665.
- COX, D. N., & READING, A. E. (1989). Fluctuations in state anxiety over the course of pregnancy and the relationship with outcome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 10, 71-78.
- COX, J. L. (1978). Socio-cultural determinants of psychiatric morbidity associated with childbearing. In M. Sandler (Ed.), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 91-98). Oxford University Press.
- COX, J. L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401-405.
- DAVIDS, A., & DEVAULT, S. (1962). Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities. *Psychosomatic Medicine*, 24(5), 464-470.
- DAVIDS, A., DEVAULT, S., & TALMADGE, M. (1961). Anxiety, pregnancy, and childbirth abnormalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25, 74-77.
- DUNKEL-SCHETTER, C., & LOBEL, M. (1998). Pregnancy and childbirth. In E. A. Blechman, & K. D. Brownell (Eds.). *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook* (pp. 475-482). New York: Guilford Press.
- ELLIOTT, A., RUGG, A. J., WATSON, J. P., & BROUGH, D. I. (1983). Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 295-308.
- ENGEL, G.L. (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 8, 129-136.
- ERICKSON, M. T. (1975). The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 207-210.
- EVANS, J., HERON, J., FRANCOMB, H., OKE, S., & GOLDING, J. (2001). Cohort of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- FENSTER, L., SCHAEFER, C., MATHUR, A., HIATT, R. A., PIEPER C., & HUBBARD, A. E. (1995). Psychologic stress in the work place and spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, 142, 1176-1183.
- FIGUEIREDO, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares (org.), *Trajetórias (in)adaptadas de desenvolvimento* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto Editora.
- FIGUEIREDO, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- FIGUEIREDO, B. (2004). Depressão na gravidez: quais as consequências para a mãe e o bebé? In I. Leal, & C. Faria (Eds), *Psicologia da gravidez e da parentalidade, in press*.
- FIGUEIREDO, E., MENDONÇA, T., COSTA, M. E., CASTRO, M. S., PEDROSO, M., LEITE, P., MORAIS, M. R., & MANSILHA, M. A. (1982). Processo gravídico e ansiedade. Primeiros dados. *O Médico*, 1592(3), 35-40.

- FLEMING, A. S., RUBLE, D. N., FLETT, G. L., & VAN WAGNER, V. (1990). Postpartum adjustment in first-time mothers: changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology*, 26(1), 137-143.
- FRANCHE, R., & MIKAIL, S. F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science and Medicine*, 48(11), 1613-1623.
- GORMAN, L., O'HARA, M., FIGUEIREDO, B., HAYES, S., JAQUEMAIN, M., KAMMERER, M., KLIER, C., ROSI, S., SENEVIRATNE, T., SUTTER-DALLAY A-L & TCS-PND GROUP. Symptom profiles of DSM-IV (SCID) diagnoses in pregnant and postnatal woman. TCS-PND Study 3. *British Journal of Psychiatry Supplement*, in press.
- GRASON, H. A., HUTCHINS, J. E., & SILVER, G. B. (1999). Introduction: Toward a new vision of women's health. In H. A. Grason, J. E. Hutchins, & G. B. Silver (Eds.), *Charting a course for the future of women's and perinatal health: Vol. 2-Reviews of key issues* (pp. 1-3). Baltimore, MD: Women's and Children's Health Policy Center, Johns Hopkins School of Public Health.
- IATRAKIS, G. M., SAKELLAROPOULOS, G. G., KOURKÓUBAS, A. H., & KABOUNIA, S. E. (1988). Vomiting and nausea in the first 12 weeks of pregnancy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(10), 22-24.
- JINADU, M. K., & DARAMOLA, S. M. (1990). Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the yoruba women in Nigeria. *Internacional Journal of Social Psychiatry*, 36(2), 93-98.
- JOHNSON, R. C., & SLADE P. (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(1), 1-14.
- JOSEFSSON, A., BERG, G., NORDIN, C., & SYDSJO, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
- KALIL, K. M., GRUBER, J. E., CONLEY, J., & SYTNIAC, M. (1993). Social and family pressures on anxiety and stress during pregnancy. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8, 113-118.
- KENDELL, R. E. (1978). Childbirth as an aetiological agent. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 69-79). Oxford: Oxford University Press.
- KENDELL, R. E., RENNIE, D., CLARKE, J. A., & DEAN, C. (1981). The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine*, 11, 341-350.
- KENDELL, R. E., WAINRIGHT, HAILEY, A., & SHANNON, B. (1976). The influence oh childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, 6, 297-302.
- KUMAR, R., & ROBSON, K. (1978). *Neurotic disturbances during pregnancy and the puerperium: preliminary report of a prospective survey of 119 primiparae*. In M. S. ed (Ed.) (pp. 40-51). London: Oxford University Press.
- KUMAR, R., & ROBSON, K. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- KURKI, T., HIILESMAA, V., RAITASALO, R., MATTILA, H., & YLIKORKALA, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 487-490.
- LANDBERGIS, P. A., & HATCH, M. C. (1996). Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension. *Epidemiology*, 7, 346-351.
- LANDSTROM, R. H. (1998). Career women in their first pregnancy: How expectations of career-motherhood conflicts relate to psychological distress. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58 (12-B), 6814.
- LEDERMAN, R. P. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LIGHTFOOT, E. C., KEELING, B., & WILTON, K. M. (1982). Characteristics distinguishing high-anxious and medium/low-anxious women during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(3), 345-350.
- LOBEL, M. (1998). Pregnancy and mental health. In H. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 229-238). San Diego, CA: Academic Press.
- LOBEL, M., DEVINCENT, C. J., KAMINER, A., & MEYER, B. A. (2000). The Impact of Prenatal Maternal Stress and Optimistic Disposition on Birth Outcomes in Medically High-Risk Women. *Health Psychology*, 19(6), 544-553.
- LUNENFELD, E., ROSENTHAL, J., LARHOLT, K. M., & INSLER, V. (1984). Childbirth experience – Psychological, cultural and medical associations. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 165-171.

- MAGNI, G. *et al.* (1983). Fattori psicosociali e complicanze della gravidanza e del parto / Psychosocial factors and complications of pregnancy and birth. *Medicina Psicosomatica*, 28(2), 129-137.
- MARCUS, S., FLYNN, H., BLOW, F., & BARRY, K. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
- MCNEIL, T. F., KAIJ, L., & MALMQUIST-LARSSON, A. (1984). Women with nonorganic psychosis: mental disturbance during pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 127-139.
- MEARES, R., GRIMWADE, J., & WOOD, C. (1976). A possible relationship between anxiety in pregnancy and puerperal depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 605-610.
- NETTER, P. (1977). Psychosomatic complaints and patterns of reproductive history. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 105-113.
- NEUGEBAUER, R., KLINE, J., STEIN, Z., SHROUT, P., WARBURTON, D., & SUSSER, M. (1996). Association of stressful life events with chromosomally normal spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology*, 143, 588-596.
- NORBECK, J. S., & ANDERSON, N. J. (1989a). Life stress, social support and anxiety in mid and late-pregnancy among low income women. *Research in Nursing and Health*, 12, 281-287.
- NORBECK, J. S., & ANDERSON, N. J. (1989b). Psychosocial predictors of pregnancy outcomes in low-income black, Hispanic, and white women. *Nursing Research*, 38(4), 204-209.
- NORBECK, J. S., & TILDEN, V. P. (1983). Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 30-46.
- O'HARA, M. W., NEUNABER, D. J., & ZEKOSKI, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- OHMAN, S. G., GRUNEWALD, C., & WALDENSTROM, U. (2003). Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 148-152.
- PAARLBERG, K. M., VINGERHOETS, A. J. J. M., PASSCHIER, J., KEINEN, A. G. J. J., DEKKER, G. A., & VAN GEIJN, H. P. (1996). Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17(2), 93-102.
- PAFFENBERG, R. S. (1964). Epidemiological aspects of postpartum mental illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 18, 189-195.
- PAFFENBERGER, R. S. (1982). Epidemiological aspects of mental illness associated with childbearing. In I. Brockington, & Kumar, R. (Ed.), *Motherhood and mental illness* (pp. 21-36). London: Academic Press, Inc.
- PAGEL, M. D., SMILKSTEIN, G., REGEN, H., & MONTANO, D. (1990). Psychosocial influences on newborn outcomes: a controlled prospective study. *Social Science and Medicine*, 30, 597-604.
- PAJULO, M., SAVONLAHTI, E., SOURANDER, A., HELENIUS, H., & PIHA, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorder*, 65, 9.
- PHELAN, S. T. (1992). Sources of stress and support for the pregnant resident. *Academic Medicine*, 67, 408-410.
- PODBILEWICZ-SCHULLER, Y. (1997). Women's personal and marital adjustment during the transition to parenthood: Personality, contextual, and demographic correlates. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(10-B), 6588.
- PUGH, T. F., JERATH, B. K., SCHMIDT, W. M., & REED, R. B. (1963). Rates of mental disease related to childbearing. *New England Journal of Medicine*, 268, 1224-1228.
- RIZZARDO, R., MAGNI, G., CREMONESE, C., ROSSI, R. T., & COSENTINO, M. (1988). Variations in anxiety levels during pregnancy and psychosocial factors in relation to obstetric complications. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(1), 10-16.
- SINGH, U., & SAXENA, M. S. (1991). Anxiety during pregnancy and after child birth. *Psychological Studies*, 36(2), 108-111.
- THOMPSON, L. M., MURPHY, P., O'HARA, J., & WALLYMAHMED, A. (1997). Levels of daily hassles and uplifts in employed and non-employed pregnant women. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 15, 271-280.

ZAJICEK, E., & WOLKIND, S. (1978). Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 379-385.

