

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ E APÓS O PARTO

Ana Isabel Silva* & Bárbara Figueiredo**

*Ana Isabel Silva. Licenciada em Psicologia. Investigadora no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e na Maternidade Júlio Dinis (Porto).

**Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

A correspondência deve ser enviada para:

Bárbara Figueiredo

Departamento de Psicologia

Universidade do Minho

Campus de Gualtar

4700-320 Braga

bbfi@iep.uminho.pt

Abstract

O período de gravidez e pós-parto é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, relacionais e sociais intensas, que podem ter uma influência directa e indirecta na vivência da sexualidade. Sendo este uma fase de transição, que implica novos equilíbrios e adaptações, é também um momento particularmente propício a uma nova integração da sexualidade. Esta integração poderá levar a um aprofundamento da vivência sexual na relação do casal ou, pelo contrário, desencadear o início de dificuldades várias, conduzindo a disfunções e problemas com impacto negativo na saúde física e psicológica da gestante e do seu companheiro. As investigações levadas a cabo nesta área, que apresentamos no presente artigo, indicam que a gravidez e o pós-parto constituem uma fase crítica para o início ou agravamento de problemas sexuais, na medida em que, desejo, interesse e actividade sexual tendem a diminuir, durante este período. O impacto dos resultados empíricos ao nível da intervenção psicológica na transição para a parentalidade é também analisado.

The period of pregnancy and after childbirth is characterized by biological, psychological, relational and social changes that can have a direct and indirect influence in experiencing sexuality. Being this a changing phase, that implies new balances and adaptations, it is also a particularly propitious phase for a new integration in sexuality. This integration could lead to a deepening of the sexual experience in the couple or, on the other hand, to unchain the beginning of several difficulties, leading to disfunctions and problems with negative impact

in the physical and mental health of the pregnant women and her partner. In the present article, we present research that indicates that pregnancy and the after-childbirth constitute a critical phase for the beginning or worsening of sexual problems, seeing that, desire, interest and sexual activity tends to diminish, during this period. The impact of the empirical results on a psychological intervention level in the transition to parenthood was also analyzed.

1.Introdução

Se analisarmos a transição para a parentalidade segundo uma perspectiva do ciclo vital, não só entendemos que assistimos nas últimas décadas a consideráveis mudanças a nível socio-económico e cultural que acompanham a chegada de um filho, como percebemos também uma maior valorização da circularidade das relações (conjugais, familiares) aquando desta experiência desenvolvimental, qualitativamente diferente de todas as restantes.

A transição para a parentalidade implica um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais para a mulher e para o homem, particularmente no que se refere aos relacionamentos significativos a nível individual, do casal e da família. Impõe, por um lado, a nível individual, a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interação observados com e entre os pais, e, por outro lado, ao nível do casal, a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para a tarefa conjunta de cuidar do bebé (Figueiredo, 2004). A gravidez e o pós parto são processos bem definidos, limitados no tempo e ligados à reprodução. Enquanto experiência humana,

compreendem um grande espectro de mudanças biológicas, psicológicas, e interpessoais a nível físico, cognitivo, emocional e comportamental. Estas mudanças representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação do indivíduo (Grant, 1992).

1.1 Mudanças biológicas e físicas

O processo gravídico é um importante desafio adaptativo aos ritmos metabólicos, hormonais e fisiológicos da mulher. As mudanças biológicas e físicas passam por variações ao nível da secreção hormonal, da estrutura e da função dos órgãos reprodutores.

Os nove meses de gestação são caracterizados por uma rápida alteração hormonal marcada por um elevado aumento da produção de estrogénios e progesterona, assim como por uma diminuição das gonadotrofinas. É ainda estabelecida uma particular ligação entre as glândulas que produzem adrenalina na gestante, os ovários e a placenta. A estrutura e o tecido conectivo e de ligação, amaciam a estrutura pélvica, dando-lhe flexibilidade e impedindo-a de perder parte da sua estabilidade. Registam-se ainda algumas alterações ao nível capilar e da pele, verificando-se também um aumento ao nível do volume do coração e uma diminuição da actividade intestinal. É ainda frequente um aumento da contracção da bexiga e da sua reactividade. As mudanças mais visíveis passam obviamente pelo nítido aumento do volume abdominal e dos seios. Às alterações corporais que se sucedem ao longo da gravidez, associam-se por vezes sentimentos de perda da auto-estima devido a percepções subjectivas de fraca atractividade física e incapacidade de

sedução. Frequentemente também subsiste a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez.

As principais mudanças que ocorrem no pós-parto consistem numa diminuição do nível de estrogénios e progesterona, bem como no aumento de prolactina, durante o período de amamentação. Simultaneamente, o tamanho do útero diminui. A mulher experiencia frequentemente sequelas perinatais durante as primeiras semanas após o parto. As complicações físicas mais frequente incluem a mastite e o endométrio puerperal.

A concepção, o nascimento e a maternidade podem ser considerados experiências originais e importantes para a mulher. A gestação altera irreversivelmente o curso da vida de uma mulher, pois uma vez grávida, já não há retorno ao estado psicológico pré-gravídico (Bibring, Dwyer, & Huntington, 1961).

Em geral, para a mulher, a gravidez é o momento de consolidação de um sentimento de controlo do próprio corpo, bem como de fertilidade. No entanto, nem sempre o processo de integração de uma nova imagem corporal de si própria é pacífico e, segundo Tobbin (1999), pode mesmo representar para a mulher deixar de ter controlo sobre o seu corpo. O carácter irreversível da maternidade coloca frequentemente a gestante perante novas emoções, pensamentos, angústias e alegrias. Os medos relacionados com a perda do bebé, da sua própria autonomia, contrastam e equilibram – se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe.

Os processos de gravidez e maternidade, como mudanças que são implicam stress (Ball, 1994; Boss, 1988; Canavarro, 2001; Vaz Serra, 1999). No entanto, se encararmos a adaptação à maternidade como um período de crise, estamos também a reconhecer que constitui um momento especial de mudança psicológica para a própria gestante e para o companheiro, nomeadamente ao nível da segurança emocional. As vulnerabilidades e descompensações físicas e psicológicas abrem espaço para uma nova resposta mais adaptativa, com importante impacto ao nível do desenvolvimento psicológico dos pais.

1.2 Mudanças no relacionamento marital e familiar

As mudanças que ocorrem a nível familiar, após a chegada de um filho, são consideráveis. A estrutura da nova família complexifica-se. O bebé constitui um novo elemento completamente dependente dos pais. Aliás, já antes do nascimento e entrada efectiva para o sistema familiar, o bebé irá construindo o seu espaço através do imaginário e das fantasias dos pais.

Mesmo quando a transição para a parentalidade esperada e normativa, implica consideráveis mudanças no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior. Os níveis de stress que esta reorganização implica, são, naturalmente variáveis de mulher para mulher e de casal para casal. De qualquer modo, é um processo que implica sempre descentração e o assumir novos papéis. Dada a alteração na estrutura familiar, não é de surpreender, que venha a ter reflexos ao nível do próprio relacionamento conjugal..” *A gravidez e a maternidade assinalam no processo evolutivo familiar uma das suas crises normativas: a transição da conjugalidade para a parentalidade. Em termos relacionais, os elementos do par conjugal – prestes a tornarem-se também par*

parental – pais – são elementos fundamentais na gestão/definição do seu significado e valores familiares” (Relvas, 2001 p.108).

Se por um lado, o nascimento de um filho pode constituir um marco de consolidação de um projecto de vida a dois e emocionalmente investido, por outro lado, uma fraca e inadequada adaptação/integração deste novo papel pode também, em alguns casais, representar um “estorvo” ou “obstáculo” à relação marital pré-estabelecida. Sendo que aí “...*a maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda de uma determinada organização conjugal ou da sua exclusividade” (Canavarro, 2001 p.32)*

Porém, este impacto não ocorre apenas ao nível do sistema conjugal, estendendo-se também à família mais alargada: ao funcionar como um elo de ligação entre duas gerações, com todo o significado emocional que isso implica, a chegada do novo bebé assume um significado importante também para toda a família. “...*Pode dizer-se que este acontecimento exprime a concretização da ligação biológica entre duas famílias de origem, ela própria irrevogável. Expressa, ainda, a notável competência do bebé para criar novos papéis, funções e laços de parentesco (avós, tios, tias, primos...). A conjugação destes dois aspectos vai concretizar o sentimento de continuidade na família” (Relvas, 2001 p.124).*

O período da gravidez e pós-parto caracteriza-se, para a mulher, por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais intensas, como já foi descrito. Directa ou indirectamente, consciente ou inconscientemente, não é de surpreender, que o conjunto das alterações possa ter um impacto substancial

ao nível da vivência da sexualidade. A gravidez apresenta um desafio na preparação para um relacionamento triádico e, ao mesmo tempo, na continuação de um relacionamento diádico com o companheiro, incluindo a sexualidade partilhada enquanto fonte de ligação emocional ao outro (Wimmer-Puchinger, 1992). A integração da aprendizagem de todas estas mudanças pode conduzir a um maior stress e dificuldades várias ao nível do relacionamento sexual com o cônjuge.

O significado médico e psicológico do relacionamento sexual no casal, durante o período de gravidez, reveste-se de grande importância. Por um lado, a actividade sexual pode constituir um factor de risco, através da penetração e do orgasmo feminino – que podem prejudicar o feto; enquanto que, pode ser um factor protector, dado a actividade sexual constituir também uma fonte importante de satisfação e bem-estar conjugal. Como foi demonstrado em diversos estudos, a satisfação com o relacionamento marital diminui marcadamente durante a gravidez e depois do nascimento do primeiro filho. (Hyde, DeLamater Shibley , Plant & Byrd 1996, Sydow, 1998). As frequentes dificuldades conjugais podem ter um impacto negativo a médio e a longo prazo, quer ao nível da saúde física, quer ao nível do bem-estar psicológico da mulher e do homem (Figueiredo, 2004).

Todas as alterações experienciadas neste momento, permitem compreender e dão fundamento aos resultados até ao momento descritos na literatura, que apontam que a transição para a parentalidade, efectivamente, é um momento de maior vulnerabilidade para o início ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou pré-existentes.

Ao trabalho pioneiro de Master e Johnson (1966), apenas um reduzido número de estudos foi acrescentado no sentido de investigar o impacto que o período da gravidez pode desempenhar aos mais diversos níveis da experiência sexual no casal.

Segundo Kirsten von Sydow (1998), os trabalhos acerca da sexualidade e gravidez já publicados podem dividir-se segundo três grandes momentos temporais: de 1950 aos anos 80, em que o principal objectivo era o de saber até que ponto o sexo poderia ser “permitido” durante a gravidez. Dos anos 80 aos anos 90, em que o avanço dos primeiros estudos permitiu a criação de diferentes assumpções ao nível da conceptualização e das premissas de investigação nesta área, problematizando-se já a questão de perceber as relações entre factores sócio-demográficos e actividade sexual na gravidez. E, finalmente, um terceiro momento, no qual se inscrevem estudos actuais que investigam o modo como a qualidade da relação com o companheiro se desenvolve na transição para a parentalidade, tendo em conta o impacto ao nível do relacionamento sexual do casal durante este período.

2. Desejo e frequência do relacionamento sexual

Os investigadores que se debruçaram sobre a questão da sexualidade durante a gravidez relatam geralmente uma diminuição ao nível do desejo sexual, bem como na frequência coital, entre o primeiro e o último trimestre de gestação. (Falicov 1973; Lumley, 1978; Morris, 1975; Reamy, White, Daniell, & Le Vine, 1982; Ryding, 1984; Solberg, Butler & Wagner, 1973; Tolor & DiGrazia, 1976). A penetração vaginal é praticada pela maioria dos casais até ao sétimo mês, por três quartos até ao oitavo mês e até ao nono mês por um terço; o último

coito ocorre, em geral, cerca de um mês antes do parto, embora algumas gestantes (10%) se abstenham de penetração durante toda a gravidez, na generalidade dos estudos. A posição de missionário deixa de ser a posição escolhida durante este período (Sydow, 1998).

Master e Johnson (1966) relatam contudo “um aumento do erotismo e desempenho sexual” no segundo trimestre de gravidez, numa amostra de 101 grávidas, apesar de este resultado não se encontrar suficientemente replicado. Outros investigadores não observam qualquer mudança na actividade sexual do primeiro para o segundo trimestre, ou detectam um declínio apenas ligeiro (e.g Bermudéz, Sánchez & Buela-Casal 2001; Sueiro, Gayoso, Perdiz & Doval 1998.) A quase totalidade dos investigadores, incluindo Master e Johnson (1966), verifica um “declínio marcado ao nível da frequência coital do segundo para o terceiro trimestre de gestação”. Segundo uma recente revisão levada a cabo por Sydow (1998), a generalidade dos estudos aponta para um declínio significativo no primeiro trimestre ou uma tendência para uma constância comportamental e um declínio significativo durante o terceiro trimestre, já no segundo trimestre esse resultado é mais variável e não tão consensual.

Sueiro, Gayoso, Perdiz e Doval (1998), por exemplo, apresentam que nem o desejo sexual nem a frequência sexual são afectados pela gravidez. Aquilo que observam são mudanças ao nível do comportamento sexual, nomeadamente ao nível das posições de coito. Verificam ainda que, em alguns casos, o coito é substituído pela masturbação e pela introdução de práticas sexuais gratificantes para ambos os cônjuges.

Numa posição intermédia podemos encontrar a investigação de Bermudéz Sánchez e Buela Casal (2001): os resultados destes investigadores remetem

para a ausência de um desejo sexual significativamente diminuído durante o período de gestação. Apesar de estas observações contrariarem a grande parte dos restantes estudos, acrescentam ainda um aumento do desejo sexual, diminuído durante o período entre o sexto e o nono mês, já concomitante e consensual com os restantes trabalhos.

À gestação estaria sobretudo associada uma diminuição significativa na frequência mensal do relacionamento sexual com penetração, segundo Sprecher e Schwartz (1995). Um estudo de De Judicibus e McCabe (2002) sustenta o precedente na medida em que aponta para uma redução do desejo sexual, da frequência do coito e da satisfação sexual. Contudo, um número reduzido de mulheres relata a perda total de desejo sexual, de satisfação e a interrupção do coito sexual durante o último trimestre.

Oruc, Esen, Lacin e Hakan (1999) registam igualmente um decréscimo da frequência coital logo no primeiro trimestre de gravidez, que se agrava no segundo trimestre até alcançar o seu valor mais baixo, já no último trimestre. Neste estudo, menos de metade das mulheres relata uma diminuição do desejo sexual durante a gravidez, enquanto 71.5% não relatam qualquer mudança e apenas 4.4% revelam um aumento a este nível. Cerca de um quarto da amostra afirma ter evitado a penetração ao longo de todo o período gravídico, sendo que cerca de metade apenas revela tê-lo feito algumas vezes. Somente 26% dizem não ter experienciado qualquer alteração de comportamento comparativamente ao estado anterior à gravidez.

Mahnoud et al. (1995) numa amostra de 220 mulheres kwaitianas convergem nas conclusões no sentido de, o diagnóstico de gravidez conduzir a um declínio da frequência coital que se estende ao longo da gravidez e do pós-parto.

Uma investigação acerca do comportamento sexual de 550 gestantes nigerianas conclui a existência de uma redução na frequência média de actividade sexual durante a gravidez, que passa de 2.5 vezes por semana no estado pré-gravídico para o valor de 1.3 durante o período gravídico. A frequência média de penetração vaginal apresenta igual diminuição ao longo da gestação, particularmente nos três últimos meses (Orji, Ogunlola & Fasubaa 2002).

Haines, Shan, Kuen, Leung, Chung & Chin (1996) num estudo retrospectivo sobre uma amostra de 150 mulheres chinesas constata, do mesmo modo, uma diminuição significativa da actividade sexual no primeiro trimestre de gestação relativamente ao estado pré-gravídico. A frequência coital decai também do primeiro para o segundo e ainda do segundo para o terceiro trimestre de gravidez.

A frequência de penetração vaginal é ainda reduzida até às 6-8 semanas do pós-parto (dados médios referentes a amostras europeias e americanas), ou até às dezasseis semanas e meia, noutros contextos culturais (Orji et al 2002, Sydow 1998). Antes das seis semanas do pós-parto, apenas 9 a 17% dos casais afirmam ter tido relações sexuais com penetração vaginal, contudo, durante a sexta semana, a percentagem de 50 a 62%, sobe no segundo mês pós-parto para 66 a 94% das díades que consolidam a actividade sexual com penetração, valor que só atinge os 97% no décimo terceiro mês do puerpério. A frequência coital é assim ainda mais reduzida no primeiro ano após o nascimento do bebé do que no período gravídico (Sydow, 1998).

3. Interesse e iniciativa sexual

A generalidade dos estudos revela que o interesse sexual das gestantes apresenta um declínio ligeiro no primeiro trimestre e uma diminuição forte no último trimestre de gestação. O interesse sexual é, por outro lado, interindividualmente variável, em especial, durante o segundo trimestre de gestação (Master & Johnson 1966, Morris 1975, Reamy et al 1982, Soldberg et al 1973).

Os resultados de Holtzman (1976) indicam uma diminuição do interesse sexual de 25% das gestantes no primeiro trimestre de gravidez, 32% no segundo e de 48% no terceiro trimestre. Inversamente, encontra um aumento do interesse em 24% da amostra, no primeiro trimestre de gestação mas apenas de 4% no último.

A revisão da literatura de Sydow (1998) conclui que existe claramente uma manutenção ou ligeiro decréscimo do interesse sexual feminino durante o primeiro trimestre de gravidez, diminuição marcada nos três últimos meses, mas mais uma vez variável no segundo trimestre. No entanto, relativamente ao interesse sexual masculino, os dados apontam para a sua manutenção até ao final do segundo trimestre de gestação, assistindo-se depois a uma igual significativa diminuição.

O interesse das mulheres por carícias/ternura mantém-se contudo inalterado ou aumenta no período gravídico. De igual modo, a preferência por actividades eróticas tende a manter-se sem variação na gravidez e no pós-parto. Porém, a estimulação vaginal torna-se menos importante no segundo e no terceiro trimestres. Em geral, por ordem de importância, as mulheres preferem: carícias

não-genitais, estimulação clitoriana e dos seios, estimulação vaginal, sexo oral e finalmente sexo anal.

Apesar de existir um número muito limitado de estudos, aquilo que parece acontecer é que, no período pós-parto, os companheiros revelam-se sexualmente mais desinteressados. Contrariamente ao período pré-gravídico, três a quatro meses após o parto, as mulheres, na maioria dos casos, mostram-se mais desinteressadas pelo sexo do que os seus companheiros (Sydow, 1998).

No que concerne a iniciativa sexual, os resultados de Orji et al. (2002), por exemplo, permitem verificar claramente a supremacia do parceiro enquanto iniciador da actividade sexual (em 54% das vezes, é o companheiro que toma a iniciativa, em 45% são ambos, em 1% a mulher) numa amostra nigeriana. Sydow (1998) constata que a maioria dos estudos chega a resultados similares. Na maioria dos casais é o homem que demonstra uma maior iniciativa tanto antes, como durante e depois do período de gestação. Chega ainda a uma outra conclusão: na maioria das vezes, aquilo que motiva as mulheres para a actividade coital prende-se com as necessidades do parceiro, isto é, com o sentido de obrigação marital ou com a percepção da necessidade de satisfação do outro. Apesar de isto se verificar ao longo de todo o processo de transição para a parentalidade, acrescenta Sydow, é particularmente saliente na primeira experiência coital pós-parto.

4.Contacto físico não genital

O contacto físico não-genital mantém-se inalterado nos dois primeiros trimestres de gravidez (94% dos casais acariciam-se mutuamente mais de uma vez por semana), embora, decresça continuamente a partir do sexto mês de gestação até às três semanas após o parto (Sydow, 1998).

Antes da gravidez, 44 a 65% da amostra americana e europeia pratica masturbação mútua e 35 a 50% pratica sexo oral (este valor na população chinesa, no entanto, é zero). Contrariamente aos resultados de Kinsey (1953) que apontam para uma incidência de masturbação feminina de 33%, a generalidade dos estudos indica uma prevalência de apenas 16 a 20%, antes da gravidez. A média dos resultados para a masturbação durante o período gravídico apresenta-se ao longo dos estudos contraditória. A masturbação masculina, porém, obtêm mais consenso tendendo a permanecer estável tanto na gravidez como no pós-parto.

Hollender e McGehee (1974) e Tolor e DiGrazia (1976), por exemplo, referem um deslocamento ao nível do interesse sexual nas mulheres, durante a gravidez, preferindo o contacto não-genital e clitoriano, bem como a estimulação dos seios e da vagina. Já Solberg et al. (1973) relatam um declínio gradual tanto na actividade coital como na actividade não coital, desde o primeiro ao terceiro trimestre de gravidez. Outros autores concluem que, enquanto a preferência da mulher pela actividade não-genital permanece inalterada nos dois primeiros trimestres de gravidez, diminui depois do sexto mês, assim como durante o primeiro ano após o parto (Engfer, Gavranidou & Heinig 1988).

Finalmente, Hyde et al. (1996) verificam que a incidência média da prática de sexo oral é muito similar no quinto mês de gravidez, comparativamente com o período entre quatro a doze semanas de pós-parto.

5. Satisfação sexual, orgásmica e dificuldades sexuais

A literatura encontra evidências para um declínio observado ao nível não só da frequência sexual, mas também da frequência do orgasmo na gravidez (Bogren 1991; Kumar, Brant & Robson 1981; Reamy & White 1987; Robson, Brant & Kumar 1981; Ryding, 1984). Por exemplo, ao quinto mês de gestação, homens e mulheres encontram-se moderadamente satisfeitos com a actividade sexual; um mês após o parto, a satisfação sexual torna-se mais baixa ainda, acabando por aumentar gradualmente do primeiro para o décimo segundo mês do puerpério (Hyde et al. 1996).

Kumar et al (1981) observam que o prazer sexual relatado aumenta desde as doze às vinte e quatro semanas de gestação, altura a partir da qual, começa a declinar. No entanto, dados unânimes foram obtidos na população chinesa, onde, quer a frequência do orgasmo, quer a satisfação com a actividade sexual diminuem à medida que a gestação avança (Haines et al. 1994). Mais autores relatam um declínio na qualidade orgásmica da mulher durante a gravidez, significativamente maior nos dois últimos trimestres de gestação, relativamente ao primeiro (Oruc et al. 1999). Para além de obterem resultados muito semelhantes aos precedentes, De Judicibus e McCabe (2002) acrescentam um novo dado: as mulheres que se encontram mais satisfeitas com a qualidade do seu relacionamento conjugal são também aquelas que experienciam maior satisfação sexual, tanto durante a gravidez como no pós-parto.

Outro estudo na gravidez, conclui que em mais de metade da amostra (55%) o prazer/satisfação sexual se encontra diminuído e para 30% mantém-se inalterado, embora 14% relate um aumento de satisfação sexual (Orji, Ogunlola & Fasubaa 2002).

A meta-análise de Sydow (1998) converge para os mesmos resultados: na globalidade das investigações, cerca de 80% das mulheres revelam apreciar o coito antes da gravidez, este valor decai para cerca dos 60% durante o primeiro trimestre, no segundo entre 75 e 84%, atingindo o valor mais baixo no último trimestre: 40%.

Relativamente à frequência e à intensidade do clímax, os resultados são contraditórios. Por exemplo, no terceiro trimestre de gravidez, mais de metade das investigações mostra que as gestantes atingem o orgasmo durante a sua experiência de coito. Daí não se tornar suficientemente claro que tipo de reacções fisiológicas interferirão com o orgasmo no sentido da protecção do feto.

Os resultados dos estudos para o período do pós-parto são contraditórios no que se refere à satisfação sexual. Apenas 20% das mulheres atingem o clímax na sua primeira relação coital pós-parto, aumentando esse valor para 75% do terceiro ao sexto mês após o nascimento. O tempo médio para atingir o orgasmo está estimado para sete semanas pós-parto (Sydow, 1998).

A **dispareunia** apresenta-se como sendo a patologia mais vulgar ao nível das dificuldades sexuais experimentadas neste período, em especial nas primíparas (Oruc, Esen, Lacin, Adiguzel, Uyar & Koyuncu 1999, Ryding, 1984).

A ideia de que a dispareunia pode persistir durante alguns meses no pós-parto por razões de natureza fisiológica levando, concomitantemente, a uma perda do desejo sexual da mulher é defendida na literatura (Fischam, Rankin, Soeken & Lenz 1986; Glazener 1997; Lumley 1978). Tem sido amplamente sustentado que, o facto de mulheres experimentarem dor e desconforto durante a penetração, leva a uma fraca motivação para a actividade sexual coital, diminuindo a sua frequência em ocasiões subsequentes.

As taxas de dispareunia rondam os 25% sempre que existe coito após a concepção e 36% em algumas das experiências com penetração, mas 38% da amostra não relata qualquer perturbação. Observa-se ainda que a dispareunia aumenta significativamente nos dois últimos trimestres de gestação (Oruc et al. 1999).

De Judicibus e McCabe (2002), demonstram o significativo impacto que a dispareunia apresenta em mulheres até seis meses após o parto, embora este valor médio seja inferior nos primeiros três meses. Isto poderá verificar-se precisamente pelas experiências precoces de desconforto e dor provavelmente experienciadas pelas mulheres, levando-as a criar expectativas negativas face à experiência de coito. Embora a dispareunia se possa desencadear enquanto factor de patologia física, facilmente se pode tornar num factor de patologia psicológica.

Sydow (1998) apresenta a dispareunia e o medo de magoar o feto como principais factores relacionados com os problemas sexuais decorrentes da gravidez. Este medo de magoar o bebé, inibe, um quarto a metade das gestantes e um quarto dos seus companheiros. A dispareunia é, na

generalidade dos estudos, experienciada por cerca de 22 a 50% das mulheres, apesar de já 12%, em média, exibisse a patologia no estado pré-gravídico.

O último trimestre de gravidez é aquele em que, as gestantes frequentemente se encontram em período de maior vulnerabilidade, na medida em que relatam irritabilidade decorrente de contracções uterinas provocadas pelo orgasmo, desconforto experienciado nas posições de coito, percepção subjectiva de escassa atractividade física, ou ainda aborrecimento pela percepção de falta de satisfação por parte do companheiro.

É durante o período pós-parto que Sydow (1998) encontra mais convergência na literatura: esta será sem dúvida a fase mais melindrosa no que concerne às dificuldades encontradas na experiência sexual. Em média, nos primeiros meses de puerpério apenas, cerca de 12 a 14% dos casais afirmam não experienciar qualquer dificuldade a este nível.

A maioria dos casais (entre 20 a 60%) sente receio de reiniciar a actividade sexual coital. Quarenta por cento das mulheres experienciam em média dor durante a primeira penetração após o parto; seis meses depois, 16% das puérperas que não se encontram a amamentar e 36% daquelas que se encontram em período de amamentação sofrem de dispareunia. Cinquenta e sete por cento das puérperas encontram-se aborrecidas com a satisfação sexual do parceiro e a longo prazo, o relacionamento sexual de um terço dos casais piora, revelando-se as dificuldades sexuais mais proeminentemente num período de três a quatro anos após o parto. Contudo, simultaneamente, um quarto das mulheres relata um aumento da satisfação na sua vida sexual após o parto.

6. Conclusão

Em suma, parece existir claramente uma diminuição do interesse sexual assim como um decréscimo da actividade sexual durante o período de gravidez. Estes resultados tornam-se ainda mais salientes após o parto, onde a actividade sexual se torna praticamente inexistente. A tendência é para um aumento/retorno a níveis mais elevados de actividade sexual a partir do segundo/terceiro mês de puerpério, com marcada variabilidade individual, sendo que, para alguns casais, o padrão de ausência de contacto sexual mantém-se durante anos após o nascimento do filho. No entanto, alguns casais afirmam ter aumentado a satisfação sexual durante o período de transição para a parentalidade.

Um leque diverso de razões foram sugeridas para justificar o declínio do desejo sexual e da frequência coital durante o período da gravidez.

A diminuição do desejo sexual foi contudo principalmente relacionada com os **medos** da mulher relativamente à própria gestação. No terceiro trimestre, esses medos encontram-se já mais especificamente relacionados com a saúde da criança, assim como com a possibilidade de um parto prematuro (Bogren, 1991). O **desconforto físico** ligado à penetração, particularmente na posição de missionário, bem como a perda de interesse sexual (Solberg et al. 1973). O relato de um **sentimento de insatisfação com a imagem física** à medida que a gravidez progride, conduzindo a uma atitude de maior inibição perante o relacionamento sexual com o companheiro foram também sugeridos (La Rossa, 1979).

Vários autores afirmam que em grávidas saudáveis, o coito não traz quaisquer danos ao bebé, antes das últimas quatro semanas de gravidez (Cunningham, MacDonald, Leveno, Gant & Gilstrap, 1993).

Cerca de um quarto a metade das gestantes sente-se menos atraente após a concepção em comparação com apenas 12% da generalidade das mulheres (Sydow, 1998).

Foram sugeridos seis factores que podem encontrar-se relacionados com a diminuição do desejo sexual, frequência do coito, assim como dos níveis de satisfação sexual durante o período do pós-parto. Esses factores são: o ajuste às mudanças de papéis sociais durante a transição para a parentalidade, a satisfação marital, o humor, a fadiga, as mudanças associadas ao nascimento do bebé e a amamentação (De Judicibus & McCabe 2002).

Relativamente à primeira variável, apenas os estudos de Baruch e Barnett (1986) e DeLamater e Hewitt (1998) sustentam uma relação efectiva entre a qualidade percebida relativa aos restantes papéis sociais e o bem-estar na transição para a parentalidade.

No entanto, já um considerável número de investigações permite estabelecer uma relação mais consistente entre a transição para a parentalidade e a **qualidade da relação marital**. Pertot (1981), por exemplo, sugere que as dificuldades da mulher no pós-parto se relacionam com as tarefas da parentalidade. As dificuldades relacionadas com o papel materno afectariam o relacionamento sexual devido a uma diminuição geral do bem-estar da mulher e à ruptura da relação com o companheiro, que conduziria à perda de desejo sexual.

Posteriormente, Belsky e Rovine (1990), Glen (1990), Levy e Shiff (1994) e Wilkinson (1995) entre outros, demonstram também o impacto do nascimento de um bebé na vida conjugal, com declínio ao nível da qualidade da satisfação marital, ao longo da gravidez e do pós-parto.

Ao período de “enamoramento” que ocorre no mês seguinte ao parto, frequentemente sucede um período marcado por uma diminuição da satisfação marital (Belsky, Spanier & Rovine 1983; Moleiro & Sollie 1980; Wallace & Gotlib 1990). Os relatos sugerem uma redução da satisfação com o relacionamento conjugal, bem como da expressão de afecto percebido pelas mulheres relativamente ao seu companheiro (Belsky, Lang & Rovine 1985; Belsky & Rovine 1990; Terry, McHugh & Noller, 1991).

A ternura e a troca de carícias entre o casal diminui quando é estabelecida uma relação rígida e super protectora com o bebé por parte da mãe (Sydow, 1998). O que converge com a hipótese levantada de que a diminuição da satisfação marital se encontra intimamente ligada com a questão da atenção que é disponibilizada para o cônjuge. Conclui-se ainda que, na gravidez e em ambos os sexos, a qualidade da vida marital está associada à satisfação sexual; nos homens, está ainda associada à actividade coital e à troca de carícias, durante e após o parto. A percepção subjectiva de atractividade por parte da mulher e do seu companheiro relaciona-se também com a experiência coital e com a satisfação sexual e inversamente com a dispareunia.

No que respeita à questão da **amamentação**, resultados empíricos revelam o impacto desta variável na qualidade da experiência: o período de amamentação associa-se a uma redução do desejo sexual e da frequência de actividade sexual coital (Alder & Bancroft 1988 ; Buvat, Asfour, Bavst-Hervant &

Fossat 1978; Foster, Abraham et al. 1994; Glazener 1997; Hyde et al. 1996; Stern & Leiblum 1986; Sydow 1998). Podemos identificar justificações de três diferentes ordens: a primeira é biológica. Em mulheres lactantes, os elevados níveis de prolactina mantidos pela amamentação do bebé suprimem a produção de estrogénios, que por seu turno conduzem a uma lubrificação vaginal diminuída enquanto resposta à estimulação sexual (Cunningham et al. 1993). A segunda explicação possível envolve factores psicológicos e é adiantada por Master e Johnson (1966): as mulheres que amamentam vêm satisfeitas as suas necessidades eróticas ou têm menos necessidade de intimidade visto contarem com a experiência de contacto/toque que o aleitamento materno privilegia. Uma terceira possibilidade relaciona-se com o desgaste que a amamentação ao seio pode implicar para a mulher, deixando-a menos disponível física e psicologicamente para a intimidade com o companheiro (Hyde et al. 1996).

A **saúde física da mulher** tanto quanto como as possíveis **complicações médicas**, constituem um factor de igual importância ao nível dos resultados encontrados.

A actividade sexual na gravidez como no pós-parto, atinge níveis mais elevados quando os sintomas físicos da mulher não são relevantes ou são inexistentes (desconforto, dores, sangramento vaginal,...) (Sydow, 1988). As complicações médicas na gravidez conduzem frequentemente a ansiedade, irritabilidade e várias outras respostas de stress. Os efeitos de uma gravidez de alto-risco são clinicamente determinados, podendo ser pedido à mulher que incorra em abstinência coital em caso de dor pélvica, sangramento vaginal, hiperémese, alto risco de prematuridade e obviamente em casos de doença

infecto-contagiosa (Bitzer & Alder 2000). Diversos estudos comprovam que, gestantes com complicações médicas, praticam o coito menos frequentemente, estão sexualmente mais desinteressadas e os seus parceiros menos satisfeitos (Kumar et al. 1981, Robson et al. 1981).

Durante o pós-parto, outras complicações físicas exercem igual influência ao nível da sexualidade, como sejam, a mastite puerperal e os quadros clínicos de dor pélvica (Bitzer & Alder 2000).

Ao nível da **saúde mental**, observa-se que mulheres deprimidas e emocionalmente lábeis durante a gravidez e pós-parto relatam menos interesse, menos actividade e satisfação sexual, bem como menos apoio por parte dos companheiros. Surpreendentemente, gestantes com acompanhamento psicoterapêutico tendem a ser sexualmente mais interessadas e a sentirem-se sexualmente mais satisfeitas (Sydow, 1998).

Em síntese, podemos concluir que, apesar de ser difícil apurar qualquer relação consistente entre variáveis socio-demográficas e actividade sexual no período de gravidez e pós-parto, a saúde física e psicológica da gestante, a duração do período de amamentação, bem como a qualidade da relação marital, parecem exercer um efeito primordial e efectivo no comportamento e sentimentos relativos à sexualidade neste período. Contudo, será sempre e obviamente necessário atender aos níveis de interesse e actividade sexual pré-gravídicos para que se possa melhor compreender toda a espécie de resultados e de variabilidade intra-individual.

A investigação é ainda muito escassa no que respeita à análise dos factores de carácter biográfico e de aspectos mais concretos relativos ao parceiro, na

sexualidade durante a gravidez e pós-parto, sendo esta área de investigação a privilegiar em estudos futuros.

7. Implicações ao nível da intervenção

Embora a actividade coital deva ser suspensa em situações de complicação médica prévia e clinicamente avaliada, na maioria dos casos, a vivência de sexualidade durante o período de gravidez é favorável ao bem-estar da mulher e do homem, pelo menos até às últimas semanas precedentes ao parto e algumas semanas após o nascimento.

Torna-se, pois, providencial que esta questão seja abordada com o casal pelos técnicos de saúde, no sentido de: informar acerca da flutuação normal da actividade sexual neste período; considerar possíveis sentimentos, receios e dificuldades que surgem com maior frequência a este nível ; alertar para outras formas de experienciar a sexualidade: carícias, actividade não-genital, masturbação, diferente posicionamento coital de modo a diminuir o desconforto para a mulher, etc. Depois do parto, deve de igual modo proceder-se a uma avaliação global do estado de saúde física da puérpera, no sentido de proporcionar um aconselhamento individualizado acerca da possibilidade de retorno à actividade sexual.

Em alguns casos, dada a persistência das dificuldades de relacionamento, um acompanhamento mais especializado pode ser necessário. Aquilo que muitas vezes se inicia enquanto sintoma físico/ginecológico, rapidamente se pode transformar em sintomatologia psicológica. Um ciclo vicioso de dificuldades relacionais poderá surgir quando o casal não é capaz de se auto-actualizar e

adaptar às novas mudanças que se observam ao nível do seu relacionamento sexual.

8. Limitações ao nível da investigação nesta área

Tomando em consideração que a área da sexualidade é uma área vulnerável durante o período de transição para a parentalidade e que muitos casais experienciam dificuldades sexuais aumentadas pela gravidez e pós-parto, sendo ainda que um terço desenvolve sérias dificuldades de relacionamento a este nível, durante um largo período de tempo após o parto, mais investigação nesta área é imperativa, nomeadamente no que se refere à adaptação psicosexual do casal na transição para a parentalidade (Sydow, 1998).

Actualmente a investigação nesta área encontra-se ainda limitada em função de uma série de factores. Um deles prende-se desde logo com a validade dos relatos das gestantes, na medida em que existem poucos estudos que contemplam a participação dos companheiros, enquanto forma de enriquecimento dos próprios resultados, por um lado, e enquanto forma de validação do relato das companheiras, por outro. A informação obtida poderá ser mais válida se ambos os elementos do casal forem considerados.

Uma outra lacuna prende-se com a inexistência de standardização em grau suficiente das medidas utilizadas sobre diferentes amostras, o que impossibilita o estabelecimento de posteriores comparações entre os diversos estudos.

Muitos autores defendem ainda que mais variáveis devem ser medidas de modo a poderem ser melhor relacionadas: mudanças corporais, ajustamento e satisfação marital, estado emocional, história reprodutiva (Selby, Calhoun, Vogel & King 1980).

Os estudos levados a cabo até à década de 90 limitaram-se à avaliação da actividade coital, negligenciando outras dimensões de interesse ao nível da actividade sexual. Novos tópicos podem produzir resultados esclarecedores: actividade auto-erótica (masturbação, sonhos, fantasias), ternura/carícias entre o casal, atitudes, iniciativa sexual, motivações que conduzem ao coito, receios em relação ao feto, experiência de amamentação e relacionamento extraconjugal. Existem elementos do relacionamento sexual que parecem constituir tabu para a própria investigação: a masturbação, o sexo oral e sexo anal (Sydow 1998).

Muitos dos estudos falham ainda no suporte conceptual já que tendem a ignorar elementos correlacionáveis centrais: factores psicossociais, contextuais e condições biográficas relevantes (conflitos maritais, familiares e profissionais, suporte social, etc).

BIBLIOGRAFIA

- Adinma, J.I. (1996). Sexual activity during and after pregnancy. *Advances in contraception*, 12, 53-61.
- Alder, E. & Brancroft, J. (1988). The relationship between breast-feeding persistence, sexuality and mood in post-partum women. *Psychological Medicine*, 18, 389-396.
- Barclay, L., MacDonald, P. & O Loughlin, J.A. (1994). Sexuality and pregnancy. An interview study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 34, 1-7.
- Baruch, G. K., & Barnett, R. (1986). Role quality, multiple role involvement, and psychological wellbeing in midlife women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 578-585.
- Baxter, S. (1974). Labour and orgasm in primiparae. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 209-216.
- Belsky, J., Lang, M. E., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Belsky, J., Spanier, G. B. & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 855-865

- Bermudéz M. P., Sanchez A. I. & Buela-Casal G. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain*, 2001, 5 (1), 14-16.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F. & Huntington, D. S. (1961). A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. 1. Some propositions and coments. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Bitzer, J. & Alder J. (2000). Sexuality during pregnancy and postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25 (1), 49-58.
- Bogren, L.Y. (1991). Changes in sexuality in woman and men during pregnancy. *Archives of sexual behaviour*, 20, 35-45.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicología da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora.
- Clayton, A. H., McGarvey, E. L. & Clavet, G. J. (1997). The changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ): Development, reliability and validity. *Psychopharmacological Buletin*, 33, 731-745.
- Cunningham, F. G., MacDonald, P. C., Leveno, K. J., Gant, N. F., & Gistrap, III, L. C. (1993). *Williams obstetrics (19th ed.)*. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G. & Davis, S. L. (Eds.) (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Judicibus M. A. & McCabe M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research* 39 (2), 94-103.

- Derogatis, L. R. (1998): The Derogatis Sexual Functioning Inventory. In Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G. & Davis, S. L. (Eds.), Handbook of sexuality-related measures. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Engfer, A., Gavranidou, M. & Heinig, L. (1988). Veränderungen in Ehe und Partnerschaft nach der Geburt von Kindern. Verhaltensmodifikation und verhaltensmedizin,9,297-311.
- Falicov, C. J. (1973). Sexual adjustment during pregnancy and post partum. The American Journal of Obstetrics and Gynecology, 117, 991-1000.
- Figueiredo, B., Pacheco A., Costa, R. & Magarinho, R. (2004). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática.
- Fischam S. H., Rankin E. A., Soeken K. L. & Lenz K. L. (1986). Changes in sexual relationships in postpartum couples. Journal Obstetrics Gynaecology Neonatal Nurse, 15 (1), 58-63.
- Forster, C., Abraham, S., Taylor, A., & Llewellyn-Jones, D. (1994). Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. Obstetrics and Gynecology, 84, 872-873.
- Glazener C. M. (1997). Sexual function after childbirth: women`s experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal Obsterics Gynaecology; 104 (3), 330-335.
- Green, R. (1975). Taking a sexual history. In Green, R. (Ed.), Human sexuality: A health practitioner text (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Grudzinkas, J. G., Watson, C. & Chard, T. (1978). Does sexual intercourse cause fetal distress? Lancet, ii, 692-693.

- Haines Cj, Shan Yo, Kuen Cl, Leung Dhy, Chung Tkh, Chin R. Sexual behaviour during pregnancy among Hong Kong Chinese Woman . J Psychosom Res. 1996; 40, 299-304
- Hames, C. T. (1990). Sexual needs and interests of postpartum couples. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 9/10, 313-315.
- Heiman, J. R. & LoPiccolo, J. (1998). *Becoming orgasm: a sexual and personal growth program for women*. (2nd ed.). New York: Simon & Schuster.
- Hollender, M. H. & McGehee, J.B.(1974). The wish to be held during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 18, 193-197.
- Holtzman, L.C. (1976). Sexual practices during pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 21, 29-38.
- Hyde, J. S., DeLamater, J. D., Plant, E. A. & Byrd, J. M. (1996). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*, 33, 143-151.
- Kumar, R., Brant, H.A.& Robson, K.M (1981). Childbearing and maternal sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 373-383.
- La Rossa, R. (1979). Sex during pregnancy: A symbolic interactionist analysis. *Journal of Sex Research*, 15, n.2, 119-128.
- Lamont, J.A.(1995). Sexual issues in postpartum period. In Bitzer, J. & Stauber, M. (Eds.), *Psychosomatic obstetrics and gynecology*. Bologna:Monduzzi.
- Levy-Shift, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30, 591-601.
- Lumley, J. (1978). Sexual feelings in pregnancy and after childbirth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*,18, 114-117.

- Masters, W. H. & Johnson, V.E (1966). Human sexual response. Boston:Little, Brown.
- Morris, N. M. (1975). The frequency of sexual intercourse during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 4, 501-507.
- Orji E. O., Ogunlola I. O. & Fasubaa O. B. (2002). Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal Obstetrics Gynaecology* 22 (2), 166-168.
- Oruc S., Esen A., Lacin S. & Hakan A. (1999). Sexual behaviour during pregnancy. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8 (3), 223.
- Pertot, S. (1981). Postpartum loss of sexual desire and enjoyment. *Australian Journal of Psychology*, 33, 11-18.
- Reamy, K., White, S. E., Daniell, W. C. & Le Vine, E.S. (1982). Sexuality and pregnancy: A prospective study. *The Journal of Reproductive Medicine*, 27, 321-327.
- Reamy, K. J. & White S. E. (1987). Sexuality in the puerperium. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 165-186.
- Robson, K. M., Brant, H. A. & Kumar, R. (1981). Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Brittish Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88, 882-889.
- Ryding, E. (1984). Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 63, 679-682.
- Selby, J. W., Calhoun, L. G., Vogel A. E., & King, H. E. (1980). Psychology and human reproduction. New York: Free Press.
- Solberg, D. A., Butler, J., & Wagner, N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 228, 1098-1103.

Sprecher, S., Barbee, A. & Schwartz, P. (1995). "Was it good for you, too?": Gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32, 3-15.

Stern J. M. & Leiblum S.R. (1986). Postpartum sexual behaviour of American women as a function of the absence or frequency of breastfeeding: a preliminary communication. *Primate Ontogeny, Cognition and Social Behaviour*, Proceedings, Tenth Congress of the International Primatological Society, Vol. 3. J Else, P. Lee (Eds.), Cambridge University Press, Cambridge, England, 315-325.

Sueiro E., Gayoso P., Perdiz C. & Doval J. L. (1998). Embarazo e Sexualidad. *Atencion Primaria*, 22 (6) ,340-346.

Terry, D. J., McHugh T. A. & Noller, P. (1991). Role dissatisfaction and the decline in marital quality across the transition to parenthood. *Australian Journal of Psychology*, 43 (3),129-132.

Tolor A. & DiGrazia, P. V. (1976). Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 539-551.

Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 27-49.

Wallace, P. M. & Gotlib, I. H. (1990). Marital adjustment during the transition to parenthood: Stability and predictors of change. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 21-29.

Wilkinson, R. B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor. *Australian Journal of Psychology*, 47, 86-92.

Wimmer-Puchinger, B. (1992). Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin: Springer 1992.