

## O CONTRIBUTO DOS FATORES PSICOLÓGICOS NA OCORRÊNCIA DO PARTO PRÉ-TERMO

**Ana Paula Forte Camarneiro**

Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**João Manuel Rosado de Miranda Justo**

Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.595>

*Fecha de Recepción: 18 Febrero 2014*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014*

### ABSTRACT

Some psychological variables of women seem to be in close relationship with the clinical course of pregnancy and delivery outcome. However, about risk factors for preterm birth, it is necessary to deepen the knowledge of the psychological risk area to enable more effective prevention.

**Aim:** To relate the result of delivery, with regard to gestational age, mode of delivery and infant characteristics with psychological variables assessed during pregnancy, prenatal maternal attachment, psychopathological symptomatology and coping.

**Methodology:** A prospective, descriptive correlational study; participants were 395 women at the second trimester of pregnancy and at postpartum, who attended antenatal clinics at the center of Portugal. The following instruments were used: Clinical Questionnaire about the Result of Delivery; Sociodemographic and Clinical Questionnaire in Pregnancy; Maternal Antenatal Attachment Scale; Brief Symptoms Inventory (BSI); Problems' Resolution Inventory (PRI).

**Results:** Gestational age and birth weight of the baby, on one side, and variables of prenatal attachment, BSI and PRI, on the other side, did not correlate significantly. The quality of prenatal maternal attachment was higher in women who came to have a delivery by forceps or vacuum extraction, compared with those that had caesarean birth ( $p = .05$ ). The majority of women had a healthy pregnancy (75.7%). Coping strategies like Interpersonal Sensitivity and Help-seeking seem to influence the occurrence of obstetrical pathology.

Women with higher scores on Total Prenatal Attachment and Intensity of Preoccupation are more likely to have newborns with health problems. There is an association between clinical variables, the newborn's health at birth and obstetric pathology of the II and III trimesters.

**Conclusion:** Prenatal psychological factors such as prenatal attachment do not seem to influence the obstetric condition or the result of delivery but appear to play an important role about how pregnant women experience pregnancy and labor.

**Keywords:** Prenatal psychological factors; evolution during pregnancy, delivery outcome.

## O CONTRIBUTO DOS FATORES PSICOLÓGICOS NA OCORRÊNCIA DO PARTO PRÉ-TERMO

### RESUMO

Algumas variáveis psicológicas da mulher parecem estar em estreita relação com a evolução clínica da gravidez e o resultado do parto. No entanto, acerca dos fatores de risco para o parto pré-termo, é necessário aprofundar conhecimentos na área do risco psicológico que permitam uma prevenção mais eficaz.

**Objetivos:** relacionar o resultado do parto, no que se refere à idade gestacional, tipo de parto e características do bebê, com as variáveis psicológicas avaliadas durante a gravidez, vinculação materna pré-natal, sintomatologia psicopatológica e coping.

**Metodologia:** estudo prospetivo, descritivo-correlacional; amostra constituída por 395 mulheres no segundo trimestre de gravidez e no pós-parto que frequentaram consultas pré-natais na zona centro do país. Instrumentos de pesquisa: Questionário Clínico relativo ao Resultado do Parto; Questionário Sociodemográfico e Clínico na Gravidez; Maternal Antenatal Attachment Scale; Brief Symptoms Inventory (BSI); Inventário de Resolução de Problemas (IRP).

**Resultados:** a idade gestacional e o peso do bebê ao nascer, por um lado, e as variáveis da vinculação pré-natal, BSI e IRP, por outro lado, não se correlacionam significativamente. A qualidade da vinculação pré-natal materna era mais elevada nas mulheres que vieram a ter um parto por fórceps ou ventosa, em comparação com as que fizeram cesariana ( $p = .05$ ). A maior parte das mulheres teve uma gravidez saudável (75.7%). A diferença entre estas e as que sofreram alguma patologia obstétrica situa-se na Sensibilidade Interpessoal e Pedido de Ajuda, favoráveis às primeiras. Mulheres com pontuações mais elevadas na Vinculação Materna Total e Intensidade da Preocupação têm mais probabilidade de ter bebês com problemas de saúde. Existe uma associação entre as variáveis clínicas, a saúde do bebê no momento do nascimento e a patologia obstétrica do II e do III trimestre.

**Conclusão:** Fatores psicológicos pré-natais como a vinculação pré-natal não parecem exercer influência na patologia obstétrica nem no resultado do parto mas parecem desempenhar um papel importante na forma como a grávida vive a gestação e o trabalho de parto.

**Palavras-chave:** Fatores psicológicos pré-natais; evolução da gravidez; resultado do parto.

### INTRODUÇÃO

Algumas variáveis psicológicas da mulher parecem estar em estreita relação com a evolução clínica da gravidez e o resultado do parto. Uma revisão da literatura realizada por Marcus (2009) indicou que as complicações obstétricas mais frequentes, decorrentes do efeito das variáveis psicológicas, são: o baixo ganho ponderal do bebê; a reduzida utilização de cuidados pré-natais; o aumento do uso de substâncias e a ocorrência de parto pré-termo.

Definido pela OMS, desde 1993, como o nascimento antes das 37 semanas de gestação, o parto pré-termo é fator de alto risco para o bebê e constitui uma quebra nas expectativas dos pais. A sua incidência situa-se entre 5 e 11% nos países desenvolvidos, continua a crescer e, atualmente, estão descritas mudanças epidemiológicas cujo aspeto mais relevante é o aumento significativo do número de nascimentos pré-termo, em geral, e uma subida nos grupos socioeconómicos mais favorecidos (Norman & Greer, 2005).

O parto pré-termo está envolvido num pluralismo de fatores etiológicos tais como iatrogénicos, que explicam 30% do fenómeno nos países desenvolvidos, idiopáticos, que se considerou explicarem 50% da prematuridade até aos anos 90 e 30% na atualidade. Ainda, pequenas percentagens são explicadas por cada uma das infeções genitais intra-uterinas e extra-uterinas (Norman & Greer, 2005; Thompson & Ashwill, 1996).

No que respeita à influência dos fatores psicológicos na ocorrência do parto pré-termo, particularmente aqueles que estão relacionados com a vinculação da mãe ao bebê antes do nascimento,

os estudos são escassos e pouco conclusivos. A investigação tem-se centrado no período pós-parto. De facto, um parto pré-termo ocorre num momento de grande construção e desenvolvimento pessoal, tanto para a mãe como para o bebé, de tal ordem que um bebé retirado prematuramente da sua mãe torna esses pais também eles prematuros (Justo, 1997), aumentando a necessidade de intervenção psicológica. Um elevado número de estudos empíricos mostra que as mães dos bebés pré-termo vivenciam, após o parto, elevados níveis de ansiedade com inevitáveis repercussões adversas sobre a sua conduta interativa. A interação da mãe com o bebé encontra-se comprometida quando comparada com aquela que é estabelecida com os bebés de termo (Klaus et al., 1975), perturbando o diálogo comportamental, assim como a comunicação e o prazer de estarem juntos (Brazelton & Cramer, 1993; Lebovici, 1987).

Uma das razões para as dificuldades em causa deve-se à imaturidade do bebé prematuro. Trata-se de uma criança imatura do ponto de vista fisiológico e o seu sistema nervoso central não está operacional para receber os mesmos estímulos que um bebé de termo, o que lhe redobra o esforço exigido para viver. Este bebé apresenta determinadas características somáticas, motoras e sensoriais que o caracterizam; tem um comportamento irregular e dá sinais inequívocos de indisponibilidade interativa; participa pouco, tem competências limitadas para tratar a informação e tem dificuldade em regular a sua atenção na interação com a mãe (e.g., Bullinger & Goubet, 1999; Lequien, 1999; Miura, 1991). Embora a prematuridade incida fundamentalmente sobre o bebé e sobre a mãe, o pai é também afetado por esta situação, justamente pelo envolvimento ativo que hoje tem na gravidez (Camus, 2002).

Algumas complicações obstétricas articulam-se de forma muito importante com as variáveis psicológicas, sendo as complicações obstétricas a expressão somática dos conflitos emocionais que as mulheres não conseguem mentalizar (Justo, 2002). Contudo, não se deve esperar que os fatores psicológicos, por si só, causem patologia obstétrica, mas sim que contribuam para o incremento de alguns fatores fisiológicos, podendo facilitar o desencadeamento de certos problemas somáticos. Na opinião de Sá (1996), todos os quadros têm contrapartidas mentais e manifestações somáticas. No entanto, possivelmente, muitas mulheres conseguem evitar alguns problemas somáticos na gravidez graças à existência de fatores protetores externos, tais como o apoio conjugal, familiar e social. Estes fatores podem desempenhar um papel positivo contrariando algumas das consequências psicológicas que seriam induzidas por fatores mais negativos que se encontram presentes na organização psicológica de algumas grávidas.

Desenvolvimentos teóricos e de investigação fundamentais em psicologia da maternidade dizem respeito à relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis obstétricas e pediátricas no momento do nascimento (Justo, 1990). Estas relações têm início no período pré-natal que passou a ser olhado como o verdadeiro início das relações de vinculação entre pais e filhos. A vinculação na gravidez refere-se ao desenvolvimento de sentimentos dos pais pelo bebé antes de este nascer - uma dimensão interior.

Estudos efetuados nas últimas décadas têm indicado que as alterações emocionais que ocorrem durante a gravidez, sobretudo maternas, tais como a depressão e os sintomas depressivos (e.g., Marcus, 2009; Misri & Joe, 2008; O'Hara, 2009), a sintomatologia ansiosa (e.g., Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2004; Faisal-Curry & Menezes, 2007; Justo, 1994), o stress (e.g., DiPietro, Ghera, Costigan, & Hawkins, 2004; Field et al., 2008; Jolley & Spach, 2008) e outra sintomatologia psicopatológica (e.g., Borjesson, Ruppert, & Bagedahl-Strindlund, 2005; Matthey, Barnett, Ungerer, & Waters, 2000; Pereira, Santos, & Ramalho, 1999) têm implicações obstétricas, maternas e fetais, no parto e no recém-nascido, no pós-parto e no desenvolvimento da criança (e.g., Dikstein, Seifer, & Albus, 2009; Fonagy, 2004; Golse, 2007).

A propósito da relação entre a vinculação pré-natal materna (VPNM) e a presença de patologia

## O CONTRIBUTO DOS FATORES PSICOLÓGICOS NA OCORRÊNCIA DO PARTO PRÉ-TERMO

obstétrica, alguns estudos mostraram que não há diferenças na vinculação pré-natal em grávidas de alto risco por problemas médicos durante a gravidez, quando comparadas com as grávidas sem complicações médicas (Curry, 1987; Kemp & Page, 1987; Mercer et al., 1988). Outros estudos referem que as mães hospitalizadas por risco materno não se diferenciaram na vinculação pré-natal das mães hospitalizadas por risco fetal, assim como não foram encontradas diferenças na vinculação pré-natal conforme a gravidade dos fatores de risco (Brandon et al., 2008; White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster, & Manderson, 2008).

Contudo, mulheres Suecas mostraram-se mais vinculadas ao feto quando tinham complicações na gravidez; pelo contrário, mulheres Polacas mostraram menos vinculação ao feto nessas circunstâncias. Possivelmente, estas últimas apenas evidenciam o seu desconforto face ao sistema de saúde reagindo às complicações da gravidez com um aumento da concentração no seu próprio bem-estar e retirando-se das emoções relacionadas com o feto (Bielawska-Batorowicz & Siddiqui, 2008).

Em 1989, na Alemanha, foi efetuado um estudo prospetivo com mulher grávida (Teichmann & Breull, 1989) que permitiu a previsão de 90% dos casos de parto pré-termo, com base em 19 itens psicológicos pertencentes a quatro categorias: a) estratégias de coping; b) motivação para ter um filho; c) existência de stress profissional e d) situação familiar. É neste contexto que, neste estudo, o objectivo principal é relacionar o resultado do parto (idade gestacional, tipo de parto e características do bebé), com as variáveis psicológicas avaliadas durante a gravidez (vinculação materna pré-natal, sintomatologia psicopatológica e coping).

### METODOLOGIA

O estudo realizado é do tipo quantitativo, prospetivo, descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 395 mulheres, entrevistadas em dois tempos, no segundo trimestre de gravidez e após o parto. Na primeira entrevista, as grávidas eram de baixo risco obstétrico, tinham relação conjugal estável, idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos e frequentaram consultas de vigilância pré-natal. No segundo momento, todos os bebés tinham nascido.

Os instrumentos de pesquisa utilizados no primeiro momento foram os seguintes: Questionário Sociodemográfico e Clínico na Gravidez; Escala de Vinculação Pré-Natal Materna (Camarneiro & Justo, 2010; versão portuguesa da Maternal Antenatal Attachment Scale, Condon, 1993); Brief Symptoms Inventory (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1999); Inventário de Resolução de Problemas (IRP; Vaz-Serra, 1988). No segundo momento, recolheram-se dados relativos à ocorrência de patologia obstétrica e do resultado do parto com a aplicação do Questionário Clínico relativo ao Resultado do Parto.

A patologia obstétrica nos II e III trimestres de gravidez foi operacionalizada pela presença ou ausência de doenças depois das 25 semanas de gestação; o resultado do parto teve em conta o tempo de gestação no momento do parto, se o parto foi pré-termo ou a termo e o tipo de parto (eutócico, instrumentalizado ou cesariana). A saúde do bebé no momento do nascimento foi operacionalizada em duas categorias, saudável e com problemas.

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao software PASW Statistics, SPSS, versão 18.

### RESULTADOS

Na primeira entrevista, as mulheres da amostra eram grávidas de baixo risco entre as 16 e as 25 semanas de gestação ( $M = 21.24$ ,  $DP = 2.35$ ), as suas gravidezes foram planeadas em 76.9% dos casos, a idade era 29.62 anos em média, a nacionalidade era maioritariamente Portuguesa (94.3%) e, quanto ao estatuto conjugal, 74.7% eram casadas e as restantes viviam em união de facto. O grupo mais numeroso (32.2%) concluiu o ensino secundário, enquanto 30.5% tinham for-

mação superior. Segundo a classificação de Graffar (1956), a profissão mais frequente (33.9%) situou-se na categoria 3; o estatuto socioeconômico do casal é sobretudo de nível 2 (64.3%) e de nível 3 (25.3%). O agregado familiar, em mais de metade dos casos (55.3%), é constituído apenas pelo casal.

No segundo momento do estudo, após o parto, observou-se que: 1) 75.7% das mulheres manteve uma gravidez saudável sem ocorrências de natureza médica; 2) 24.3% das grávidas desenvolveram algum problema de saúde; 3) os problemas de saúde foram mais frequentes no terceiro trimestre (65.6%) do que no segundo (34.4%); 4) 67.3% das parturientes entraram espontaneamente em trabalho de parto; 5) 50.9% dos partos foram eutócicos e 6) a duração média da gravidez foi de 38.54 semanas ( $DP = 1.66$ ), situando-se entre as 25 e as 41 semanas.

Em relação ao total da amostra, 6.3% dos bebês nasceram pré-termo, valor abaixo do indicado pelas estatísticas nacionais (8.8% em 2009, segundo dados disponibilizados pelo INE, 2010) e das estatísticas internacionais (cerca de 7.7%).

A maioria dos bebês nasceu saudável (80.3%). O índice de APGAR ao primeiro e ao quinto minuto variou entre 1 e 10 (respetivamente  $M = 8.65$ ,  $DP = 1.21$ ;  $M = 9.81$ ,  $DP = .67$ ) e, ao décimo minuto, este índice variou entre 8 e 10 ( $M = 9.93$ ,  $DP = .27$ ). Dos 19.2% de recém-nascidos com problemas de saúde à nascença, o nascimento pré-termo foi o mais frequente (32.9%), seguido da presença de dificuldade respiratória (17.1%) e doença interna (17.1%). Em 1.3% dos casos, os problemas de saúde do bebê foram devidos a doença materna.

A análise dos resultados mostra que a prevalência de doenças durante os II e III trimestres da gravidez foi mais baixa para as mulheres sem filhos (21.5%) e mais alta para aquelas que têm dois ou três filhos (31.6%), mas as diferenças não são estatisticamente significativas ( $c^2 (2) = 2.79$ ,  $p = .248$ ). A prevalência de bebês com problemas de saúde (34.0%) é significativamente superior nas mulheres que tiveram problemas de saúde durante os II e III trimestres da gravidez com diferenças estatisticamente significativas ( $c^2 (1) = 17.90$ ,  $p = .000$ ). A saúde dos bebês está, portanto, associada às doenças maternas dos dois últimos trimestres da gravidez.

Quanto ao estudo da relação entre as características psicológicas e a patologia obstétrica e resultado do parto, utilizando o teste  $t$  de Student, comparámos as mulheres que vieram a desenvolver patologia obstétrica com as que se mantiveram sem patologia, a fim de verificar a existência de diferenças entre as médias das variáveis psicológicas estudadas durante a gravidez (vinculação pré-natal, sintomatologia psicopatológica e coping).

A Vinculação Pré-natal Materna Total (VPNMT) e as suas dimensões Qualidade da Vinculação Materna (QVM) e Intensidade da Preocupação Materna (IPM) não se diferenciaram significativamente entre os dois grupos. Ao analisar os sintomas psicopatológicos obtidos através do BSI aplicado às mulheres no segundo trimestre, antes da ocorrência de patologia obstétrica, verificámos que a sensibilidade interpessoal (caracterizada por sentimentos de inferioridade e fragilidade pessoal) era superior entre as mulheres que vieram a desenvolver patologia obstétrica nos II e III trimestres de gestação em comparação com as que não desenvolveram essa patologia. As diferenças de médias entre os dois grupos são significativas ( $t (141.12) = - 2.13$ ,  $p = .035$ ). A sensibilidade interpessoal aumentada nas grávidas parece ser prejudicial ao bom decurso da gravidez. Em nenhum outro sintoma psicopatológico estudado se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.

O coping, avaliado através do IRP, apresentou diferenças significativas entre os dois grupos de gestantes no fator pedido de ajuda ( $t (393) = 2.43$ ,  $p = .016$ ), com as mulheres que se mantiveram saudáveis durante a gestação a terem menos necessidade de pedir ajuda aos outros, o que traduz coping mais favorável. O coping global e as suas outras dimensões não mostraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos em estudo.

## O CONTRIBUTO DOS FATORES PSICOLÓGICOS NA OCORRÊNCIA DO PARTO PRÉ-TERMO

Os resultados relativos ao nascimento do bebê apontam no sentido da não existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias da vinculação pré-natal materna em função do estado de saúde do recém-nascido no momento do nascimento. Contudo, os valores obtidos sugerem que as mães dos bebês que nasceram com problemas de saúde manifestaram, no segundo trimestre de gravidez, níveis médios mais elevados de VPNMT, de QVM e de IPM. Tais diferenças apresentam significância estatística marginal na IPM ( $t = -1.72$ ;  $p = .087$ ) e na EVPNM ( $t = -1.74$ ;  $p = .082$ ). Grávidas com pontuações mais elevadas no Total de VPNM e na subescala IPM tinham mais probabilidades de ter bebês com problemas de saúde ao nascer.

Quando se analisa o tipo de parto, verifica-se que não há diferenças significativas na vinculação da mãe ao feto seja ele eutócico, intervencionado com fórceps e/ou ventosa ou cesariana (QVM,  $F(2, 392) = 3.00$ ,  $p = .051$ ; IPM,  $F(2, 392) = 0.33$ ;  $p = .723$  e VPNMT,  $F(2, 392) = 1.38$ ,  $p = .253$ ). Contudo, a QVM estava mais elevada durante a gravidez nas mulheres que vieram a ter um parto por fórceps ou ventosa, em comparação com as mulheres que vieram a fazer uma cesariana, sendo a diferença estatística marginalmente significativa ( $p = .05$ ). Após a aplicação do teste pos-hoc de Bonferroni, encontra-se uma diferença quase significativa entre mulheres com partos intervencionados com fórceps e/ou ventosa e mulheres com partos por cesariana, com médias superiores no primeiro caso ( $p = .084$ ).

Por fim, analisamos a relação entre a ocorrência de parto pré-termo e as variáveis psicológicas. A correlação entre, por um lado, as variáveis da vinculação pré-natal, e, por outro lado, a idade gestacional do bebê ao nascer e o seu peso não foram significativas (Quadro 1, abaixo).

Quadro 1. Correlação de Pearson entre as dimensões da vinculação materna pré-natal e o número de semanas de gestação e o peso do bebê no momento do nascimento.

Dimensões da vinculação materna pré-natal	QVM		IPM		EVPNM total	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Semanas de gestação	-.02	.758	-.05	.310	-.04	.412
Peso do bebê	-.05	.368	-.02	.705	-.03	.503

Ao analisarmos os dois grupos de mulheres conforme tiveram parto pré-termo (< 37 semanas de gestação) ou parto a termo ( $\geq 37$  semanas), a diferença de médias para a vinculação pré-natal materna avaliada durante a gravidez não é significativa ( $p > .05$ ). Em relação aos sintomas psicopatológicos e ao coping, verificamos que as mulheres que tiveram partos a termo têm valores médios mais baixos em todos os sintomas psicopatológicos e mais elevados no coping, mas as diferenças não são estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, há significância marginal no caso da ansiedade ( $F = 3.815$ ,  $p = .05$ ) e da sensibilidade interpessoal ( $F = 3.265$ ,  $p = .07$ ). Também na variável de coping Pedido de Ajuda se verifica uma significância marginal entre os dois grupos ( $F = 2.872$ ,  $p = .09$ ), com as mulheres que tiveram partos pré-termo a demonstrarem menos recursos.

Assim, as mulheres que tiveram bebês pré-termo apresentavam durante a gravidez níveis mais elevados no que respeitava a ansiedade, a sensibilidade interpessoal e a necessidade de pedir ajuda aos outros, revelando fraca autonomia, em comparação com as grávidas que levariam a gravidez a termo.

Discutindo estes resultados, consideramos elevada a percentagem das gestantes que desenvolveram patologia obstétrica dada a amostra inicial ser de baixo risco obstétrico. Estas grávidas apresentavam uma sensibilidade interpessoal significativamente mais elevada e um coping relativo ao

pedido de ajuda significativamente mais baixo, quando comparadas com as mulheres que mantiveram uma gravidez saudável. Nas restantes variáveis psicológicas estudadas, as mulheres não se diferenciaram significativamente, independentemente da ocorrência de patologia obstétrica.

A articulação entre uma sensibilidade interpessoal aumentada e um coping não adaptativo pode ser interpretada a partir de um estudo de Pereira et al. (1999) sobre a adaptação à gravidez em que o coping parece ter um efeito mediador nos fatores de risco para a saúde física e psicológica da mulher e a sintomatologia psicopatológica parece ser tanto menor quanto maior o apoio social, o relacionamento conjugal e mais adequadas as estratégias de coping.

O facto de não existirem, no nosso estudo, diferenças nas médias de VPNM, tendo em conta a presença de patologia obstétrica, reporta aos trabalhos de Curry (1987) e de Kemp e Page (1987) ao não identificarem diferenças na VPNM entre grávidas de alto risco por problemas médicos durante a gravidez e grávidas sem complicações. Também não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as médias da VPNM conforme o estado de saúde do recém-nascido, o que vai ao encontro dos trabalhos de Dayan e colaboradores (2006) ao apontarem para que não haja interação entre fatores psicológicos e biomédicos em relação ao resultado do parto.

No que se refere às restantes variáveis estudadas, os nossos resultados vêm-se apoiados em estudos não conclusivos a propósito da importância quer da depressão quer da ansiedade por si só, na ocorrência de complicações obstétricas (e.g., Andersson et al., 2004; Berle, Mykletun, Daltveit, Rasmussen, Holsten, & Dahl, 2005). Mas, é importante, apesar dos resultados expostos, salientar a tendência das mulheres que têm partos pré-termo para níveis de ansiedade mais elevados durante a gravidez, assim como para mais sentimentos de inferioridade e fragilidade pessoal e menor autonomia pessoal, sendo que estes dois últimos estão também significativamente aumentados nas mulheres que vêm a manifestar patologia obstétrica.

## CONCLUSÕES

As mulheres que apresentaram partos pré-termo mostram níveis médios superiores nos sintomas psicopatológicos presentes durante a gestação, com diferenças significativas marginais no que respeita à ansiedade e à sensibilidade interpessoal comparativamente com as mulheres que vieram a ter partos a termo. O mesmo acontece em relação ao coping pedido de ajuda. No que respeita à vinculação pré-natal, esta não apresenta diferenças entre grupos.

Quase um quarto das mulheres com gravidez de baixo risco até ao segundo trimestre desenvolveu patologia obstétrica posteriormente. Durante a gravidez, a sua sensibilidade interpessoal e a necessidade de pedir ajuda foram significativamente superiores em comparação com as mulheres que mantiveram gravidezes de baixo risco.

Os fatores sociodemográficos não influenciaram a evolução da gravidez, no que se refere à patologia médica, mas, a evolução médica da gravidez influencia a saúde do bebé no momento do nascimento. Em termos sociodemográficos, o número de filhos influencia o tipo de parto.

A VPNM não exerce influência causal na patologia obstétrica nem no resultado do parto, mas parece desempenhar um papel importante na forma como a grávida vive o desenvolvimento da gestação e o trabalho de parto.

A avaliação e a intervenção psicológicas com as grávidas e com os seus companheiros pode ser o investimento que falta fazer, uma vez que os aspetos psicológicos são de primordial importância na manutenção e desenvolvimento da gravidez saudável. Além disso, a intervenção psicoterapêutica em conjunto com a intervenção médica podem contribuir significativamente para a redução de vários transtornos da gravidez (Justo, 1990).

Concordamos com McLean, Walters e Smith (1993) quando afirmam que há fatores de risco cuja influência no resultado da gravidez não é direta, fazendo parte de um epifenómeno.



## O CONTRIBUTO DOS FATORES PSICOLÓGICOS NA OCORRÊNCIA DO PARTO PRÉ-TERMO

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 104 (3), Sept., 467-476.
- Berle, J. O., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., & Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 181-189.
- Bielawska-Batorowicz, E., & Siddiqui, A. (2008). A study of prenatal attachment with Swedish and Polish expectant mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36 (4), November, 373-384.
- Borjesson, K., Ruppert, S., & Bagedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 232-242.
- Brandon, A. R., Trivedi, M. H., Hynan, L. S., Miltenberger, P. D., Labat, D. B., Rifkin, J. B., & Stringer, C. A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), April, 635-643.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Bullinger, A. & Goubet, N. (1999). Le bébé prématuré, acteur de son développement. *Enfance*, 1, 27-32. Presses Universitaires de France.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camus, J. L. (2002). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar.
- Canavaro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 2. Braga: APPORT/SHO: 95-108.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Curry, M. A. (1987). Maternal behavior of hospitalized pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 7, 165-181.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68, 938-946.
- Dickstein, S., Seifer, R., & Albus, K. E. (2009). Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attachment & Human Development*, 11(1), 5-27.
- DiPietro, J.A., Ghera, M. M., Costigan, K., & Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynecology*, 25, 189-201.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ascencio, A., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2008). Prenatal dysthymia versus major depression effects on maternal cortisol and fetal growth. *Depression and Anxiety*, 25, E11-E16.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris: Érès.
- Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa: Climepsi.
- Jolley, S. N. & Spach, T. (2008). Stress System Dysregulation in Perinatal mood disorders. In S. D. Stone, & A. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood: perspectives and treatment guide*



- for the health care practitioner. New York: Springer Publishing Company, 133-151.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (2), 371-376.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Tese de doutoramento.
- Justo, J. (1997). Os bebês prematuros, as mães deles e os psicólogos de quem eles precisam. *Psicologia, Teoria, Investigação e prática*, 2, 307-332.
- Justo, J. (2002). The psychological interpretation of clinical pathology in pregnancy: a continuity hypothesis. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), Jan/Jun, 109-130.
- Kemp, V. H. & Page, C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 16, 178-184.
- Klaus, M. H. et al, (1975). Human maternal behaviour at first contact with her young. *Pediatrics*. 46, 187-192.
- Lebovici, S. (1987). O bebê, a mãe e o psicanalista. Portalegre: Artes Médicas.
- Lequien, P. (1999). Survie et qualité de survie des grands prématurés. *Enfance*, 1, 93-95. Presses Universitaires de France.
- Marcus, S.M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*, 16 (1), Winter, 15-22.
- Matthey, S, Barnett, B., Ungerer, J. & Waters, B (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60 (2), 75-85.
- McLean, M., Walters, W. A. W., & Smith, R. (1993). Prediction and early diagnosis of preterm labor: a critical review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 48, (4), 209-225.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., May, K., DeJoseph, J., & Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Research in Nursing and Health*, April, 11(2), 83-95.
- Misri, S. & Joe, K. (2008). Perinatal mood disorders. In S. D. Stone & A. Menken (Eds.). *Perinatal and postpartum mood: perspectives and treatment guide for the health care practitioner*. New York: Springer Publishing Company, 64-83.
- Miura, E. (1991). *Neonatologia, princípios e práticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Norman, J. & Greer, I. (Ed.) (2005). *Preterm labour: managing risk in clinical practice*. Cambridge University Press.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1258-1269.
- Pereira, M.G., Santos, A.C., & Ramalho, V. (1999). Adaptação à gravidez: um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17 (3), Set., 583-590.
- Sá, E. (1996). Relatório de Consenso sobre Diabetes e Gravidez. *Revista de Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição*, 5 (1), 63-109.
- Teichmann, A. T. & Breull A. (1989). Ein neues Konzept psychosomatischer Forschung am Beispiel der vorzeitigen Wehentätigkeit. *Zsch. Psychosom. Med.* 35, 256-276.
- Thompson, J. & Ashwill, J. (1996). O recém-nascido de alto risco. In *Uma introdução à enfermagem Pediátrica*. 6ª Ed. Arte Médicas: Porto Alegre.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (2) May, 74-85.

