

Fatores sociais e ambientais de Sintomas de Estresse Pós-Traumático na Pré-Eclâmpsia

Social and Environmental Factors of Post Traumatic Stress Symptoms in Pre-Eclampsia

Letícia Rezende da Silva Sobral¹, Adriana Sousa Rêgo², Marcia Rodrigues Veras Batista³, Darlan Ferreira da Silva⁴, Wellyson da Cunha Araújo Firmo⁵, Andressa Pestana Brito⁶, Janaina Maiana Abreu Barbosa⁷, Flor de Maria Araújo Mendonça⁸.

RESUMO

A pré-eclâmpsia é doença exclusiva da gestação humana e se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gestação. O estudo teve como objetivo avaliar a presença de sintomas de estresse pós-traumático em mulheres que tiveram pré-eclâmpsia. Trata-se de estudo analítico transversal com uso de questionários socioeconômicos e demográficos e estresse pós-traumático, em 82 mulheres atendidas em uma Maternidade em São Luís-MA. Os dados foram analisados no STATA 14.0 (EUA) e utilizou o teste Qui-quadrado e regressão de Poisson. A prevalência do transtorno de estresse pós-traumático foi de 51,21%. Primeira gravidez faixa 18-21 anos (69,05%); 1-3 gravidez (76,19%); ensino fundamental (61,36%); parda (63,64%); união consensual (50%); católica (61,36%); atividade reenumerada (38,10%); etilismo na gravidez (9,52%); tabagismo (9,52%); hipertensão (24,39%); diabetes (6,10%). Escala de Estresse Percebido, houve significância estatística para TEPT: primeira gravidez 18-22 anos, predomínio moderado ($p \leq 0,01$); etilismo prévio, predomínio severo ($p = 0,05$); hipertensão na gestação atual, predomínio severo ($p \leq 0,01$). A prevalência aumentada desse distúrbio na gravidez e após o nascimento reitera a necessidade do rastreio perinatal a fim de proporcionar o tratamento antecipado, assegurar o bem-estar psicológico, prevenir cronicidade e melhorar qualidade de vida.

Palavras-chave: Gravidez. Pré-eclâmpsia. Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

ABSTRACT

Pre-eclampsia is a disease unique to human pregnancy and is characterized by the onset of hypertension and proteinuria after the 20th week of pregnancy. This is a cross-sectional analytical study using socio-demographic questionnaires and post-traumatic stress, in 82 women at UBS and Maternity Hospital in São Luís-MA in 2018. Data analyzed in STATA 14.0 (USA); qualitative variables presented by absolute and percentage frequencies; qualitative and nominal categorical variables, the Chi-square was performed with a significance level ≤ 0.05 . The prevalence of post-traumatic stress disorder was 51.21%. First pregnancy range 18-21 years (69.05%); 1-3 pregnancies (76.19%); elementary education (61.36%); brown (63.64%); consensual union (50%); catholic (61.36%); renumbered activity (38.10%); alcoholism in pregnancy (9.52%); smoking (9.52%); hypertension (24.39%); diabetes (6.10%). Perceived Stress Scale, there was statistical significance for PTSD: first pregnancy 18-22 years old, moderate predominance ($p \leq 0.01$); previous alcoholism, severe predominance ($p = 0.05$); hypertension in current pregnancy, severe predominance ($p \leq 0.01$). The increased prevalence of this disorder in pregnancy and after birth reiterates the need for perinatal screening in order to provide early treatment, ensure psychological well-being, prevent chronicity and improve quality of life.

Keywords: Pregnancy. Pre eclampsia. Posttraumatic Stress Disorder.

¹ Graduada em Medicina pela Universidade CEUMA.

² Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.

³ Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde pela Universidade CEUMA

⁴ Doutor em Química Analítica pela Universidade de São Paulo - IQSC/USP.

⁵ Doutor em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Federal do Maranhão.

⁶ Graduada em Nutrição pela Universidade CEUMA.

⁷ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.

⁸ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão.

Email: floragyhn@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas intercorrentes na gestação, em especial a pré-eclâmpsia (PE), possuem um impacto significativo nos indicadores relacionados à saúde materna e infantil (FERREIRA et al., 2021). A hipertensão gestacional surge pela primeira vez após a 20ª semana da gestação, sem estar acompanhada de nenhum sinal, sintoma ou alteração laboratorial que caracterize a pré-eclâmpsia. Quando a hipertensão e a proteinúria surgem pela primeira vez em uma primigesta após a 20ª semana da gestação, o diagnóstico de PE é facilmente inferido e pode ou não estar sobreposto a outro estado hipertensivo (RIBEIRO et al., 2019).

A doença hipertensiva específica da gestação é uma das importantes causas de morbidade e de mortalidade materna e perinatal. Apesar de ainda pouco estudado, evidências mostram que o estresse pode ser um fator de risco para doença hipertensiva gestacional. Amorim et al. (2017) apontam em sua pesquisa que o estresse psicossocial está associado ao aumento de riscos de hipertensão na gestação e pré-eclâmpsia.

A maneira como o nascimento de um filho evolui é capaz de predispor a mãe a desenvolver o transtorno de estresse tal qual qualquer outra violência. É inegável que algumas mulheres são mais suscetíveis a desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) após o parto do que outras, contudo, é ainda mais comum quando está associado a pré-eclâmpsia (STRAMROOD e SLADE, 2017).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2015) definiu quatro grupos de sintomas característicos, sendo eles: revivência do trauma (em pesadelos, pensamentos incontroláveis), esquiva ou entorpecimento emocional, hiperestimulação autonômica (irritabilidade e insônia) e alterações negativas persistentes em cognição e humor (FELIPPE et al., 2016).

Em gestantes o TEPT pode ser resultante de condições que se desenvolvem durante ocasiões traumáticas relacionadas ao parto ou à saúde, ligadas às complicações maternas as quais se constituem de alto risco no cenário da toxemia gravídica (GREKIN e HARA, 2015).

A frequência do TEPT no pós-parto tem se mostrado alta, como já pressuposto. Estima-se que as frequências variem de 1 a 9% entre mulheres de baixo risco. Entretanto, em subgrupos de risco, a presença é maior (10 a 30%) (HENRIQUES et al., 2015).

Evidências mostram que a maior parte das mulheres que desenvolvem TEPT pós-parto, sem tratamento, raramente tem recuperação e a angústia pode perdurar por anos.

Dessa maneira, as implicações podem alcançar desde os relacionamentos, saúde individual até a ligação mãe bebê (STRAMROOD e SLADE, 2017).

A importância do tema e a carência de pesquisa nacional sobre a problemática faz do presente estudo um espaço para discussão sobre gestação de alto risco. A escolha de mulheres atendidas na Atenção Primária e numa Maternidade Pública de referência no atendimento de gravidez de alto risco no Estado do Maranhão, justifica o objetivo do presente estudo para avaliar a presença de sintomas de estresse pós-traumático em mulheres que tiveram pré-eclâmpsia.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo analítico transversal que avaliou a presença de sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade no período de fevereiro de 2017 a fevereiro de 2018, na cidade de São Luís - MA. Essa maternidade é mantida pelo Governo do Estado do Maranhão, onde a maioria das mulheres atendidas nas unidades básicas de saúde que possuem gravidez de risco são encaminhadas para realização do parto.

Para fins deste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, realizado com 82 mulheres. Os critérios de inclusão foram as mulheres com pré-eclâmpsia e foram excluídas as mulheres portadoras de doença psiquiátrica e neurológica severa por dificultar a avaliação.

Os dados socioeconômicos e demográficos foram coletados através dos prontuários médicos onde foram extraídos dados referentes à identificação das mulheres com ocorrência de pré-eclâmpsia, contendo: nome, data do parto, idade, escolaridade, procedência, tempo em meses que iniciou o pré-natal, período de internação, estado civil e número filhos.

Outras variáveis foram perguntadas diretamente para as mulheres, como informações sobre a saúde reprodutiva, hábitos de vida da mulher (uso de bebida alcoólica antes e durante a gravidez, tabagismo), profissão, raça, religião e dados referentes à presença de estresse.

Também foi utilizado um instrumento de rastreio para Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS): um questionário autoaplicável que identificou sintomas de estresse pós-traumático, de auto relato, com 14 sintomas do transtorno apresentados na forma de afirmativas. O total da escala foi a soma das pontuações destas 14 questões e os escores

variaram de zero a 56 e quanto maior for a soma, maior é o estresse. O estresse percebido foi classificado baseado na pontuação total para PSS-14 como "baixo ou moderado" (0 - 28) ou "alto ou muito alto" (29-56) e na pontuação total de PSS-10 como "baixo ou moderado" (0 - 20) ou "alto ou muito alto" (21 - 40). As escalas de estresse percebido, PSS14 foi traduzida e validada em Português.

A estatística descritiva incluiu cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais) e para estabelecer associação entre a variável explanatória (mulheres que tiveram pré-eclâmpsia) e a variável resposta (níveis de sintomas de estresse pós-traumático) foi realizada através do teste Qui-quadrado com um nível de significância de $\leq 0,05$ e posteriormente regressão de Poisson.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade CEUMA Parecer nº753.423 e segue o preconizado pela Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Participaram 82 mulheres do município de São Luís-MA e as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e clínicas das participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

Foi observado que a escolaridade ensino médio (RP =1,56 e P=0,01), cor preta (RP=1,47 e P= 0,01), fumar todos os dias durante a gravidez (RP=0,55 e P=0,03) e apresentar hipertensão prévia (RP=1,96 e p=0,04) foram fatores associados aos sintomas de estresse pós-traumático. A prevalência de TEPT foi de 51,21% (n=42)

Tabela 1. Fatores associados aos Sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade em São Luís- MA.

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)	Escala de estresse		p-valor
			Ausente	Presente	
Idade que engravidou pela primeira vez					0,19
18-21	51	62,20	22 (55,00)	29 (69,05)	
22-36	31	37,80	18 (45,00)	13 (30,95)	
Número de gravidez					0,48
1-3	65	79,27	33 (82,50)	32 (76,19)	
4-11	17	20,73	7 (17,50)	10 (23,81)	

Escolaridade					0,02
Ensino fundamental	77	93,90	40 (100,00)	37 (88,10)	
Ensino médio	5	6,10	0 (0,00)	5 (11,90)	
Raça					≤0,01
Branca	20	24,39	9 (22,50)	11 (26,19)	
Preta/negra	11	13,41	11 (27,50)	0 (0,00)	
Parda/mulata/cabocla/morena	51	62,20	20 (50,00)	31 (73,81)	
Estado civil					0,54
Com companheiro	59	71,95	30 (75,00)	29 (69,05)	
Sem companheiro	23	28,05	10 (25,00)	13 (30,95)	
Religião					0,01
Católica	53	64,63	31 (77,50)	22 (52,38)	
Evangélica	29	35,37	9 (22,50)	20 (47,62)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 2 são apresentados os demais fatores associados aos Sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade em São Luís-MA avaliados nesta pesquisa.

Tabela 2. Prevalência dos níveis de Sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade de Saúde em São Luís- MA.

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)	Escala de estresse		p-valor
			Ausente	Presente	
Atividade remunerada					0,86
Sim	32	39,02	16 (40,00)	16 (38,10)	
Não	50	60,98	24 (60,00)	26 (61,90)	
Usou bebida alcoólica antes da gravidez					0,02
Sim	8	9,76	7 (17,50)	1 (2,38)	
Não	74	90,24	33 (82,50)	41 (97,62)	
Usou bebida alcoólica no 1º trimestre da gravidez					0,94
Sim	8	9,76	4 (10,00)	4 (9,52)	
Não	74	90,24	36 (90,00)	38 (90,48)	
Tabagista prévia					0,04
Sim	4	4,88	0 (0,00)	4 (9,52)	

Não	78	95,12	40 (100,00)	38 (90,48)	
Fumou todos os dias durante a gravidez					0,08
Sim	3	3,66	0 (0,00)	3 (7,14)	
Não	79	96,34	40 (100,00)	39 (92,86)	
Hipertensão arterial sistêmica prévia					0,09
Sim	20	24,39	13,56 (32,50)	7 (16,67)	
Não	62	75,61	27 (67,50)	39 (92,86)	
Diabetes mellitus prévia					0,60
Sim	5	6,10	3 (7,50)	2 (4,76)	
Não	77	93,90	37 (92,50)	40 (95,24)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 3 são apresentadas as análises não ajustada e ajustada dos fatores associados Sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade em São Luís-MA.

Tabela 3. Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados Sintomas de Estresse Pós-Traumático na pré-eclâmpsia em mulheres atendidas em uma maternidade de alta complexidade em São Luís- MA.

Variáveis	Análise não ajustada			Análise ajustada p ≤ 0,01		
	RP	IC	p-valor	RP	IC	p-valor
Idade que engravidou pela primeira vez			0,21			
18-21	1	1	-			
22-36	0,73	0,45-1,19	0,21			
Escolaridade			≤ 0,01			0,01
Ensino fundamental	1	1	-	1	1	-
Ensino médio	2,08	1,64-2,62	≤ 0,01	1,83	1,14-2,93	
Raça			≤ 0,01			≤ 0,01
Branca	1	1	-	1	1	-
Preta/negra	1,72	8,38-3,51	≤ 0,01	1,12	4,83-2,62	
Parda/mulata/cabocla/morena	1,10	0,70-1,74	0,66	1,03	0,64-1,65	
Religião			0,01			0,38
Católica	1	1	-	1	1	-
Evangélica	1,22	1,10-2,49	0,14	1,22	0,77-1,94	

Uso de bebida alcoólica antes da gravidez			0,11			0,39
Não	1	1	-	1	1	-
Sim	4,43	0,69-28,36	0,11	2,16	0,35-13,10	
Tabagista prévia			≤ 0,01			0,02
Não	1	1	-	1	1	-
Sim	0,48	0,38-0,61	≤ 0,01	0,52	0,29-0,90	
Fumou todos os dias durante a gravidez			≤ 0,01			0,03
Não	1	1	-	1	1	-
Sim	0,49	0,39-0,61	≤ 0,01	1,09	0,51-2,33	
Hipertensão prévia			0,14			0,39
Não	1	1	-	1	1	-
Sim	1,61	0,85-3,05	0,14	0,47	0,86-2,60	

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

A experiência do parto apesar de ser considerada positiva, possui evidências de que pode ser causada pelo estresse pós-traumático em que algumas mulheres apresentam medo, impotência e ameaça durante o parto, contudo o estresse pós-traumático pode estar associados a fatores pré-existentes da mulher ou de sua gravidez, condição psiquiátrica, experiências traumáticas anteriores, ansiedade, gravidez não planejada, trabalho do parto, parto prematuro, dor física, cesárea de emergência, medo para si e para o bebê, perda de controle, baixo apoio do parceiro ou até mesmo da equipe (SENTILHES et al., 2017).

A insegurança e o medo são fatores que podem instalar sentimentos de angústia, preocupações e dúvidas, causando frustrações na mulher sobre sua visão à maternidade principalmente na hora de pôr em prática as obrigações exigidas pela maternidade. Sendo assim, todos esses determinantes podem gerar conflitos de pensamentos e atitudes, e resultar no desenvolvimento de transtornos mentais nessa fase (MACIEL et al., 2019). Além disso, o parto também pode ser uma experiência traumática, devido as complicações vivenciadas, o medo, a falta de apoio, entre outros (OSTACOLI et al., 2020).

No presente estudo foi observado um elevado percentual de mulheres com TEPT. Dados que são superiores à maioria dos resultados publicados em pesquisas internacionais com grupos de alto risco, como o estudo de Åhlund, Hill e Thalange (2009) que apresentaram uma prevalência de 17% em mulheres no puerpério. Resultados similares foram encontrados em no Japão por Nagata et al. (2008), que encontraram 20% de TEPT

em filhos de mulheres sujeitos as cirurgias neonatais devido a malformação. Na França o estudo de Goutaudier et al. (2014), registrou 30% entre mães com bebês prematuros.

Em relação ao número de gravidez não foi possível observar significância estatística entre a frequência de 1-3 gestações com TEPT. Em relação ao número de gravidez o presente estudo acentua que mulheres com histórico acima de quatro gravidez tem maior prevalência de TEPT severo quando comparadas à mulheres com número menor de gravidez. Segundo os estudos de Dekel (2017) e de Simpson (2018), a ocorrência de traumas em partos anteriores, possivelmente, contribui para o desenvolvimento de TEPT em gravidezes subsequentes.

Quanto a escolaridade, apresentou significância estatística entre mulheres com ensino fundamental e TEPT. Resultados similares verificaram o estudo de Henriques et al. (2015), onde 53,1% das mulheres entrevistadas cursaram até o 2º grau incompleto e 46,9% tinham o 2º grau completo.

A variável estado civil apresentou, não houve significância estatística para a categoria com maior percentual de TEPT. O estudo de Henriques et al. (2015), sobre TEPT no pós-parto realizado em uma maternidade com 456 mulheres, encontrou resultados similares aos do presente estudo, apresentando 85,7% das mulheres tinham companheiro, com prevalência de 14,2% para a presença de TEPT.

A variável religião apresentou significância com $p=0,01$; a maioria das entrevistadas eram católicas, representadas por um percentual de 53 (64,63%), dessas 22(52,38%) com TEPT. Em estudo realizado com 644 mulheres de 18 a 49 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife (PE), os autores apontaram prevalência da tentativa de suicídio foi de 10,9%, e a frequência de TEPT, de 16% e as mulheres que tinham TEPT e também as que não possuíam religião tiveram maior chance de tentar o suicídio (NETO et al., 2020). A religião possivelmente influencia de forma positiva o estado de saúde, promovendo conforto emocional e redução do estresse.

A atividade remunerada não houve significância com a TEPT no presente estudo. No entanto, observou-se que 61,90% das mulheres que não apresentavam atividade remunerada eram portadoras dos TEPT. Assim, como já observado no estudo de Gourounti et al. (2013), neste estudo, o risco de TEPT foi maior nas mulheres que não exerciam atividade trabalhista, dessa forma, é possível que exercer uma atividade remunerada pode ser um fator protetor da saúde mental. Achado diferente do estudo Paquistanês realizado por Wagas et al. (2015), que demonstrou que mulheres que trabalhavam fora de casa

estavam mais ansiosas, estressadas e deprimidas do que as donas de casa que não exerciam atividade trabalhista.

Os achados deste estudo podem ser entendidos por vários fatores associados à saúde mental da mulher, podendo ressaltar a rotina doméstica, associada à pouca expectativa de mudança, que pode ser um fator crítico para surgimento de transtornos mentais. Estas constatações somadas ao fato de que a falta de diversão e distração, comuns na rotina doméstica, podem desmotivar muitas mulheres, fato que poderia contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns, como o transtorno de estresse pós-traumático (PINHO e ARAÚJO, 2012).

Quanto aos hábitos de vida, o consumo de bebida alcoólica antes da gravidez foi associado aos TEPT. Em relação ao consumo de bebida alcoólica no 1º trimestre da gravidez não houve significância estatística representando um percentual de 90,24% de mulheres que não fizeram uso de álcool no primeiro trimestre.

No que se refere ao uso de álcool, durante a gravidez, o comportamento da mulher influi na própria saúde e na do filho em gestação. Isso é um problema frequente entre muitas grávidas. Neste sentido, o desenvolvimento da TEPT tem relação aos mecanismos de ação da droga no organismo de quem usa. Contrariamente a esta ideia, é possível que outros fatores ligados à gravidez em si, como as alterações inerentes a este período, concorram para o desenvolvimento da ansiedade e isto motive o consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que o estresse é fator de risco para o uso abusivo de álcool (ROCHA et al., 2016). Estudo sobre a prevalência e fatores associados ao uso de drogas na gestação constatou que as gestantes com nível de ansiedade e estresse entre moderado e intenso tiveram duas vezes mais chances de uso de drogas na gravidez (ROCHA et al., 2016).

A variável hábitos de vida-tabagista prévia apresentou significância estatística $p=0,04$ com 95,12% negando hábitos tabagistas, e dessas 90,48% estavam com TEPT. A variável fumou todos os dias durante a gravidez não apresentou significância com os TEPT. Considerando os hábitos de vida, a maioria das gestantes referiram não ser tabagistas e não consumir bebida alcóolica. Este achado é semelhante ao encontrado por outros pesquisadores em estudos realizados em São Paulo, por Silva et al. (2017). Porém do total de 6,82% que apresentaram hábitos etílicos prévios, 11,76% evoluíram com TEPT de grau moderado, com uma significância estatística ($p= 0,05$).

Isso demonstra que alto consumo de cigarros por dia, juntamente com o uso de drogas ilícitas são fatores associados ao estresse durante e após a gravidez. Esses resultados são

consistentes com os achados de outros pesquisadores de que o tabagismo, assim como, os sintomas depressivos, estão associados a maiores sintomas de ansiedade e estresse (LEE et al., 2017).

A variável Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) prévia apresentou significância $p=0,09$. Das mulheres entrevistadas 75,61% não informaram história de HAS prévia. Dessas, 83,33% apresentaram sintomas significativos da presença de TEPT. Rotondo e Tesdesco (2015) afirmam que indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm um risco aumentado de desenvolver TEPT, também podem apresentar sintomas somáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e dor crônica. As análises de regressão sugeriram que as mulheres com maiores repostas de pressão arterial diastólica durante o estresse tiveram bebês com peso de nascimento menor ($p<0,01$) e diminuição da idade gestacional ($p<0,05$).

A variável Diabetes Mellitus prévia apresentou um valor de $p= 0,6$ sendo que 93,90% das entrevistadas não tinham diagnóstico de diabetes. Dessas 95,24% se apresentavam com TEPT e a prevalência para a presença da Diabetes Mellitus foi 6,10%. A diabetes mellitus gestacional possui uma grande variação da prevalência observada em todo o mundo, se apresentando de 1% a 14% e essas variações são explicadas pelas diferenças étnicas e genéticas das mulheres.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apresentou resultados baseados em uma pequena população, limitando o estudo. Contudo foi observado que as situações que ocasionam o trauma em si, não são delimitantes para o aparecimento de transtornos mentais, pois surgem em função da capacidade individual de lembrar o evento traumático e as emoções sentidas. Evidenciou-se, também, que o parto traumático acarreta prejuízos quanto à saúde psíquica da mulher, assim, estabelecendo forte associação da toxemia gravídica com o TEPT.

REFERÊNCIAS

ÅHLUND, S.; HILL, P.C.J.; THALANGE, N.K. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. **Arch Womens Ment Health**, v. 12, n. 4, p. 261-264, 2009.

AMORIM, F.C.M. et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n.4, p. 1574-83, 2017.

DEKEL, S.; STUEBE, C.; DISHY, G. Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. **Frontiers in psychology**, v. 8, p. 560, 2017.

FELIPPE, A. M. *et al.* Violência praticada pelo parceiro íntimo e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). **Rev. PSIQUE**, v. 1, n. 2, p. 95-111, Oct. 2016.

FERREIRA, J. P. N. *et al.* Síndromes hipertensivas específicas da gestação em adolescentes e suas repercussões maternas e perinatais: uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Development.**, v.7, n.3, p. 32204-32217, 2021.

GOUROUNTI, K.; ANAGNOSTOPOULOS, F.; LYKERIDOU, K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women. **Arch Womens Ment Health**, v. 16, n. 5, p. 353-361, Oct. 2013.

GOUTAUDIER, N. *et al.* L'accouchement prématuré: unenais- sance traumatique? Symptômes de stress post- traumatique et variables associées. **Gynecol Obstet Fertil**, v. 42, n. 11, p. 749-754, Nov. 2014.

GREKIN, R.; O'HARA, M.W. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. **Clin Psychol Rev.**, v. 34, n. 5, p. 389-401, Jul. 2014.

HENRIQUES, T. *et al.* Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 31, n. 12, p. 2523-2534, Dec. 2015.

LEE, J.Y. *et al.* Joint trajectories of cigarette smoking and depressive symptoms from the mid-twenties to the mid-20s to the mid-30s predicting generalized anxiety disorder. **J Addict Dis.**, v. 36, n. 3, p. 158-166, Mar. 2017.

MACIEL, L. P. *et al.* Transtorno Mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção de saúde. **Rev. pesquis. cuid. fundam.** (online). v. 11, n.4, p. 1096-1102, 2019.

NAGATA, S-I. *et al.* Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department. **J. Pediatr Surg.**, v. 43, n. 8, p. 1480-1486. 2008.

NETO, P.J.A. *et al.* Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. **Rev bras epidemiol.**, v. 23, p. e200010, 2020.

OSTACOLI, L. *et al.* Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. **Bmc Pregnancy and Childbirth.**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2020.

PINHO, O.S.; ARAÚJO, T.M. Association between housework overload and common mental disorders in women. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 560-572, Sep. 2012.

RIBEIRO, C. L. L. et al. **Perfil das gestantes com pré-eclâmpsia acompanhadas em um hospital público de Anápolis.** Monografia. Anápolis (GO): Centro Universitário de Anápolis. 34 p, 2019.

ROCHA, P.C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, Epub: e00192714, 2016.

ROTONDO, J.; TESDESCO, R.P. Prevalência do transtorno de estresse pós-traumático em mães de recém-nascidos prematuros: atualização. **Femina**. v. 46, n. 1, p. 59-65, 2018.

SENTILHES, L. et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. **ScientificReports**, v. 7, n.1, p. 1-9, 2017.

SILVA, M.M.J. *et al.* Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, Epub: e03253, 2017.

SIMPSON, M. et al. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. **Women and Birth**, 2018.

STRAMROOD, C.; SLADE, P. A woman afraid of becoming pregnant again: posttraumatic stress disorder following childbirth. In: Paarlberg K, van de Wiel H. (eds). *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. **Springer, Cham**. p. 33-49, 2017.

WAQAS, A. et al. A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? **PLOS One**, v. 28, n. 10, p. e0116510, 2015.