

Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo

RUI C. CAMPOS (*)

1. O PROCESSO GRAVÍDICO

A gravidez pode ser encarada como um processo que se associa com transformações biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ininterruptamente. É um momento de crise e de crescimento que pode ser extremamente enriquecedor para a mulher. Como refere Justo (1994), a gravidez pode ser vista como uma situação de preparação física e psicológica para o papel de mãe, onde tem início o relacionamento mãe-filho. Este último aspecto é salientado por Wertheim e Morris (1987), ao afirmarem que o desenvolvimento embrionário e fetal, e o desenvolvimento da relação parental ocorrem em sintonia se tudo estiver a decorrer normalmente.

Bibring, Dwyer, Huntigton e Valenstein (1961) referem, num artigo clássico sobre os aspectos psicológicos da gravidez, que esta pode ser encarada como um período de crise maturacional, determinada sobretudo biologicamente,

como a puberdade ou a menopausa, envolvendo modificações endócrinas, somáticas e psicológicas. «Estas crises representam passos importantes no desenvolvimento e têm em comum uma série característica de fenómenos psicológicos. Nos 3 períodos novas tarefas adaptativas e libidinais confrontam o indivíduo.... As 3 crises parecem fazer reviver os conflitos não resolvidos de períodos anteriores do desenvolvimento que requerem soluções novas e diferentes» (p. 12). São pontos de viragem na vida do indivíduo. Nestas situações verifica-se uma interdependência entre modificações biofisiológicas e psicológicas, sendo o processo adaptativo inevitável e a mudança irreversível; uma vez mãe já não se pode deixar de sê-lo (Bibring *et al.*, 1961). Como afirma Justo (1994), «seja qual for o resultado de uma gravidez... na vida da mulher ou do casal, nada vai voltar a ser como antes» (p. 108). Segundo Bibring *et al.* (1961), a adaptação à fase de vida que se inicia com a crise, (maternidade no caso da gravidez), depende da resolução dessa crise, isto é, da «reorganização maturacional do desequilíbrio» (p. 12). A natureza deste desequilíbrio é responsável, segundo estes autores, pela facilidade com que a grávida elege uma figura de transferência e pela facilidade com que a psicoterapia promove uma estabiliza-

(*) Departamento de Pedagogia e Educação, Universidade de Évora, Palácio da Inquisição, 7002-554 Évora. Psicólogo Clínico no Instituto de Psicologia das Relações Humanas.

ção. As 3 situações referidas, ainda segundo Bibring *et al.* (1961), «põem à prova a saúde psicológica da mulher e, sob condições externas desfavoráveis, conduzem a soluções neuróticas ou até mesmo psicóticas» (p. 13).

A gravidez é caracterizada, por modificações psicológicas importantes. Uma das primeiras modificações é a alteração da imagem corporal, que é parte integrante de uma alteração global e contínua do funcionamento orgânico da mulher. Processam-se modificações hormonais segundo regras pré-estabelecidas que, por sua vez, modificam o funcionamento psicológico. Inversamente, o funcionamento psicológico, via Sistema Nervoso Central, pode causar alterações hormonais. A grávida fica, assim, 'à mercê' de alterações do humor, dos sentimentos e do comportamento sem que estas modificações sejam totalmente compreensíveis. Alguns autores falam de sinais de labilidade e instabilidade emocionais no período da gravidez. Justo (1994) salienta que os sinais de instabilidade podem ser vistos de um ponto de vista positivo; como uma reacção possível à emergência das transformações que a gravidez implica. A labilidade emocional pode ser vista de um ponto de vista adaptativo. A mudança de identidade é um outro aspecto implícito no processo gravídico. A jovem mãe vai passar a olhar-se e a sentir-se de forma diferente.

Bibring *et al.* (1961) interrogam-se sobre qual é a tarefa fundamental deste período maturacional, sobre qual é o seu objectivo global e sobre como é que a grávida o alcança. Para isso contribui a sua estrutura de personalidade, os acontecimentos de vida e a constelação familiar, entre outros aspectos. Respondem a estas questões salientando a experiência sem precedentes de «uma união sexual que leva à criação de uma nova vida, com a qual se vai estabelecer uma relação sem precedentes» (p. 15).

A experiência gravídica implica uma elaboração que pode ser descrita em termos evolutivos através de fases, que «se iniciam, desenvolvem e terminam, criando soluções para as tarefas antecedentes e oferecendo lugar aos conflitos e tarefas posteriores» (Justo, 1994, p. 120).

Bibring *et al.* (1961) propõem talvez a primeira descrição desta evolução. Nas suas palavras: «...escolhemos definir o processo de desenvolvimento da gravidez e da maternidade em termos do relacionamento da mulher grávida com o

seu parceiro sexual, consigo própria e com a criança, tal como é expresso no nível e na distribuição da libido objectal e narcísica.... O processo de desenvolvimento biofisiológico tem o seu significado psicológico correspondente e equivalência na especificidade das sucessivas alterações das posições objectal e narcísica da mulher. Um relacionamento intenso da mulher com o seu parceiro sexual leva à fecundação, através da qual uma representação significativa do objecto de amor se torna parte do Self. Aceitar esta intrusão e incorporá-la de uma forma bem sucedida é a primeira tarefa adaptativa da mulher grávida. Sob o impacto das mudanças anatómicas e fisiológicas dos primeiros meses, a concentração da libido no Self aumenta e leva à integração... deste corpo estranho transformando-o numa parte de si própria, até que a agitação do bebé rompe este processo narcísico e introduz o bebé como um novo objecto dentro do Self. Até ao parto, a segunda tarefa adaptativa consiste em: num estado de auto-catéxia crescente que é devido às modificações... [corporais], servindo o crescimento dentro de si, desenvolve-se simultaneamente uma tendência oposta. Esta parte do Self move-se e é reconhecida como o futuro bebé e começa a ser percebida como um novo objecto e assim prepara a mulher para o parto e para a separação anatómica. Esta preparação implica uma prontidão para o estabelecimento de uma relação com o bebé.... A relação... [deverá ter a] característica distintiva de uma fusão sempre alterável que varia na intensidade com que afecta as urgências objectais e narcísicas. A criança fará sempre parte do Self da mãe e ao mesmo tempo terá que ser assumida como fazendo parte do mundo exterior e do seu parceiro sexual» (pp. 15-16).

Hoje em dia, é aceite que se pode descrever a gravidez normal em 3 fases: incorporação, diferenciação e separação (Colman & Colman, 1973). Estas 3 fases comportam um encadeamento de 6 tarefas psicológicas: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a geração parental anterior, reavaliar o relacionamento com o parceiro; aceitar o bebé como uma pessoa individualizada e integrar a identidade parental. Segundo estes dois autores, até ao aparecimento dos primeiros movimentos fetais, no primeiro trimestre da gravidez são trabalhados pela grávi-

da, os conflitos relacionais com a sua mãe. No segundo trimestre, talvez o mais calmo, é elaborado o significado da gravidez no contexto da vida conjugal. No terceiro trimestre aparecem os temas relacionados com a separação e com o parto, e é elaborada a separação do bebé (Colman & Colman, 1991).

A fase da incorporação constitui o período de aceitação da gravidez, implicando o ajustamento da mulher às expectativas da maternidade e um trabalho à volta da identidade feminina. A gravidez, em termos psicológicos, inicia-se quando a mulher tem a noção que está grávida. A fase da diferenciação tem início com a percepção da mãe dos primeiros movimentos fetais. «A confirmação da vitalidade e independência funcional do feto põe em marcha o processo de autonomização da grávida em relação ao seu bebé» (Justo, 1994, p. 124). Antes da separação biológica, a grávida deve ser capaz de uma separação psicológica do seu bebé, que ocorre nos últimos meses de gravidez. Esta fase de separação tem o seu termo no trabalho de parto.

Embora a sobreposição entre os 3 trimestres e as 3 fases não seja totalmente perfeita, apresentaremos a divisão em trimestres exposta por Justo (1994) e por Colman e Colman (1973), porque permite uma compreensão mais global do fenómeno do desenvolvimento psicológico na gravidez.

Nas primeiras semanas de gestação a mulher centra-se muito em si própria e desinveste o seu meio exterior e as suas relações. «Aumenta o seu interesse narcísico por si própria e pela unidade mãe-filho» (Justo, 1994, p. 126). A grávida, além de desenvolver o seu amor narcísico, tem também a possibilidade de contactar de novo com «...a sua vida de fantasia, relacionada com a infância» (Deutch, citado por Justo, 1994). Verificam-se alterações comportamentais na mulher, que resultam da confluência da sua realidade psíquica com os aspectos culturais do meio. Aumenta a sua necessidade de dormir e dão-se alterações nos conteúdos dos sonhos. Devido a uma indiferenciação entre mãe e feto, que gera angústia, os conteúdos dos sonhos têm a ver com perigos que podem acontecer à mãe ou à criança.

A grávida vai comer mais e associada a esta tendência vão aparecer náuseas e vômitos, ou seja a tendência para rejeitar a comida. Chertok, Mondzain e Bonnaud (1963) num trabalho clá-

sico interrogavam-se sobre o significado psicológico do vômito. Na literatura psicanalítica o vômito era visto como uma rejeição oral simbólica do feto. No entanto, Deutch (citada por Chertok *et al.*, 1963) referia que a atitude das mulheres que vomitam não é de rejeição, mas sim de ambivalência. A hipótese de investigação de Chertok *et al.* (1963) era de que haveria uma relação entre o vômito e a atitude da mãe face à criança, e que seria a ambivalência e não a rejeição a provocar esse vômito. A sua hipótese foi confirmada. Nas suas palavras: «Não é a rejeição, mas uma atitude mais complexa, em que a tendência à rejeição conflitua com a tendência no sentido oposto» (Chertok *et al.*, 1963, p. 17). O vômito seria a manifestação mais natural desse conflito, embora pudessem existir outras.

Os vômitos e as indisposições matinais tendem a desaparecer e raramente se manifestam no 2.º trimestre. O conflito aceitação-rejeição da criança coincide no tempo com a reelaboração da relação da grávida com a sua mãe. A mulher grávida deve regressar ao ponto onde a sua identidade feminina foi constituída, na relação com a mãe, com toda a sua conflitualidade. O vômito pode ser visto como uma manifestação dessa conflitualidade infantil com a mãe. Se pensarmos que esta problemática se resolve até por volta do final do 1.º trimestre, torna-se claro porque na maioria dos casos, estes sintomas (náuseas e vômitos) desaparecem no início do 2.º trimestre.

Casos graves há, no entanto, de vômitos persistentes e muito intensos – a síndrome *Hiperemesis Gravidarum*. Giorlando e Mascola (1957) falavam já de uma forte componente psicogénica nesta situação, sendo a intervenção psicoterapêutica a mais eficaz, através de técnicas hipnóticas onde se conseguem bons resultados.

Outra modificação que ocorre no 1.º trimestre é a redução da frequência e intensidade da actividade sexual, que na vida da fantasia da mulher «é justificada pelo medo de danificar o feto» (Justo, 1994, p. 129). Este medo pode estar relacionado com a culpa associada à vida sexual que decorre da elaboração da relação objectal infantil.

Pode pensar-se que a passagem deste conjunto de modificações para o seguinte seja desencadeado pela percepção dos movimentos fetais, embora esta hipótese possa ser discutível (Justo, 1994). O 2.º trimestre pode ser ideal para sentir

os movimentos fetais se a tarefa de incorporação já se realizou. Esta percepção gera um alívio da tensão psicológica interna. A mulher começa a fazer fantasias de como será o seu bebé. Na sua vida fantasmática, o bebé está a ganhar características e a ter uma «identidade inventada». À medida que esta construção se vai desenvolvendo, o bebé vai ganhando autonomia. A tarefa do 2.º trimestre é uma diferenciação psicológica, à medida que prossegue a diferenciação fisiológica. Mas a mãe, além de aceitar uma autonomia do feto, tem que aceitar que o seu controlo sobre ele é cada vez menor. Para compensar a sensação da redução do controlo, verifica-se um enriquecimento da vida de relação. A relação a elaborar é a relação mãe-feto, e assiste-se a uma redução progressiva dos sintomas que exprimem conflitos internos, verificando-se um aumento do relacionamento sexual.

Parece haver uma reactivação da problemática anal com sintomas como diarreias ou obstipação. A passagem de preocupações do tipo oral para preocupações de tipo anal é acompanhada de uma alteração emocional importante. Em pleno 2.º trimestre vai dar-se uma reavaliação da relação com o marido. A necessidade de dependência transfere-se da mãe para aquele, e constitui a tarefa psicológica essencial do 2.º trimestre (Colman & Colman, 1973). Esta mudança permite reinventar a relação conjugal. A mulher reintroduz o bebé na relação com o marido, conquistando o seu apoio emocional, podendo depois utilizá-lo na etapa seguinte. Em termos oníricos, a mulher sonha com perigos que podem acontecer a uma figura que representa simbolicamente o marido.

No 3.º trimestre, a grávida começa a preparar-se para o nascimento e o casal mobiliza-se para a separação que vai acontecer. São reactivados os sentimentos de ambivalência do 1.º trimestre. O momento do parto é encarado pela grávida sob duas formas opostas: «representa um ganho relacional... e ao mesmo tempo representa uma perda na medida em que retira à mãe os benefícios de estar grávida» (Justo, 1994, p. 136). A ambivalência crescente é acompanhada por queixas somáticas. Aparecem insónias e preocupações. As noites são agitadas e existem receios e medos em relação ao parto. O conteúdo dos sonhos está directa ou simbolicamente relacionado com a gravidez. «Neste trimestre há uma reorganização psicológica que permite à mulher grávi-

da controlar e aproveitar saudavelmente a ansiedade própria desta fase de desenvolvimento.... [pois] a ansiedade livre, [não elaborada] vai perturbar... o comportamento da grávida... no trabalho de parto» (Justo, 1994, p. 138).

E quando a gravidez não é desejada, ou deixou de o ser? Haverá uma paragem no processo de desenvolvimento psicológico? Pode hipotetizar-se teoricamente, já que experimentalmente isso não foi demonstrado, que se assim for, assistiremos a um parto prematuro de origem psicológica.

2. O PARTO PREMATURO

Seria interessante poder avaliar este processo de desenvolvimento, medir experimentalmente a evolução psicológica durante a gravidez, e observar se situações de aborto espontâneo ou de parto prematuro podiam estar relacionadas com paragens nesse processo, bem como verificar se o desinteresse, a desistência, o desinvestimento ou a ausência ou a perda de desejo pela gravidez estariam associados a estes bloqueios no desenvolvimento. O parto prematuro poderia estar relacionado com uma paragem na sucessão de fases e de tarefas do processo de desenvolvimento psicológico. Sabe-se que a gravidez não desejada se relaciona com o parto prematuro (Johnson & Dubin, 1980) mediada, diríamos nós, por uma paragem no processo descrito. Seriam «mães prematuras» que dariam à luz bebés prematuros. Só a investigação o pode confirmar ou infirmar. Estes bloqueios seriam determinados pelas características psicológicas destas mulheres. A intervenção psicoterapêutica poderia ser extremamente eficaz se tentasse modificar algumas das suas características de personalidade.

Na literatura encontram-se várias investigações, das quais discutiremos algumas, sobre a influência dos factores ou características psicológicas na ocorrência do fenómeno do parto prematuro, bem como, sobre a influência de aspectos médicos. Johnson e Dubin (1980), referem várias situações que podem estar associadas com o parto prematuro e que constituem factores de risco, embora possam não ser etiológicas, ou simplesmente não se saber através de que mecanismos operam: baixo estatuto socio-económico, prematuridade repetida, gravidez não deseja-

da, fumar, gravidez múltipla, *abrupto placentae* e *placenta prévia*, doença física da mulher, anomalias fetais e factores iatrogénicos.

Os mecanismos através dos quais o estatuto socio-económico pode actuar, não são, na opinião de Johnson e Dubin (1980), claros nem conclusivos, mas, entre estes podemos situar a má alimentação, o stress, a baixa estatura e o nível educacional baixo. A mensagem que parecem transmitir é que os aspectos socio-económicos, o fumar e a estatura, em conjunto, não seriam suficientes para explicar o risco de parto prematuro e postulam a necessidade de coexistência de situações médicas. Referem que a causa é provavelmente multifactorial. Em termos de prevenção propõem duas estratégias: reduzir o número de gravidezes indesejadas e contrariar os mecanismos que conduzem ao parto prematuro. Tendo em conta que a causa é multifactorial e que muitos dos factores de risco estão interrelacionados, se estes forem eliminados poder-se-á reduzir-se a sua incidência. Em relação às condições médicas carecem de um diagnóstico e de um tratamento precoces. Sugerem a paragem do consumo de álcool e tabaco, o descanso na gestação múltipla e o planeamento familiar para as gravidezes não desejadas, entre outras medidas para outras situações.

Outras investigações centraram-se mais especificamente nos aspectos psicológicos que podem influenciar o parto prematuro. Rizzardo *et al.* (1985) referem que a ansiedade pode ter influência em várias situações obstétricas, nomeadamente precipitação do trabalho de parto, ameaça de parto prematuro e parto prematuro, entre outras.

Omer, Elizur, Barnea, Friedlander e Palti (1986) citam estudos retrospectivos em que variáveis como o stress, as tendências psicopatológicas e as atitudes negativas face à maternidade eram mais pronunciadas nas mulheres que davam à luz prematuramente. Citam apenas um estudo prospectivo, onde se revela, que as estas mulheres apresentam laços menos fortes com as suas famílias e estão menos bem adaptadas socialmente. A razão para a existência de um menor número de estudos prospectivos, prende-se com as dificuldades de amostragem: para ter um número suficiente de mulheres que dão à luz prematuramente é necessário entrevistar um grande número de grávidas. Os estudos retrospectivos

são mais fáceis de conduzir, mas os resultados podem ser influenciados pelo trauma da ocorrência de um parto prematuro.

Omer, Elizur *et al.* (1986) realizaram dois estudos. Um deles retrospectivo, e o outro prospectivo. No primeiro estudo encontraram diferenças entre o grupo das grávidas que teve parto prematuro ou início de trabalho de parto prematuro mas com parto de termo, e o grupo das que tiveram gravidez «normal» e parto de termo. Nas escalas de ansiedade, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo do SCL-90, as mulheres do primeiro grupo apresentaram resultados mais elevados que as mulheres do segundo grupo. No segundo estudo, o grupo das grávidas com parto prematuro ou com contracções prematuras, teve um nível de ansiedade-traço mais elevado e mais queixas físicas do que as grávidas que não apresentaram nem sinais, nem parto prematuro. Os autores sugerem que a ansiedade e, possivelmente, outras tendências psicopatológicas podem estar associadas com o aumento de risco de contracções prematuras. Levantam também a possibilidade de serem as características da personalidade os melhores preditores do fenómeno do parto prematuro. Possivelmente, não seriam as tendências psicopatológicas só por si que levariam à ocorrência deste fenómeno, mas, poderiam aumentar o risco quando associadas a outras características. Assim, seríamos conduzidos a uma perspectiva multifactorial onde entrariam variáveis psicológicas, médicas e demográficas, e que se afigura útil para a investigação e para a clínica.

Omer e colegas, noutro trabalho (Omer, Friedlander, Pauti & Shekel, 1986), discutem a importância relativa dos acontecimentos de vida stressantes na ocorrência do parto prematuro. Consideram duas hipóteses de influência causal do stress no parto prematuro: a hipótese causal imediata, em que a influência é atribuída a acontecimentos stressantes agudos que ocorrem imediatamente antes do parto, e a hipótese de acumulação, em que estaria em causa o acumular de acontecimentos stressantes durante períodos longos de tempo. Não se trata de visões mutuamente exclusivas. Os processos podem até ser aditivos, mas as duas hipóteses assumem, em princípio, mecanismos diferentes, pelo que, na opinião dos autores, devem estudar-se em separado utilizando estratégias diferentes.

Os resultados de Omer, Friedlander, Palti *et al.* (1986) não apoiam a hipótese causal imediata. A 2.^a hipótese não é apoiada pelo 1.^o estudo que realizaram, retrospectivo, mas é parcialmente apoiada pelo 2.^o, prospectivo. Em ambos se comparou um grupo de grávidas que teve parto prematuro ou foi hospitalizado por início de trabalho de parto prematuro (mas onde foi possível sustentar a situação até ocorrer um parto de termo), com um grupo de mulheres com gravidez «normal» e parto de termo. O primeiro grupo apresentou resultados superiores num questionário de acontecimentos de vida stressantes, que pode também ser visto como uma medida indirecta de uma tendência para dar atenção a acontecimentos que passam despercebidos no dia a dia da maior parte das pessoas. Uma tendência para ver os acontecimentos como ameaçadores ou catastróficos deve relacionar-se com factores como a ansiedade e a depressão. Por outro lado, se os questionários de acontecimentos de vida medem a ansiedade e a depressão, devem correlacionar-se com outras medidas destes fenómenos, o que aconteceu. Os questionários correlacionaram-se com a escala de depressão do SCL-90, com as escalas de ansiedade do STAI e também com as escalas de ideação paranóide, ansiedade e psicoticismo do SCL-90. Estas variáveis psicopatológicas quando controladas levam a uma diminuição das diferenças entre os grupos no que respeita aos acontecimentos de vida stressantes. Pode ser então, que a relação entre os acontecimentos de vida stressantes e o parto prematuro seja mediada pelas tendências psicopatológicas. No entanto, a possibilidade dos resultados elevados em psicopatologia serem devidos ao stress, não pode ser posta de parte. O que vem primeiro, a psicopatologia ou os acontecimentos stressantes? Os resultados não permitem responder totalmente à questão.

Noutro trabalho, Omer, Friedlander e Palti (1986) afirmam que factores médicos, como os já atrás referidos por Johnson e Dubin (1980), são factores de risco para a ocorrência de parto prematuro, mas não são necessários nem suficientes para o causar. Afirmam, por outro lado, que elevados valores de ansiedade, falta de apoio social e elevado stress situacional se correlacionam com este acontecimento, quer em estudos retrospectivos, quer em estudos prospectivos e que os agentes farmacológicos não conseguem

fazer diminuir grandemente a incidência de parto prematuro. Johnson e Dubin (1980) tinham já referido que a inibição do trabalho de parto prematuro com agentes tocolíticos não é eficaz em muitos casos. No estudo de Omer, Friedlander e Palti (1986) foi utilizada a técnica do relaxamento hipnótico para evitar o parto prematuro. Referem que o uso clínico da relaxamento hipnótico na inibição do trabalho de parto prematuro tem mostrado resultados promissores. Nesta técnica é induzido um estado de relaxamento que é utilizado para desenvolver uma actividade imagética guiada e para dar sugestões terapêuticas. O relaxamento hipnótico é fácil de aplicar e é bem aceite pela grávida em situações de stress, podendo conseguir-se um bom relaxamento mesmo em indivíduos com baixa susceptibilidade hipnótica.

No trabalho de Omer, Friedlander e Palti (1986), o grupo «experimental» era constituído por mulheres hospitalizadas por contracções prematuras que recebeu tratamento farmacológico e relaxamento hipnótico. O grupo «de controlo» só recebeu tratamento farmacológico. A percentagem de prolongamento da gravidez, medida através do índice RPP (*rate of pregnancy prolongation*), foi significativamente mais alta para o grupo experimental bem como o peso dos bebés à nascença. As variáveis de background dos dois grupos foram controladas e não podem explicar o efeito obtido após o tratamento. Como referem os autores, embora o relaxamento hipnótico tenha sido o elemento central desta intervenção, não há evidência que tenha sido o responsável pelo efeito obtido. Os resultados podem ter-se devido ao apoio social e atenção dispensada às grávidas submetidas ao programa de intervenção. Nas suas palavras «...o efeito do apoio social nas contracções uterinas pode ser dramático» (p. 358). Pode igualmente, ter-se verificado uma influência directa do relaxamento hipnótico. A seguir a um exercício de relaxamento verifica-se uma diminuição significativa da frequência e intensidade das contracções uterinas (Herms & Gabelman citados por Omer, Friedlander & Palti, 1986). Um terceiro factor pode ter sido a influência do aumento da prontidão das grávidas para cooperar, e do aumento da motivação para prolongar a gravidez. É sabido, que mulheres com contracções prematuras são muito impacientes e intolerantes no que respeita às imposi-

ções impostas pela gravidez. Esta impaciência pode levar a mulher grávida a não cuidar de si ou a ter uma actividade excessiva, e pode em segundo lugar, levar a uma recusa em cooperar com as instruções médicas. Outra forma de influência desta impaciência com as limitações da gravidez na actividade uterina, é através da acção directa da actividade imagética no processo fisiológico. Seria um fenómeno «ideo-automático»; a mulher que quer acabar com a gravidez, pode aumentar as contracções uterinas. No trabalho de Omer, Friedlander e Palti (1986) fica em aberto a possibilidade de factores psicológicos exercerem uma influência importante no desencadear de contracções uterinas.

Omer, Nishiri e Neri (1987) verificaram num estudo retrospectivo que as grávidas com parto pós-termo têm resultados inferiores às grávidas com parto de termo e ainda mais em relação às grávidas com parto prematuro em várias medidas, como somatização, dificuldades físicas na gravidez e medidas de psicopatologia. A explicação adiantada pelos autores é de que, as mulheres com gravidez pós-termo teriam uma baixa reactividade psicológica e autonómica aos estímulos. Ao contrário das grávidas com parto pós-termo, as grávidas com parto prematuro apresentariam uma hiper-actividade autonómica e psicológica, o que se manifestaria em resultados mais altos em medidas psicopatológicas. Omer *et al.* (1987) acrescentam ainda que as grávidas com ameaça de parto prematuro respondem muito bem ao relaxamento hipnótico, ao contrário das grávidas com parto pós-termo, que não respondem a um tratamento similar em que são dadas sugestões para aumentar as contracções uterinas. O relaxamento hipnótico é eficaz com as grávidas com ameaça de parto prematuro devido ao seu efeito de redução da ansiedade. Se o método parece eficaz para acalmar as contracções uterinas, não parece ser para as estimular, o que aliás é compreensível, porque não faz sentido esperar resultados opostos do mesmo método.

Muylder (1990) faz uma revisão da literatura sobre a influência dos factores psicológicos no trabalho de parto prematuro. Os estudos epidemiológicos chegaram a vários factores de risco relacionados com características médicas, obstétricas, socio-económicas e ambientais, que não podiam, no entanto, explicar mais de 50% dos partos prematuros. Relativamente aos factores

psicológicos, os estudos descritivos, mais antigos, demonstraram que estes desempenham um papel na ocorrência do parto prematuro de algumas mulheres. Os estudos retrospectivos, por seu lado, mostraram que os factores psicológicos relacionáveis com o parto prematuro eram: número de acontecimentos de vida stressantes, nível de ansiedade, atitude materna durante a gravidez, apoio familiar e dos amigos e, maturidade psicológica. Estes estudos podem, no entanto, e como já foi dito, serem contaminados pelo evento traumático do parto prematuro. Os estudos prospectivos, em pequeno número, chegaram a conclusões contraditórias entre si; por exemplo, em relação à influência do número de acontecimentos de vida stressantes. Além disso, estes estudos não tiveram em conta todas as variáveis médicas e obstétricas que se sabe terem relação com o parto prematuro. A investigação futura, segundo este autor, deveria envolver estudos prospectivos de grande dimensão que avaliassem os factores psicológicos através de métodos objectivos e ao mesmo tempo as características médicas, socio-económicas e ocupacionais de forma a determinar qual o papel de cada um dos factores na etiologia do parto prematuro.

O estudo de Lobel, Dunkel-Schetter e Scrimshaw (1992) vai precisamente, em nossa opinião, embora ainda que de forma incompleta e não abrangente, ao encontro do atrás proposto por Muylder (1990). Estes autores apresentam um modelo preditivo dos factores que condicionam o tempo de gestação e o peso à nascença. Apresentam uma investigação bastante consistente, mas com uma limitação de validade externa importante. Os sujeitos eram de um nível socio-económico baixo e eram quase todos latino-americanos. As principais conclusões do seu estudo são: o baixo peso é previsto pelo parto prematuro e pelo stress pré-natal e, o parto prematuro é previsto pelo stress pré-natal e pelo risco médico. A paridade não estava relacionada com o tempo de gestação ou com o peso à nascença. É preciso não esquecer, no entanto, que as variáveis apresentadas não explicam uma parte importante da variância dos resultados; são preditivas, mas poderia dizer-se 'até um certo ponto'.

Nordentoft *et al.* (1996) investigaram, num estudo prospectivo de grande dimensão, com um total de 2432 grávidas, a influência de vários factores (stress, nível de escolaridade, apoio so-

cial da grávida, bem estar psicológico e o consumo de tabaco e álcool) na ocorrência de parto prematuro e de atraso no crescimento intra-uterino. Desta forma, o seu trabalho foi, de algum modo, ao encontro da sugestão de Muyllder (1990). Verificaram que o parto prematuro se associou com o stress durante a gravidez e com um nível de escolaridade baixo. O consumo de tabaco foi o factor que se associou de forma mais consistente com o atraso no crescimento intra-uterino.

Extremamente interessante é o trabalho de Teichman e Breull (1989). Estes autores chegaram a um conjunto de 19 itens de cariz psicológico que conseguem prever 90% dos casos de parto prematuro. Utilizaram uma metodologia prospectiva. As variáveis dizem respeito a 4 áreas: existência ou não de estratégias de coping, motivação para ter um filho, existência de stress profissional e situação familiar. Avaliam diversos aspectos como o funcionamento da personalidade, as interações sociais, bem como aspectos mais íntimos da vida relacional da mulher. Este trabalho salienta que não existe um único tipo de factores psicológicos responsáveis pelo parto prematuro. A ansiedade, o stress ou a falta de apoio social, por exemplo, podem ter uma quota parte de importância, mas não são suficientes para explicar o fenómeno. Há muitas mulheres ansiosas, ou que têm falta de apoio social, e que não dão à luz prematuramente. O mesmo raciocínio se pode aplicar aos factores médicos.

A lógica deverá ser sempre a de pressupor uma causalidade multi-factorial. A prevenção deverá assentar neste pressuposto. Deve ser avaliado na prática quais as mulheres em risco tendo em conta o modelo teórico multi-causal, utilizando para isso instrumentos criados a partir desse modelo, que sejam sensíveis aos vários aspectos causais.

Se considerarmos a influência dos aspectos psicológicos na ocorrência do parto prematuro e a possível prevenção do efeito dos mesmos através da intervenção psicológica, não podemos deixar de salientar que o psicólogo clínico tem aqui um papel importante e um campo de trabalho fértil.

É importante empreender esforços no sentido de reduzir a ocorrência da prematuridade (McCarton, Wallace & Bennett, 1996). Os tratamentos médico e psicológico devem articular-se de forma a evitar a ocorrência deste aconteci-

mento que «acarreta riscos de saúde para a criança e para a mãe... [Sendo importante] controlar o sofrimento psicológico que vai com a experiência do terminar abrupto e perigoso da gravidez» (Justo, 1994, p. 160).

Por outro lado, a intervenção na ameaça de parto prematuro não se deverá restringir à inibição das contracções uterinas. Durante o internamento hospitalar, as grávidas precisam de reorganizar vários aspectos da sua vida emocional (Justo, 1997).

3. O PARTO DE TERMO E O PÓS-PARTO: INFLUÊNCIA DOS FACTORES PSICOLÓGICOS

Quando a gravidez se desenvolve até ao final, sem que tenha ocorrido um parto prematuro ou uma interrupção espontânea da gravidez, vai ter lugar um parto de termo com mais ou menos dificuldades. Poderia hipotetizar-se, no seguimento da reflexão iniciada mais atrás, que neste caso, o processo de desenvolvimento psicológico da gravidez decorreu até ao final. Não sabemos se decorreu de forma mais saudável ou mais problemática. Aqui, somos levados a perguntar se os factores psicológicos podem ter um papel decisivo no trabalho de parto e se a sua influência pode ser prevista durante a gravidez?

Os aspectos de sofrimento psicológico, como a ansiedade durante a gravidez, são preditivos da forma como o trabalho de parto decorrerá, e a redução daquela poderá ser um objectivo da intervenção terapêutica. Valores elevados de ansiedade são, em parte, responsáveis por perturbações e complicações do parto, como aumento da mortalidade e morbidade da mãe, devido ao prolongamento e grande variabilidade do trabalho de parto, como é referido por alguns autores (Davids & De Vault, 1962; Davids, De Vault & Talmadge, 1961). Por outro lado, um nível elevado de ansiedade-estado, medida no período pré-natal, tende a aumentar o risco de complicações perinatais (Bhagwanani, Seagraves, Dierker & Lax, 1997). Erickson (1975) refere que os medos, a ansiedade e a dependência aparecem como melhores preditores das complicações do parto, como sejam o trabalho de parto prolongado, inércia uterina, fórceps baixo e valores baixos do *Apgar* do recém-nascido.

Outros trabalhos apontaram também para uma

relação entre problemas obstétricos e pediátricos e níveis de ansiedade elevada. No estudo de McDonald, Gynther e Chertok (1963) a ansiedade foi avaliada no terceiro trimestre da gravidez. Posteriormente, as mães foram divididas num grupo «patológico» e num grupo «normal», consoante havia ou não complicações obstétricas ou pediátricas. Através da escala IPAT de ansiedade verificaram que o grupo «patológico» apresentava valores de ansiedade superiores. A ansiedade estava associada com o tempo de trabalho de parto (mais ansiedade implicava um trabalho de parto mais longo) mas os dois grupos não diferiam significativamente neste aspecto.

Num estudo mais recente (Cox & Reading, 1989) mediu-se a ansiedade às 10, às 16, às 32 semanas de gravidez e no parto. Verificou-se que em todas estas ocasiões, as mulheres que vieram a ter complicações obstétricas, apresentavam níveis mais elevados de ansiedade, mas não verificaram nenhuma correlação entre a ansiedade e a duração do parto. O nível de ansiedade às 16 semanas era o melhor preditor da ansiedade durante o parto. A ansiedade tendia a aumentar progressivamente durante a gravidez até ao parto, situação em que era máxima.

Zuckerman (1986) refere que a ansiedade está relacionada com a quantidade de analgésicos administrados durante o parto (maior ansiedade implica maior necessidade de analgesia). Charles, Norr, Block, Mayering e Meyers (1978) concluíram num estudo sobre preparação psicoprofilática para o parto (preparação que é suposto reduzir a ansiedade da grávida), que embora essa preparação não tivesse relação com a presença ou ausência de problemas obstétricos, estava associada a menor necessidade de anestesia nas múltíparas e nas primíparas, assim como de menor necessidade de analgesia nas múltíparas. A preparação psicoprofilática estava também associada a níveis inferiores de dor e maior satisfação durante o parto.

A dor durante o parto está também associada com a ansiedade (Davids & De Vault, 1962); um nível de ansiedade mais elevado implica uma experiência de dor mais intensa. Por outro lado, Nettelbladt, Fagerstroen e Uddenberg (1976) verificaram que as mulheres cujas dores de parto eram vividas com mais intensidade apresentavam um nível educacional mais baixo, tinham um atitude geral em relação à maternidade nega-

tiva e durante a gravidez tinham apresentado alguma forma de perturbação mental.

Relativamente aos preditores da satisfação no trabalho de parto, encontram-se os sentimentos de controlo, quantidade de contacto imediato com o bebé e intervenção médica (Fleming, Ruble, Anderson & Flett, 1988).

Justo (1994) salienta a importância das «capacidades globais da mulher grávida para lidar com a adversidade psicossocial e biológica durante a gravidez» (p. 153). Sugere que as mulheres com menos capacidade poderão ter maior incidência de problemas obstétricos, nomeadamente o aumento do tempo de trabalho de parto.

Mais uma vez, parece que os aspectos psicológicos estão presentes no parto, tornando-o numa experiência com um carácter psicobiológico. Se os aspectos psicológicos influenciam a experiência da gravidez vista como um processo de desenvolvimento biopsicossocial, então esperamos que influenciem o decorrer do trabalho de parto; até porque o parto é o evento final do processo gravídico, o seu término, ou o seu desfecho natural. A forma como a gravidez é vivida parece preditora da forma como decorrerá o parto; com mais ou menos perturbações obstétricas e pediátricas, com mais ou menos dor e com mais ou menos satisfação. O nível de ansiedade parece um factor decisivo.

Poderíamos pensar que, quando o trabalho de parto é marcado por dificuldades, o processo de desenvolvimento psicológico da gravidez não terá sofrido um bloqueio, mas talvez não tenha corrido da melhor forma. Provavelmente, devido à ansiedade e(ou) à menor capacidade para lidar com as adversidades psicossociais e biológicas inerentes à gravidez, que resultam, por sua vez, da interacção de características de personalidade, factores biológicos e acontecimentos ambientais, entre outros possíveis factores. Se o processo não decorreu de forma saudável, então o parto também sofre contrariedades. O que parece evidente é que a ansiedade e a incapacidade de lidar com as adversidades, correlacionam-se com as dificuldades no parto e, é de todo o interesse minimizá-las através da intervenção psicológica, tendo em conta que um parto com sofrimento, abre as portas para uma relação mãe-bebé conturbada.

«Quer o parto tenha sido fácil, quer tenha sido

difícil, quer a criança seja saudável ou não, vai estabelecer-se uma relação que impõe exigências de adaptação e de realização muito específicas, algumas das quais, únicas em cada díade mãe-filho.... A adaptação psicológica posterior ao parto é tanto mais saudável quanto mais saudável for a personalidade da parturiente em causa» (Justo, 1994, pp. 200-201). «A personalidade da mulher [prepara-se] para reagir positiva ou negativamente após o parto. A percepção que tem das dificuldades que a rodeiam, assim como o seu equilíbrio emocional durante a gravidez, condicionam a possibilidade de se organizar e reagir após o nascimento da criança» (p. 203). Em princípio esta preparação foi conseguida e aparecem melhoras de saúde física e psicológica na passagem da gravidez para o puerpério. Casos há, no entanto, em que distúrbios emocionais se podem manifestar nesta altura, mais do que durante a gravidez, devido ao poder protector.

Raphael-Leff (1985) fala da existência de duas orientações básicas em relação à maternidade: a facilitadora e a reguladora. Na primeira a mãe adapta-se espontaneamente ao bebé, e a segunda promove a adaptação do bebé, estabelecendo uma rotina e uma preditibilidade reguladora. As duas orientações seriam sensíveis a factores específicos que contribuiriam para o stress pós-natal, através de uma baixa na autoestima. Na primeira seriam os aspectos que dificultassem o estabelecimento da identidade como mãe, e no segundo, da identidade como pessoa.

Gordon e Gordon (1959), num trabalho clássico sobre a influência dos aspectos sociais na maternidade e na gravidez concluíam que estes factores tinham influência nos distúrbios emocionais do pós-parto. Na opinião destes autores, a reacção emocional da mulher podia ser prevista através dos seus antecedentes sociais.

Kumar, Robson, e Smith (1984) referem que a maternidade está associada a um aumento do risco de desordem psiquiátrica. Na sua opinião, à medida que a gravidez progride, podem detectar-se modificações na atitude maternal e na auto-percepção que constituem pistas para tais desordens. Com base neste pressuposto, foi desenvolvido um questionário de 60 itens, que mede a percepção da mãe do seu corpo, dos sintomas somáticos, avalia a relação marital, as atitudes perante o sexo e as atitudes perante a gravidez e o bebé, no sentido da detecção daquelas pistas.

Através deste tipo de despistagem, os clínicos poderiam intervir no sentido da prevenção da ocorrência de tais patologias.

O facto de se saber que existem modificações psicológicas, algumas normais outras patológicas a seguir ao parto, leva à necessidade do uso de uma tipologia dessas alterações. Esta tipologia envolve três categorias: o baby-blues, a depressão pós-parto e a psicose puerperal.

Segundo Cutrona (1982) o sintoma mais característico do baby-blues são as crises de choro, as quais se podem prolongar-se por mais de duas horas. O choro pode ser provocado por acontecimentos que normalmente não teriam importância. Pode verificar-se, além de labilidade emocional, ansiedade, irritabilidade e alguns défices cognitivos. A insónia também pode manifestar-se. A prevalência é entre 50 e 70%. Os sintomas concentram-se nos primeiros dez dias a seguir ao parto. Segundo este autor, a relação entre o baby-blues e depressões mais prolongadas não é clara.

A depressão pós-parto é já uma síndrome de gravidade moderada, caracterizada por sintomas de depressão e ansiedade (Cutrona, 1982). Verificam-se limitações na higiene e no funcionamento diário da mulher. Pode durar vários meses, durando no mínimo duas semanas. Pode beneficiar muito de apoio terapêutico e a remissão espontânea é mais difícil do que no baby-blues. A sua incidência é à volta dos 10%. Cutrona (1982) discute a influência de quatro aspectos na depressão pós-parto. Os aspectos fisiológicos, só por si, parecem insuficientes para explicar o fenómeno e os eventos stressantes precipitantes podem ter alguma influência. A falta de apoio social e os aspectos da predisposição psicológica parecem ser mais importantes.

Finalmente, a psicose puerperal tem uma incidência de 1 a 2 em cada 1000 partos e é uma situação bastante grave. Os sintomas são idênticos aos da psicose não puerperal. Existem algumas pequenas diferenças, sendo os sintomas mais frequentes na psicose puerperal, a vivência de grandiosidade, a ideação maníaca e a onnipotência (Cutrona, 1982).

A maior ou menor adaptação a seguir ao parto depende de como foi vivido o processo de desenvolvimento psicológico da gravidez, bem como das características psicológicas da mulher (Justo, 1994). Se alguma coisa correu mal durante o processo gravídico, em resultado da interac-

ção das características da grávida e do seu meio ambiente, ou se a preparação para a maternidade não foi conseguida, está aberto o caminho para a desadaptação. Uma vivência incompleta, não satisfatória, desequilibrada e desestruturante do processo de desenvolvimento gravídico, contribuirá para a desadaptação emocional a seguir ao parto, comprometendo consequentemente a relação mãe-bebé.

A literatura psicanalítica e da vinculação salientam com veemência a importância da relação precoce, as consequências negativas para a criança, quando esta relação é precária, bem como a importância de uma personalidade saudável da mãe para o estabelecimento de uma relação adequada com o seu bebé.

4. O AMBIENTE DOS BEBÉS PREMATUROS E DE BAIXO PESO

A relação que os bebés prematuros estabelecem com as mães pode estar plena de dificuldades. Os bebés prematuros passam, às vezes, várias semanas sem um contacto próximo com a mãe, votados a um isolamento que lhes é prejudicial, nas unidades de cuidados intensivos. Além disso, a prematuridade só por si, é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce, devido ao impacto negativo que tem nos pais.

Greenberg e Crnic (1988) referem que, a maioria dos estudos sobre interacção precoce durante o primeiro ano de vida tem mostrado que os bebés prematuros sofrem um atraso na organização do seu comportamento e consequentemente um atraso na aquisição das aptidões sociais. Vários estudos têm mostrado que os bebés prematuros apresentam problemas na responsividade sensorial e no temperamento (Case-Smith, Butcher & Reed, 1998). Case-Smith *et al.* (1998) verificaram que que bebés prematuros evidenciaram, aos 12 meses, mais comportamentos indicando defensividade à estimulação táctil e um temperamento mais 'difícil' do que bebés nascidos a termo. Os prematuros apresentaram níveis elevados de actividade. Eckerman, Hsu, Molitor, Leung e Goldstein (1999) descrevem níveis de *arousal* positivo mais baixos e níveis de *arousal* negativo mais elevados em bebés

prematuros de muito baixo peso, do que em bebés saudáveis nascidos a termo, aos 4 meses.

Alguns prematuros nascem, muitas vezes sem lesões mas, quando vão para casa, vão já com lesões vestibulares, pulmonares e cerebrais. O que se passa então nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), onde estes bebés permanecem nos primeiros tempos de vida? Como é que o ambiente os afecta? Quais os procedimentos a que estes bebés são sujeitos e que consequências negativas podem trazer? A introdução dos cuidados intensivos foi sem dúvida importante (Thompson & Khot, 1985), mas à custa de que consequências, poderia perguntar-se? Os procedimentos a que são sujeitos os bebés nas UCI podem ser extremamente stressantes (Field, 1990a, 1990b). Por outro lado, a mortalidade e as complicações pós-natais nos bebés de baixo peso apresentam diferenças entre os dois sexos, sendo superiores nos rapazes, relativamente às raparigas (Brothwood, Wolke, Benson & Cooper, 1986).

Muitos trabalhos descrevem o ambiente e os procedimentos a que estes bebés são sujeitos nas UCI, bem como as sequelas que por vezes sofrem. Detenhamo-nos apenas em alguns deles.

Wolke (1987) sugere que nas UCI os bebés não são nem muito nem pouco estimulados, mas inadequadamente estimulados. Não há, na sua opinião, uma forma óptima de cuidar destes bebés, mas pode utilizar-se um princípio geral – o cuidado individual –, isto é, observar o bebé antes, durante e depois dos procedimentos a que é sujeito, desenvolver um plano individual para lidar com a dor e com o stress e, fundamentalmente, «crescer com o paciente».

Lawson, Daun e Turkewitz (1977) ao analisarem a estimulação recebida pelos prematuros nas unidades de cuidados intensivos, referiam já algo semelhante: que estes bebés podiam estar a sofrer de um padrão inadequado de estimulação, mais do que de uma quantidade inadequada de estimulação.

Newman (1981) afirmava que o ambiente dos cuidados intensivos apresenta obstáculos ao processo de organização interna, e de organização da realidade externa, que o bebé deve realizar. O ambiente onde vive o prematuro nas primeiras semanas de vida apresenta um barulho excessivo com sons intrusivos e perturbadores,

onde a voz humana não se ouve claramente. O bebé tem uma experiência táctil que inclui interacção humana de natureza dolorosa e pouca interacção gratificante, a não ser que os pais o visitem frequentemente. «A combinação destes aspectos sugere uma separação das modalidades sensoriais daqueles bebés que não têm visitas regulares dos pais» (p. 454).

Douek, Bonnister, Dodson e Ashcroft (1976) concluíram que o barulho contínuo das incubadoras, durante a 2.^a semana de vida de bebés de baixo peso, pode destruir parte das células sensoriais da cóclea, com consequente perda de audição do bebé. No entanto, Abramovich, Gregory, Slenick e Stewart (1979) avaliaram a capacidade auditiva de crianças com 6 anos e meio de idade, que tinham nascido com muito baixo peso. Todos tinham estado em incubadoras em que o nível de ruído médio era de 65 dB. As crises de apneia durante o período neo-natal foram o melhor preditor da perda de audição e não houve evidência de que o ruído a tenha afectado.

Wolke (1987), ao estudar o ambiente das UCI, refere que este apresenta poluição sonora, que perturba o sono, aumenta a agitação e provoca choro, hipoxémia e taquicárdia. Além disto, é difícil para o bebé localizar as fontes de som e aprender a integrar um som particular, por exemplo, uma voz com uma cara em particular, além de que o bebé não tem controlo sobre a exposição ao barulho. O ambiente apresenta uma luminosidade muito intensa que pode danificar a retina dos bebés de peso extremamente baixo (o uso de filtros pode ser aconselhável). Field (1990a) também refere que o excesso de ruído e a luz intensa podem ser stressantes. A aprendizagem através de experiências sensorio-motoras é reduzida. Nas UCI não há uma demarcação dos períodos nocturno e diurno pelos barulhos, luz e actividade do pessoal, o que pode causar problemas no sono dos bebés (Wolke, 1987).

Speidel (1978) concluía que muitos dos procedimentos a que são sujeitos os bebés nas UCI não são tão seguros quanto se pensava anteriormente. Antes de aplicar algum procedimento ao bebé, o pessoal médico deve interrogar-se se esse procedimento justifica a queda de Tensão de Oxigénio Arterial (PaO₂) que lhe é inerente e como é que esse risco pode ser minimizado. Embora o bebé, normalmente recupere desta queda de

tensão do oxigénio, uma sequência de procedimentos pode provocar uma queda prolongada de PaO₂ e tornar necessário o uso de ventilação assistida. Na sua opinião, devia ser adoptada uma política de aplicação do mínimo de procedimentos possível ao bebé.

Long, Philip e Lucey (1980) verificaram uma queda de Tensão de Oxigénio Transcutâneo (TcPO₂) e um aumento do batimento cardíaco a seguir à colheita de sangue, intubações e manipulações como mudança de fraldas.

Simbruner, Coradello, Fodor, Havelec, Lubec e Pollak (1981) concluíram que a sucção traqueal em bebés com menos de 1,250Kg ou em bebés com mais de 1,750Kg provoca hipoxémia, sendo a queda de TcPO₂ equivalente nos dois grupos. Concluíram que era necessário uma reavaliação do procedimento de sucção traqueal de rotina.

Danford, Miske, Headley e Nelson (1983) observaram um decréscimo de TcPO₂ durante e depois de 10 procedimentos (colheita de sangue através de picadela no calcanhar, radiografia ao tórax, fototerapia, fisioterapia, pesagem, alimentação por tubo, mudança de fralda, medição dos sinais vitais, alimentação por biberão e colocação de eléctrodos) aplicados a bebés com uma idade de concepção entre 24 e 38 semanas. Embora todos os procedimentos tivessem como efeito a hipoxémia em pelo menos 1/4 dos bebés, a radiografia ao tórax aparecia como o procedimento em que a hipóxia era mais severa. Quanto mais intenso é o estímulo, maior é a queda de TcPO₂. Danford *et al.* (1983) referem que a monitorização constante do TcPO₂ permite a redução da percentagem de «tempo indesejado» isto é, o tempo em que o TcPO₂ é superior ou inferior ao aconselhável, resultante dos procedimentos aplicados a bebés nas UCI (Long *et al.*, 1980). Referem também, que a agitação e o choro associados a barulhos fortes estão também correlacionados com uma queda no TcPO₂.

Murdoch e Darlow (1984) estudaram os efeitos das manipulações recebidas por bebés de muito baixo peso nas UCI nos primeiros dias de vida. As várias manipulações dos bebés foram divididas em 4 grupos: monitorização, terapêutica ou diagnóstico, enfermagem e cuidados fornecidos pelos pais que contribuíram com 35% do tempo em que os bebés foram manipulados. Muitos dos procedimentos tinham consequências indesejáveis. A sucção endotraqueal estava inva-

riavelmente associada com a hipoxémia e era levada a cabo mais frequentemente e durante mais tempo do que era desejável. Os autores deixam a indicação que as manipulações efectuadas sobre os bebés devem ser levadas a cabo o mínimo possível; deve implementar-se a política do «toque mínimo» (Field, 1990a).

Wolke (1987) refere que a manipulação excessiva cria um distúrbio dos padrões de sono e pode levar a hipoxémia, bradicárdia e apneia. A sucção endotraqueal e a fisioterapia ao tórax são os procedimentos, segundo o autor, mais desconfortáveis.

Gunnar, TeIsensee e Fust (1987) verificaram que a aplicação da escala de Brazelton (NBAS) estava associada com uma subida dos níveis de cortisol, o que sugere que é stressante para o bebé. Outros procedimentos de avaliação neurocomportamental podem sê-lo ainda mais. Num outro estudo, Schamberg e Field (1987) usaram um outro índice fisiológico do stress – a concentração de hormonas de crescimento. Verificou-se que os prematuros apresentavam elevados níveis de stress após a avaliação neurocomportamental, manifestado por uma baixa da concentração de hormonas de crescimento.

McVey, Ibhanebeh, Niven, Carrol e AlRomi (1996) verificaram que o procedimento de colheita de sangue se mostrou comportamentalmente (chorar e agitação motora) e fisiologicamente (queda da saturação do oxigénio) stressante para bebés prematuros em UCI.

Quase tudo o que é feito ao bebé causa dor, embora ele não se queixe (Field, 1990a). Vários procedimentos podem ser implementados, no sentido de modificar o ambiente a que estão sujeitos os prematuros no sentido de minimizar as sequelas no seu desenvolvimento.

Schmidt, Rose e Bridger (1980) mostraram que a audição de um som de batimento cardíaco diminui a duração do sono activo, diminuindo também a actividade motora espontânea neste período, e aumentando a duração do sono profundo.

Também se sabe que a temperatura influencia o sono (Parmelee, Bruck & Bruck, 1962) e deverá situar-se entre os 35 e os 36.5°. O sono e o descanso são indispensáveis ao crescimento do prematuro, não devendo ser incomodados a não ser que seja estritamente necessário. É inegável o

papel do sono na maturação do Sistema Nervoso Central (Dahl, 1996). As manipulações devem respeitar o estado de actividade do bebé não sendo levadas a cabo quando o bebé está a dormir. Devem reduzir-se as luzes e os ruídos durante a noite. Estes estímulos não só prejudicam o sono do bebé com aumentam o tempo de sono REM (Wolke, 1987). Pode usar-se uma música calma, não tem que haver necessariamente um silêncio. Deve utilizar-se a posição fetal que se sabe diminuir a agitação.

É clinicamente importante dar atenção ao ambiente social e sensorial do bebé de baixo peso, fazendo uma revisão periódica do nível de ruído, eliminando o barulho perturbador, tentando envolver mais os pais no cuidado dos seus bebés e, sobretudo, pensando que a incubadora é um contexto social onde o desenvolvimento está a ocorrer (Newman, 1981).

Wolke (1987) refere algumas medidas que deverão estar implementadas nas UCI como uma iluminação mais flexível, reduzir o tempo de manipulação, introduzir-se uma demarcação dos períodos diurno e nocturno, e introduzir-se o «Stroking» – toque suave –; devem ainda reduzir-se ao máximo os procedimentos que causam dor e introduzir a interacção sócio-sensorial com os bebés.

5. REDUÇÃO DO STRESS E OS PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO

Se não foi possível evitar a prematuridade, há que tentar minimizar os efeitos stressantes para o bebé e tentar promover o seu crescimento e desenvolvimento o mais harmoniosamente possível. Há procedimentos essenciais para a sobrevivência e para o bem estar do bebé, como por exemplo a picadela no calcanhar ou a ventilação assistida. Como reduzir então o stress resultante destas situações? Várias formas de estimulação tranquilizante podem ser eficazes para aliviar o stress, nomeadamente, permitir ao bebé chuchar e tocá-lo suavemente. Field (1990a) conclui que o chuchar e a estimulação táctil parecem atenuar as manifestações comportamentais e fisiológicas do stress inerentes aos procedimentos dos cuidados intensivos. São fáceis de aplicar, não são caros e são eficientes. A sua generalização aos serviços de Neonatologia é, do ponto de vista

clínico, de toda a utilidade. Gregg, Haffner e Korner (1976) salientavam já a importância do contacto e da estimulação táctil nos primeiros tempos de vida para o desenvolvimento do bebé, como tem confirmado a literatura sobre estimulação precoce.

É preciso ter presente, no entanto, que a reactividade de cada bebé ao contacto físico com o adulto é bastante individualizada (Korner, 1996), e que a condição clínica de cada bebé deve ser ponderada, pelo que os resultados benéficos dos programas de estimulação táctil, nem sempre são generalizáveis (Justo, 1997).

No estudo de Field e Goldson (1984) pretendia-se saber se um comportamento auto-confortante como o chuchar podia ser útil na modulação de experiências stressantes como a picadela no calcanhar para recolha de sangue. Os bebés sujeitos a cuidados intensivos que recebiam uma chucha, choravam menos e ficavam menos inquietos durante e depois do procedimento, do que os bebés que não recebiam a chucha.

Field, Ignatoff e Stringer (1982) verificaram que bebés na UCI a quem era dado uma chucha durante a alimentação por tubo requeriam menos vezes este tipo de alimentação, ganhavam mais peso e estavam menos tempo internados, além de que tinham mais facilidade em serem alimentados, mais tarde, por biberão, relativamente aos bebés que não tinham recebido chucha.

Bernbaum, Pereira, Watkins e Peckham (1983) concluíram que o chuchar não nutritivo em bebés com menos de 1500g durante a alimentação por tubo ajudava a desenvolver o reflexo de sucção e facilitava a transição para a alimentação oral. Esta forma de estimulação tinha também como resultado um aumento de peso mais rápido.

Kramer e Pierpont (1976) tentaram simular algumas características do ambiente intra-uterino. A incubadora fornece ao bebé uma temperatura adequada, limpeza e um mínimo de manipulação, mas não proporciona estimulação auditiva, vestibular e proprioceptiva como a que ocorre no ambiente intra-uterino. No seu estudo, bebés com menos de 34 semanas de gestação, colocados num colchão de água oscilante, e que ouviram o som de batimento cardíaco e de uma voz humana enquanto duravam os movimentos da cama, mostraram maior crescimento e maior

ganho de peso do que os bebés que não foram sujeitos a este programa de estimulação.

Field *et al.* (1986) apresentam um estudo sobre os efeitos da estimulação táctil/cinestésica suplementar em prematuros. Verificou-se que os bebés que recebiam esta estimulação apresentavam um ganho de peso superior aos bebés do grupo de «controlo», estavam mais tempo em vigília e activos e tinham resultados superiores na escala de Brazelton em orientação, habituação, actividade motora e variação de estado comportamental. Estiveram menos tempo hospitalizados. Quanto aos mecanismos subjacentes a estes efeitos do programa de estimulação, Field *et al.* (1986) referem que o aumento da actividade motora pode ter contribuído para o ganho de peso através do aumento da actividade metabólica. O aumento da actividade está também relacionado com um aumento da libertação de hormonas de crescimento. O aumento do estado de alerta e de actividade motora podem ter contribuído para um comportamento mais organizado na escala de Brazelton.

Schanberg e Field (1987) verificaram que deixar a ventilação assistida pode ser extremamente stressante, dado que o nível de cortisol aumenta nos dias seguintes. As crises de apneia são prováveis, sendo a forma mais eficaz de as prevenir, o uso de um colchão de água oscilante.

No estudo de Jay (citado por Field, 1990a), foi proporcionado a bebés com um tempo de gestação muito curto, e que requeriam ventilação assistida, sessões de contacto táctil suave e intermitente. O simples colocar as mãos na cabeça e no abdómen do bebé estava associado a um decréscimo da necessidade de ventilação mecânica.

Róiste e Bushnell (1996) analisaram os efeitos de um programa de estimulação táctil suplementar: TAC-TIC. A curto prazo os benefícios pareciam ser: o deixar o hospital mais cedo e passar a alimentar-se por biberão mais depressa. A terapia TAC-TIC é descrita por Adamson-Macedo e Attree (1994). Trata-se do primeiro método sistemático de toque suave com os dedos ou com as palmas das mãos, concebido especialmente para bebés prematuros em cuidados intensivos. É uma abordagem que evita o bombardeamento de estimulação. A terapia é constituída por uma sequência sistemática de 22 acções que cobrem todo o corpo do bebé. O toque com os dedos ou com as palmas das mãos depende da zona do

corpo a tocar. Os movimentos devem ser executados de forma muito suave, devem obedecer a um ritmo próprio e ter um equilíbrio determinado; há movimentos mais calmantes e outros mais 'activantes'. Há um sentido de continuidade porque uma das mãos está sempre a tocar no bebé.

Existe a hipótese, segundo Adamson-Macedo e Attree (1994) de que esta terapia reduza o stress dos prematuros por uma redução da secreção de hormonas do stress e aumento da produção de endorfinas que, por sua vez, ajuda a auto-regulação do bebé fortalecendo o seu sistema imunitário, acelerando o processo de abandono da ventilação assistida e favorecendo o crescimento. Segundo Adamson-Macedo e Attree (1994), a concepção teórica por detrás deste método é que o prematuro é um ser humano que está constantemente a interagir com o seu ambiente, num processo permanente de mudança. O bebé é modificado e modifica o ambiente. As experiências precoces são extremamente importantes para o desenvolvimento físico, psicológico e social. Neste sentido, o contacto corporal nos primeiros tempos de vida não pode ser negligenciado.

Os efeitos a curto prazo dos programas de estimulação parecem mais ou menos inegáveis. E quanto aos efeitos a longo prazo destes programas de estimulação? Vários estudos confirmam a sua existência.

Scarr-Salapatek e Williams (1973) implementaram um programa de estimulação para promover o desenvolvimento sensorio-motor de bebés com menos de 1800g durante o primeiro ano de vida. O grupo «experimental» recebeu estimulação táctil, visual e cinestésica durante as primeiras semanas de vida enquanto estavam na enfermaria. Estes bebés e as suas mães foram, também, visitados em casa, várias vezes até atingirem os 12 meses, na tentativa de se melhorar a capacidade de cuidado maternal das mães. O Q.I. de Cattell medido nesta idade foi significativamente superior no grupo «experimental». De salientar que, neste estudo não foram testados separadamente o efeito do programa de estimulação e o efeito do cuidado maternal no nível de desenvolvimento cognitivo medido aos 12 meses.

Powell (1974) concluía que, bebés de baixo peso sujeitos a estimulação suplementar durante

a sua permanência no hospital mostravam-se mais desenvolvidos aos 6 meses de idade do que os bebés não sujeitos a estimulação suplementar. A responsividade medida por um teste para recém-nascidos e através das escalas de Bayley mostrou-se estável desde o nascimento até à idade dos 6 meses.

Barnard e Bee (1983) realizaram um estudo com prematuros de menos de 35 semanas de gestação. Utilizaram 4 grupos: o de «controlo», que recebia os procedimentos hospitalares habituais; um grupo que recebia 15 minutos de estimulação por hora (oscilação + som de batimento cardíaco); um grupo que recebia estimulação cada vez que estava 90 segundos em inactividade e um outro que recebia estimulação cada vez que estava 90 segundos em inactividade, mas no máximo de 1 período de estimulação por hora. Além de todos os grupos experimentais mostrarem menos «reflexos anormais» e melhores respostas de orientação ainda no hospital, aos 24 meses pontuavam mais alto no índice de desenvolvimento mental das escalas de Bayley. Os autores concluem que, os padrões temporais de estimulação e a resposta contingencial do ambiente precoce dos prematuros pode contribuir para promover alguns dos aspectos do desenvolvimento destes bebés.

Adamson-Macedo e Werner (1994) compararam um grupo de bebés com menos de 1,25Kg à nascença submetidos a uma terapia TAC-TIC, com um grupo sem essa intervenção aos 7 anos de idade. O grupo «experimental» obteve resultados superiores em vários testes cognitivos. Verificou-se uma correlação positiva entre o número de acções de estimulação e as medidas de inteligência.

Róiste e Bushnell (1996) verificaram que um grupo de prematuros sujeitos a um programa de estimulação TAC-TIC apresentava aos 15 meses de idade um nível de desenvolvimento cognitivo superior ao grupo de «controlo». Não se verificaram, no entanto, diferenças entre os grupos no que respeitava ao desenvolvimento motor.

6. A INFLUÊNCIA DA INTERACÇÃO PAIS-BEBÉ

Como referem Róiste e Bushnell (1996), o impacto da prematuridade no desenvolvimento

do bebé pode ser mediado pela interacção pais-criança. A influência a longo prazo e os efeitos duradouros dos programas de estimulação no desenvolvimento dos bebés prematuros, pode dever-se a um possível efeito mediador de uma modificação nas expectativas dos pais e de uma modificação na interacção com os seus filhos (Field, 1990b; Róiste & Bushnell, 1996). O ganho de peso, o maior estado de alerta e de responsividade, as menores dificuldades em se alimentar, ou outros efeitos a curto prazo dos programas de estimulação, podem facilitar a relação entre os pais e o bebé prematuro o que, por sua vez, poderá ser profícuo para o desenvolvimento destes bebés (Field, 1990b). Field (1990b) acrescenta que o comportamento do bebé pode, de facto, ser alterado pelos programas de estimulação, mas pode também verificar-se um efeito de «halo», em que o dar mais atenção e amor pode ser, só por si, terapêutico.

A realização de programas de estimulação adicional aumenta, muitas vezes, o número de visitas dos pais aos seus bebés nas UCI (Rosenfeld *et al.* citados por Field, 1990b). Zeskind e Iacino (1984) mostraram que, o facto de dizer às mães de prematuros em UCI que os visitassem semanalmente, aumentava a frequência com que elas passavam a visitar os seus bebés voluntariamente sem que fosse necessário dizer-lhes mais vezes para o fazerem, e aumentava as percepções positivas das mães em relação ao prognóstico futuro dos seus bebés. Neste estudo, os bebés do grupo «experimental», a cujas mães tinha sido dito que visitassem os seus bebés, estavam menos tempo hospitalizados. Acrescentaríamos nós que, o facto das mães passarem a ter uma crença mais positiva em relação ao futuro dos seus filhos poderia facilitar a relação com os seus bebés.

Para que haja eficácia nos programas de intervenção com prematuros, deve haver uma focalização nos pais, promovendo a educação, o conhecimento e o apoio social, para que as mudanças no bebé possam ser permanentes (Koops & Harmon, 1980). Os programas de intervenção envolvendo simultaneamente os pais e os bebés têm-se mostrado os mais eficazes (McCarton *et al.*, 1996).

Odon e Chandler (1990) referem que os membros de um casal reagem emocionalmente ao

parto prematuro através de sentimentos de medo, impotência ou cólera. Além disso, o estereótipo da prematuridade (Harrison & Magill-Evans, 1996) pode provocar uma percepção negativa pelos pais e influenciar a interacção com os seus bebés. Harrison e Magill-Evans (1996) verificaram que ambos os pais de bebés prematuros interagiam menos do que os pais de bebés de termo com os seus filhos, aos 3 e aos 12 meses. Noutro estudo, verificou-se que uma percepção distorcida pelas mães do comportamento dos seus bebés, nascidos prematuramente, afectou a qualidade das suas interacções e competência para brincar com os seus bebés, aos 4 meses (Halpern & McLean, 1997). O impacto da prematuridade pode manter-se por um período de tempo considerável. Barratt, Roach e Leavitt (1996) verificaram que o padrão de responsividade e interacção materno manteve-se afectado pela condição do nascimento prematuro, mesmo passados 20 meses.

É difícil para a mãe tocar, pegar ao colo e ligar-se afectivamente a um bebé com um aspecto tão frágil e que pode não sobreviver em consequência da sua prematuridade. Manter um distanciamento considerável pode servir como defesa (Adamson-Macedo & Attree, 1994). Leroux, Malcuit e Pomerleau (1999) verificaram que existia um padrão de estimulação e interacção diferente entre as mães de prematuros e os seus bebés, e as mães de bebés nascidos a termo e os seus filhos, aos dois meses de idade. As primeiras tendiam a usar mais estimulação à distância.

Como já foi dito atrás, o facto do bebé estar longe da mãe nos primeiros tempos de vida pode prejudicar a sua relação com ela. Koops e Harmon (1980) referem que a separação física do bebé relativamente aos pais enquanto está na enfermaria, pode contribuir para problemas futuros nas relações. No entanto, a literatura sobre desenvolvimento infantil salienta a importância do contacto corporal precoce mãe-bebé. É preciso ensinar estas mães a tocar nos seus bebés, porque são elas próprias, muitas vezes, «mães prematuras», o que acrescenta mais uma dificuldade à já difícil, só por si, interacção precoce nestas idades. Ensinar estas mães é uma tarefa que necessita de programas de intervenção psicológica. A mãe «preparada para tocar, interage mais, torna-se mais colaborante com os técnicos

de saúde e interage mais positivamente com o seu bebé...» (Justo, 1997) com todas as consequências benéficas que daí podem advir.

Existem programas de intervenção que podem ser levados a cabo com os pais. Mostrar aos pais as capacidades que os seus filhos têm, pode ter um efeito positivo no seu desenvolvimento. Field (1990b) apresenta os resultados de um estudo sobre os efeitos nas mães, da demonstração do desempenho dos seus bebés nas escalas de Brazelton. Os bebés cujas mães tinham assistido à demonstração da avaliação com as escalas de Brazelton e podiam depois avaliar os seus bebés, e os bebés cujas mães tinham apenas podido avaliá-los sem demonstração prévia, apresentavam aos 4 meses uma maior incidência de comportamentos sociais durante a interacção face-a-face, relativamente ao grupo de «controlo». Além disso, estas mães viam os seus bebés como tendo um temperamento mais 'fácil'. Ao ano de idade encontraram-se diferenças significativas dos grupos «experimentais» relativamente ao grupo de «controlo» nas escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley. Os autores propõem um efeito transaccional para explicar os resultados; as mães que aprenderam precocemente sobre o comportamento interactivo dos seus bebés, seriam capazes de ilicitar neles mais comportamentos interactivos, o que contribuiria para uma melhor interacção precoce. Esta poderia, por sua vez, ajudar a promover o desenvolvimento mental dos bebés. Os efeitos positivos da demonstração da aplicação das escalas de Brazelton foram também documentados para os pais (Worobey & Belsky, 1982).

Nurcombe *et al.* (1984) estudaram os efeitos de um programa de intervenção com 11 sessões que enfatizava a sensibilidade e a responsividade de mães relativamente aos sinais de comportamento social de bebés de baixo peso. O programa reduziu as dificuldades de temperamento percebidas pelas mães nos seus bebés e reforçou a confiança e a satisfação no papel de mãe.

Apesar destes resultados, é importante, como refere Field (1990b), antes de implementar qualquer tipo de programa, verificar se tem algum tipo de efeitos indesejáveis, quer a curto, quer a longo prazo. De qualquer forma, estes programas de intervenção são necessários, uma vez que os efeitos negativos da prematuridade são eviden-

tes, interessando naturalmente ao clínico, minimizar as suas sequelas. Parece evidente que, a condição de baixo peso, associada muitas vezes a um parto prematuro, se relaciona frequentemente com problemas de saúde ao longo do desenvolvimento (Cohen & Etezady, 1999). A prematuridade é também responsável por atrasos no desenvolvimento a vários níveis. Numa revisão de literatura sobre as consequências a curto e a longo prazo da prematuridade, Goldson (1992) conclui que a prematuridade só por si tem um efeito negativo no crescimento e no desenvolvimento e que quanto menos pesado é o bebé mais negativo será o seu prognóstico. Briscoe, Gathercole e Marlow (1998) verificaram que aos 3/4 anos de idade, crianças que tinham nascido prematuramente, apresentavam mais dificuldades de linguagem, do que crianças nascidas a termo. Schothorst e Van-Engeland (1996), num estudo longitudinal com crianças desde a sua entrada na escola ao início da adolescência, verificaram que a prematuridade extrema aumentava o risco de problemas no funcionamento social e escolar. Kalmar (1996) salienta que a prematuridade tem influencias a longo prazo no desenvolvimento intelectual, mas conclui, num estudo longitudinal com crianças entre os seus 3 e 8 anos, que os factores relacionados com o ambiente familiar têm um impacto mais apreciável. Laucht, Esser e Schmidt (1997) concluem, também num estudo longitudinal com 350 crianças entre os seus 3 meses e 4 anos e meio, que apesar da prematuridade e o baixo peso preverem problemas de desenvolvimento, a sua importância se vai reduzindo ao longo da idade fazendo-se notar sobretudo na área motora. Os factores de risco familiares têm um impacto mais considerável, que tende a ser mais proeminente com a idade e a ter uma influencia noutras áreas como a cognitiva e a socio-emocional.

7. CONCLUSÕES

A realização de acompanhamento psicológico durante a gravidez em mulheres de risco, pode contribuir para uma vivência mais saudável desse período maturacional, prevenindo perturbações no processo de desenvolvimento gravídico e consequentes ocorrências patológicas, como complicações no parto e distúrbios emo-

cionais no pós-parto, ou ainda, e de forma mais negativa, o parto prematuro.

Pensamos que ficaram claras as consequências negativas da prematuridade. Cabe aos clínicos de uma forma sistemática, prevenir, quando isso é possível, a ocorrência desse acontecimento. É preciso, como salienta Justo (1997), que a prevenção psicológica do parto prematuro acompanhe de perto a prevenção médica, dado que as variáveis psicológicas desempenham, como vimos, um papel fundamental na ocorrência deste fenómeno.

Quando isso não for possível, é necessário intervir, em termos de prevenção secundária, criando programas de estimulação para os prematuros, e tentando junto das mães promover a qualidade do relacionamento que estabelecem com os seus bebés. É também fundamental, minimizar as consequências nefastas que o acontecimento por que passaram estas mulheres, pode ter no seu funcionamento psicológico.

Como sugere Justo (1997), são essenciais rastreios psicológicos realizados de forma sistemática nas unidades hospitalares, seleccionando nas enfermarias de maior risco os casos em que a intervenção psicológica é mais necessária. O psicólogo que diagnostica, deverá ser, tanto quanto possível, o que intervém e acompanha o caso até ao final.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramovich, S., Gregory, S., Slemick, M., & Stewart, A. (1979). Hearing loss in very low birthweight infants treated with neonatal intensive care. *Archives of Diseases in Childhood*, 54, 421-426.
- Adamson-Macedo, E., & Arttree, J. (1994). TAC-TIC therapy: The importance of systematic stroking. *British Journal of Midwifery*, 2 (6), 264-269.
- Adamson-Macedo, E., & Werner, J. (1994). Very early tactile stimulation and later cognitive development. *Infant Behaviour and Development*, 17, 259.
- Barnard, K., & Bee, H. (1983). The impact of temporally patterned stimulation on the development of preterm infants. *Child Development*, 54, 1156-1167.
- Barrat, M. S., Roach, M. A., & Leavitt, L. A. (1996). The impact of low-risk prematurity on maternal behaviour and toddler outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 581-602.
- Bernbaum, J., Pereira, G., Watkins, J., & Peckham, G. (1983). Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics*, 71 (1), 41-45.
- 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.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-24.
- Briscoe, J., Gathercole, S. E., & Marlow, N. (1998). Short-term memory and language outcomes after extreme prematurity at birth. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41 (3), 654-666.
- Brothwood, M., Wolke, D., Gamsu, H., Benson, J., & Cooper, D. (1986). Prognosis of the very low birthweight baby in relation to gender. *Archives of Disease in Childhood*, 61, 559-564.
- Case-Smith, J., Butcher, L., & Reed, D. (1998). Parent's report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants. *American Journal of Occupational Therapy*, 52 (7), 547-555.
- Charles, A., Norr, K., Block, C., Meyering, S., & Meyers, E. (1978). Obstetric and psychological effects of psychoprophylactic preparation for childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131 (1), 44-52.
- Chertok, L., Mondzain, M., & Bonnaud, M. (1963). Vomiting and the wish to have a child. *Psychosomatic Medicine*, 25 (1), 13-18.
- Cohen, T. B., & Etezady, M. H. (1999). *The vulnerable child* (Vol. 3). Madison, CT: International Universities Press.
- Colman, A., & Colman, L. (1973). *La grossezesse: Experience psychologique*. Paris: Robert Laffont.
- Colman, A., & Colman, L. (1991). *Pregnancy: The psychological experience* (revised and expanded). New York: The Moonday Press.
- Cox, D., & Reading, A. (1989). Fluctuations in state anxiety over the course of pregnancy and the relationship to outcome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 10, 71-78.
- Cutrona, C. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2 (4), 487-503.
- Dahl, R. (1996). The regulation of sleep and arousal: development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 3-27.
- Danford, D., Miske, S., Headley, J., & Nelson, R. (1983). Effects of routine care procedures on transcutaneous oxygen in neonates: a quantitative approach. *Archives of Disease in Childhood*, 58, 20-23.

- Davids, A., & De Vault, S. (1962). Maternal anxiety during pregnancy and childbirth abnormalities. *Psychosomatic Medicine*, 24 (5), 464-469.
- Davids, A., De Vault, S., & Talmadge, M. (1961). Anxiety, pregnancy and childbirth abnormalities. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 74-77.
- Douek, E., Bannister, L., Dodson, H., & Ashcroft, P. (1976). Effects of incubator noise on the cochlea of the newborn. *The Lancet*, 20, 1109-1113.
- Eckerman, C. O., Hsu, H. C., Molitor, A., Leung, E. H., & Goldstein, R. F. (1999). Infant arousal in an en-face exchange with a new partner: Effects of prematurity and perinatal biological risk. *Developmental Psychology*, 35 (1), 282-293.
- Erickson, M. T. (1975). The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 207-210.
- Field, T. (1990a). Alleviating stress in newborn infants in the Intensive Care Unit. *Clinics in Perinatology*, 17 (1), 1-9.
- Field, T. (1990b). Interventions to alleviate stress and facilitate growth and development of the preterm neonate. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 139-159.
- Field, T., & Goldson, E. (1984). Pacifying effects of nonnutritive sucking on term and preterm neonates during heel sticks. *Pediatrics*, 74, 1012-1015.
- Field, T., Ignatoff, E., & Stringer, S. (1982). Nonnutritive sucking during tube feedings: Effects on preterm neonates in an ICU. *Pediatrics*, 70, 381-384.
- Field, T., Schanberg, S., Scafidi, F., Bauer, C., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J., & Kuhn, C. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, 77, 654-658.
- Fleming, A., Ruble, D., Anderson, V., & Flett, G. (1988). Place of childbirth influences: Feelings of satisfaction and control in first-time mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 8, 1-17.
- Giorlando, S., & Mascola, R. (1957). The treatment of Hyperemesis Gravidarum with hypnotherapy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 67 (3), 444-453.
- Goldson, E. (1992). Follow-up of low birth weight infants: A contemporary review. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, 159-179.
- Gordon, R., & Gordon, K. (1959). Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77 (5), 1074-1083.
- Greenberg, M., & Crnic, K. (1988). Longitudinal predictors of development status and social interaction in premature and full-term at age two. *Child Development*, 59, 554-570.
- Gregg, C., Haffner, M., & Korner, A. (1976). The relative efficacy of vestibular-proprioceptive stimulation and the upright position in enhancing visual pursuit in neonates. *Child Development*, 47, 309-314.
- Gunnar, M., Isensee, J., & Fust, S. (1987). Adrenocortical activity and the Brazelton Neonatal Assessment Scale: Moderating effects of the newborn's biobehavioral status. *Child Development*, 58, 1448-1458.
- Halpern, L. F., & McLean, W. E. (1997). «Hey mom, look at me». *Infant Behaviour and Development*, 20 (4), 515-529.
- Harrison, M. J., & Magill-Evans, J. (1996). Mother and father interactions over the first year with term and preterm infants. *Research in Nursing and Health*, 19 (6), 451-459.
- Johnson, J., & Dubin, N. (1980). Prevention of preterm labor. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 23 (1), 51-73.
- Justo, J. (1994). *A evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Justo, J. (1997). Os bebés prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 307-322.
- Kalmar, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and fullterm children: An 8-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 19 (3), 491-516.
- Kramer, L., & Pierpont, M. (1976). Rocking waterbeds and auditory stimuli to enhance growth of preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 88 (2), 297-299.
- Koops, B., & Harmon, R. (1980). Studies on long-term outcome in newborns with birth weights under 1500 grams. *Advances in Behavioral Pediatrics*, 1, 1-28.
- Korner, A. (1996). Reliable individual differences in preterm infants' excitation management. *Child Development*, 67, 1793-1805.
- Kumar, R., Robson, K., & Smith, M. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (1), 43-51.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38 (7), 843-853.
- Lawson, K., Daum, C., & Turkewitz, G. (1977). Environmental characteristics of a neonatal intensive-care unit. *Child Development*, 48, 1633-1639.
- Leroux, S., Malcuit, G., & Pomerleau, A. (1999). Etude comparative de nourrissons prématurés et nés à terme et des modes de stimulation qu'ils expérimentent au cours des six premiers mois. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31 (1), 40-53.

- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., & Scrimshaw, S. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: A prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology, 11* (1), 32-40.
- Long, J., Philip, A., & Lucey, J. (1980). Excessive handling as a cause of hypoxemia. *Pediatrics, 65* (2), 203-207.
- McCarton, C. M., Wallace, I. F., & Bennett, F. C. (1996). Early intervention for low-birth-weight premature infants: What can we achieve? *Annals of Medicine, 28* (3), 221-225.
- McDonald, R., Gynther, M., & Christakos, A. (1963). Relation between maternal anxiety and obstetric complication. *Psychosomatic Medicine, 25* (4), 357-362.
- McVey, C., Ibhahsehbor, S., Niven, C., Carrol, D., & AlRoomi, L. (1996). A preliminary investigation of the effect of blood sampling on the behaviour and oxygen saturation of preterm babies in intensive care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 14* (1), 77-79.
- Murdoch, D., & Darlow, B. (1984). Handling during neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood, 59*, 957-961.
- Muylder, X. (1990). Etiologie du travail prématuré: Quel est le rôle des facteurs psychologiques? *Journal of Obstetrics Biology and Reproduction, 19*, 77-82.
- Nettelbladt, P., Fagerstroen, C., & Uddenberg, N. (1976). The significance of reported childbirth pain. *Journal of Psychosomatic Research, 20*, 215-221.
- Newman, L. (1981). Social and sensory environment of low birth weight infants in a special care nursery. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 169* (7), 448-455.
- Nordentoft, M., Lou, H. C., Hansen, D., Nim, J., Pryds, O., Rubin, P., & Hemmingsen, R. (1996). Intrauterine growth retardation and premature delivery: The influence of maternal smoking and psychosocial factors. *American Journal of Public Health, 86* (3), 347-354.
- Nurcombe, B., Howell, D., Rauh, V., Teti, D., Ruoff, P., & Brennan, J. (1984). An intervention program for mothers of low-birthweight infants: Preliminary results. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23* (3), 319-325.
- Odon, S., & Chandler, L. (1990). Transition to parenthood for parents of special technology-assisted infants. *Topics in Early Childhood Special Education, 9* (4), 43-54.
- Omer, H., Elizur, Y., Barnea, T., Fiedlander, D., & Palti, Z. (1986). Psychological variables and premature labour: A possible solution for some methodological problems. *Journal of Psychosomatic Research, 30* (5), 559-565.
- Omer, H., Fiedlander, D., & Palti, Z. (1986). Hypnotic relaxation in the treatment of premature labor. *Psychosomatic Medicine, 48* (5), 351-361.
- Omer, H., Fiedlander, D., Palti, Z., & Shekel, I. (1986). Life stresses and premature labor: Real connection or artifactual findings? *Psychosomatic Medicine, 48* (5), 362-370.
- Omer, H., Nishiri, R., & Neri, A. (1987). Psychological characteristics of women with postterm pregnancies. *Psychosomatic Medicine, 49*, 610-615.
- Parmelee, A., Bruck, K., & Bruck, M. (1962). Activity and inactivity cycles during the sleep of premature infants exposed to neutral temperatures. *Biologia Neonatorum, 4*, 317-339.
- Powell, L. (1974). The effect of extra stimulation and maternal involvement on the development of low-birth-weight infants and on maternal behaviour. *Child Development, 45*, 106-113.
- Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators: Vulnerability to postnatal disturbance. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 4*, 151-168.
- Rizardo, R., Magni, G., Andreoli, C., Merlin, G., Andreoli, F., Fabris, L., Martinoli, G., & Cosentino, M. (1985). Psychosocial aspects during pregnancy and obstetrical complications. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 4*, 11-22.
- Róiste, A., & Bushnell, I. (1996). Tactile stimulation: Short and long-term benefits for pre-term infants. *British Journal of Developmental Psychology, 14*, 41-53.
- Scarr-Salapatek, S., & Williams, M. (1973). The effects of early stimulation on low-birth-weight infants. *Child Development, 44*, 94-101.
- Schanberg, S., & Field, T. (1987). Sensory deprivation stress and supplementary stimulation in the rat pup and preterm human neonate. *Child Development, 58*, 1431-1447.
- Schmidt, K., Rose, S., & Bridger, W. (1980). Effect of heartbeat sound on the cardiac and behavioral responsiveness to tactile stimulation in sleeping preterm infants. *Developmental Psychology, 16* (3), 175-184.
- Schothorst, P. F., & Van-Engeland, H. (1996). Long-term behavioral sequelae of prematurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35* (2), 175-183.
- Simbruner, G., Coradello, H., Fodor, M., Havelec, L., Lubec, G., & Pollak, A. (1981). Effect of tracheal suction on oxygenation, circulation, and lung mechanics in newborn infants. *Archives of Disease in Childhood, 56*, 326-330.
- Speidel, B. (1978). Adverse effects of routine procedures on preterm infants. *The Lancet, 22*, 864-866.
- Teichmann, A., & Breull, A. (1989). Ein neues konzept psychosomatischer Forschung am beispiel der vorzeitigen Wehentätigkeit. *Zsch. Psychosom., 35*, 256-276.
- Thompson, M., & Khot, A. (1985). Impact of neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood, 60*, 213-214.

- Wertheim, E., & Morriss, N. (1987). Origine prénatale des relations parent-enfant. *Journal of Obstetrics, Gynaecology, Biology and Reproduction*, 16, 433-441.
- Wolke, D. (1987). Environmental neonatology. *Archives of Disease in Childhood*, 62, 987-988.
- Worobey, J., & Belsky, J. (1982). Employing the Brazelton Scale to influence mothering: An experimental comparison of three strategies. *Developmental Psychology*, 18, 736-743.
- Zeskind, P., & Iacino, R. (1984). Effects of maternal visitation to preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Child Development*, 55, 1887-1893.
- Zuckerman, B. (1986). Alcohol and psychoactive substance use during pregnancy. In J. Pedro (Ed.), *Biopsychology of early parent-infant communication* (pp. 93-98). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

RESUMO

Este trabalho apresenta a gravidez segundo a conceptualização de alguns autores, como um período de crise maturacional, onde ocorre um processo de desenvolvimento psicológico por fases, ao longo dos três trimestres, com objectivos e tarefas psíquicas definidas. Hipotetizamos que perturbações, como uma paragem ou bloqueio, nesse processo de desenvolvimento gravídico, poderão resultar na ocorrência do parto prematuro, e que o prosseguir do processo até ao final, mas de forma conturbada, pode contribuir para complicações no desenrolar do parto de termo ou para distúrbios no pós-parto. São apresentados alguns estudos sobre a influência de factores psicológicos no parto prematuro, nas complicações do parto de termo e nos distúrbios emocionais do pós-parto. São revistos e discutidos alguns estudos que descrevem o ambiente físico, as manipulações a que são sujeitos os bebés nas Unidades de Cuidados Intensivos, as consequências desse ambiente e manipulações para os bebés prematuros e de baixo peso, bem como as alterações que se podem implementar nessas unidades. Finalmente, apresentamos alguns estudos sobre os programas de estimulação suplementar e de redução do stress, os seus efeitos a

curto e a longo prazo, e discutimos ainda a influência que a relação pais-bebé pode ter na eficácia dos programas de estimulação e no desenvolvimento destes bebés. Ao longo do artigo e no final são tecidas considerações sobre o papel do psicólogo clínico na prevenção e intervenção terapêutica durante e após a gravidez.

Palavras-chave: Processo gravídico, parto prematuro, factores psicológicos, parto, bebés prematuros e de baixo peso, programas de estimulação, interacção pais-bebé.

ABSTRACT

This article presents pregnancy, following the conceptualization of some authors, as a crisis maturation period, during which a psychological developmental process occurs by phases, within the three trimesters, with defined psychological goals and tasks. We propose that disruptions, in the developmental process can result in the occurrence of premature birth, and that the continuation of the process but in a disturbed way, can contribute to term-delivery complications or to post-term emotional disturbances. We present some studies about the influence of psychological factors in premature birth, in term-delivery complications and in the emotional disturbances of post-delivery. We review and discuss some studies that describe the physical environment of the Intensive Care Units, the manipulations and the consequences for the premature and low birthweight babies, as well as the modifications that can be implemented in those units. Finally, we present some studies about additional stimulation and stress-reduction programs, their short and long-term effects, and discuss the influences that the parent-child relationship can have in the efficacy of those programs, and in the development of those babies. We make some considerations about the role of the clinical psychologist in prevention and therapeutics during and after pregnancy.

Key words: Pregnancy process, premature birth, psychological factors, term-delivery, premature and low birthweight babies, stimulation programs, parent-baby interaction.