

Factores de risco associados ao nascimento prematuro

MARIA CONSTANÇA PAUL *

INTRODUÇÃO

A definição de prematuridade pode fazer-se a partir da idade de gestação ou seja, as crianças que nascem com menos de 38 semanas são consideradas prematuras. Contudo, a determinação obstétrica da idade de gestação é problemática, quer seja calculada a partir da história menstrual ou dos marcadores obstétricos, como o sentirem-se os movimentos do feto, o aparecimento dos sons cardíacos fetais ou a altura do útero.

Outro critério para a definição de prematuridade é o peso. No passado, todos os recém-nascidos que pesassem menos de 2500 gramas eram considerados prematuros (Sweet, 1986). Por outro lado, o peso e a idade de gestação estão interrelacionados e chegam-se a resultados idênticos através de qualquer dos dois índices, no cálculo da morbilidade e mortalidade perinatal. Parece contudo que o peso é um predictor mais fiel dos problemas do recém-nascido: para cada idade gestacional a mortalidade infantil diminui com o aumento do peso ao nascer (Hogue *et al.*, 1987).

A classificação do recém-nascido feita pela Academia de Pediatria Americana tem actualmente em consideração o peso, a idade de gestação e o crescimento intrauterino, e divide os recém-nascidos

em duas categorias principais: os de baixo peso, incluindo prematuros e bebês de termo que nascem com menos de 2500 gr e os de peso completo com mais de 2500 gr, classificação esta mais aceite no presente.

As formas de avaliação de sinais individuais úteis para a determinação da idade de gestação vão desde a verificação da quantidade de vernix, observação da pele, unhas, pregas da sola do pé, tecidos do peito e auréola, forma e cartilagem da orelha, cabelo, lamugo, órgãos genitais, firmeza do esqueleto até aos indicadores neurológicos. O atraso de crescimento intrauterino, que se obtém a partir do cálculo da idade de gestação e do desvio em relação aos padrões fisiológicos esperados, é também uma medida importante, mas por vezes difícil de reconhecer nos prematuros (Lubchenco *et al.*, 1963).

O nascimento prematuro é a causa principal de mortalidade infantil na Europa, Austrália e América do Norte (McCormick, 1985). Além disso a prematuridade, principalmente a grande prematuridade, coloca constantemente toda uma série de problemas éticos relativos à iniciação e abandono do tratamento para além de acarretar elevados custos monetários, donde a sua prevenção é a única forma eficaz de encarar o problema.

Nos EUA a taxa de prematuridade tem-se mantido constante nos 10% o que aponta invariavelmente para a necessidade de proceder a uma identificação das populações de maior risco tendo

(*) Professora auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar — Universidade do Porto.

em conta a) o estatuto sócio-económico da mulher, b) a sua história passada, c) os seus hábitos diários e d) a gravidez actual. Para as mulheres do grupo de risco há que estar atento aos mais subtis sinais de parto prematuro e formas de o evitar (Lumley, 1988).

A etiologia da prematuridade é desconhecida, mas o parto prematuro ocorre associado às seguintes condições: 1) pobreza, 2) raça negra, 3) malnutrição, 4) idade materna inferior a 16 anos ou superior a 35, 5) maior actividade materna, 6) tabagismo, 7) doença aguda ou crónica da mãe, 8) gestação múltipla, 9) polihidramios, 10) partos prematuros anteriores, 11) gravidezes muito seguidas, 12) incompatibilidade cérvica, 13) malformações uterinas, 14) trauma uterino, 15) perda de sangue vaginal devido a placenta prévia ou abrupta, 16) ruptura prematura de membranas, 17) condições fetais e 18) avaliação incorrecta da idade de gestação (Cloherty, 1985).

O nascimento prematuro, sem mais especificações, pode não constituir uma situação de risco grave havendo, no entanto, condições determinantes de risco associadas à prematuridade. Por outro lado, falar de prematuridade como situação de risco é demasiado vago para ter utilidade interventiva, sendo indispensável especificar o tipo de risco em presença. A grande variabilidade dos resultados de crianças consideradas de risco implica que se procurem conhecer com cuidado todos os aspectos associados às deficiências, para que se possam prevenir situações menos favoráveis (Beckwith *et al*, 1976).

Definem-se factores de risco como os que pre dizem um aumento da probabilidade de perturbação do desenvolvimento. Há que os reconhecer e indexar, analisando também a interacção deles entre si e com os factores do meio, inicialmente não considerados ofensivos. As variáveis proximais são as que constituem um risco directo para o desenvolvimento e as variáveis distais, de risco indirecto, são as que perturbam, por exemplo, o estabelecimento da vinculação bebé/mãe. Estas diferentes variáveis podem agrupar-se da seguinte forma: a) factores biomédicos, que incluem os genéticos intrauterinos e perinatais, b) factores pessoais/sociais que perturbam as ligações pais/bebé, c) circunstâncias parentais familiares e ainda c) factores sócio-demográficos (Honig, 1984).

Torna-se necessário incrementar no nosso país a investigação nesta área para podermos vir a pers-

pectivar intervenções multidisciplinares que possam prevenir e minorar os problemas decorrentes do nascimento prematuro, nomeadamente para o desenvolvimento futuro das nossas crianças. Numa breve revisão da literatura existente sobre o assunto procuramos colocar questões sobre os aspectos básicos desta problemática, apresentando seguidamente alguns dados sobre a realidade do nascimento prematuro no nosso país.

I. RISCO BIOMÉDICO ASSOCIADO À PREMATURIDADE

Na literatura sobre o risco associado à prematuridade não é tido suficientemente em consideração o risco médico e as suas consequências para o desenvolvimento posterior e funcionamento comportamental de cada criança, refere Minde *et al* (1981), propondo, em função disso, um instrumento que avalia a severidade da sua condição clínica, nomeadamente das perturbações a nível do sistema nervoso central, bem como a interpretação que os pais fazem da condição específica do seu filho, no sentido de determinar eventuais diferenças nos comportamentos de interacção dos pais em função da gravidade da situação médica e outros factores associados a essas mesmas atitudes. Com base num instrumento deste tipo podem obter-se dados mais seguros sobre o nível de risco dos prematuros, que variam enormemente no seu estado clínico. Os dados existentes sobre o assunto são frequentemente contraditórios e constata-se a ausência de uma avaliação clara da situação de risco desta população. A maior parte dos artigos não especifica a morbilidade das crianças estudadas ou limita-se a classificá-la em doente e não doente, o que é manifestamente pouco. Na revisão de Stengal (1982) sobre os factores associados á crise do nascimento prematuro, referem-se os problemas que surgem devido às diversas metodologias utilizadas nos estudos que comparam grupos de prematuros com crianças de termo, com especial relevo para o facto de os autores procederem ou não á correcção da idade e as diversas histórias médicas não especificarem e controlarem a morbilidade dos sujeitos.

Hobel *et al* (1983), consideram três categorias exaustivas de itens pré-natais, intrapartum e neonatais que constituem um teste para rastreio da

morbilidade e mortalidade perinatal. Os factores de risco pré-natal incluem 1) perturbações cardiovasculares e renais, 2) perturbações metabólicas, 3) história de gravidezes e partos anteriores, 4) anomalias anatómicas e 5) um grupo, a que o autor chama miscelânea, que engloba desde algumas doenças como a anemia, a gravidez múltipla, o consumo de álcool, tabaco e drogas ou problemas emocionais. Nos factores intrapartum há a considerar os relativos a problemas 1) maternos, 2) placentários e 3) fetais. Finalmente nos factores neonatais consideram-se seis grupos: 1) o geral, cujo primeiro item considerado é a prematuridade especificada como um peso ao nascer inferior a 2000 gramas, 2) os problemas do foro respiratório, 3) as desordens metabólicas, 4) as perturbações cardíacas, 5) os problemas hematológicos e, por fim, 6) as perturbações do sistema nervoso central. Os resultados obtidos apontam para o facto de o risco avaliado no período intrapartum ser o mais preditivo das complicações ainda durante a estadia no hospital, seguido pelo risco neo-natal, existindo apesar disso um continuum de risco que é necessário considerar. Utilizando as escalas da Bayley para caracterizar as capacidades do bebé prematuro no fim do primeiro ano de vida, a contar da data de termo, Ross (1985) concluiu que quer os prematuros quer os bebés de termo obtinham valores dentro da média, ainda que os de termo obtivessem resultados significativamente mais elevados. O dado que importa aqui salientar é a grande variabilidade de resultados inter e intra individuais no conjunto dos prematuros, principalmente na reacção motora que era explicada por variáveis de risco perinatal como a necessidade de ventilação, a hipoglicemia e a infecção.

Outro aspecto importante, quando se estudam as influências dos factores de risco, são as idades consideradas. O impacto dos acontecimentos perinatais no comportamento de crianças extremamente prematuras varia em função da idade, tendo-se verificado que os aspectos que explicavam a variância nos comportamentos no 7^a dia de vida não eram, os mesmos que a explicavam ao 21^a, altura em que a icterícia e a nutrição pós-natal substituíam a asfíxia perinatal na explicação da variância. Na fase de doença aguda os factores fisiológicos e clínicos explicam o fraco desempenho dos bebés de muito baixo peso enquanto aos 21 dias se notava a influência de processos maturativos, da nutrição, da idade

de gestação, do perímetro cefálico e do peso (Scalon *et al*, 1984). Este trabalho reforça a ideia de Parmelee e Michaelis (1971), sobre a importância da avaliação da criança de risco, considerando aspectos globais e não comportamentos específicos, cujos valores podem mascarar outras relações importantes.

II. RISCO PSICOSSOCIAL ASSOCIADO A PREMATURIDADE

Consideramos até aqui o problema da prematuridade do ponto de vista do seu risco biomédico, vejamos agora aspectos de risco psicossocial associados aos anteriores, ou considerados como determinantes de perturbações no desenvolvimento global desta população.

A imaturidade estrutural do equipamento base de uma criança prematura pode implicar uma dificuldade directa de adaptação ao meio, no caso da existência de malformação ou inoperacionalidade de sistemas como o regulador da temperatura ou a capacidade de alimentação, para citar apenas alguns exemplos, de perturbações permanentes ou temporárias a exigirem cuidados especiais. Por outro lado, pode verificar-se uma dificuldade de elicitação de cuidados parentais, que fazem parte do repertório comportamental de um bebé saudável de termo, dando início a um circuito de comunicação maladaptativo com um meio humano e físico, fraco ou excessivamente estimulante. Há uma relação entre as características iniciais da criança (termo vs pré-termo e saudáveis vs doentes ou a interacção delas) com os subsequentes comportamentos de ligação da mãe, e a importância da influência das doenças pós-natais no desenvolvimento da díade (Greene *et al*, 1983).

No modelo de Siegal *et al* (1982) sobre detecção de crianças de risco usa-se um sistema de variáveis demográficas, perinatais e reprodutivas, para prever o desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem, em crianças aos 2 anos de idade. Os factores importantes na predição do desenvolvimento seriam os seguintes: a) do ponto de vista dos pais, o estatuto sócio-económico, o nível de educação, o número de cigarros fumados pela mãe e o número de gravidezes anteriores; b) do ponto de vista do prematuro, a apneia, a asfíxia ao nascer e a severidade de perturbações respiratórias.

O meio ambiente surge com um papel muito importante a nível de prognóstico para o bebé prematuro. A qualidade de interacção que a criança tem com a sua mãe explica, ainda que numa pequena percentagem, a variância do desempenho das crianças em testes mentais seja na actualidade, seja posteriormente. Verifica-se que o meio ambiente familiar que rodeia a criança prematura, nos primeiros anos de vida, altera significativamente o seu desenvolvimento, enquanto os factores médicos não prezem quais as crianças que virão a ter problemas (Beckwith, 1984). Ao correlacionar o funcionamento familiar nas áreas de interacção familiar, satisfação marital, tomada de decisões, comunicação, felicidade e frequência de discórdias com os problemas parentais, ligados nomeadamente ao abuso sobre os filhos, verificou-se que estes factores eram em geral melhores preditores do desenvolvimento do que a morbidade da criança e a experiência dos pais relativa à Unidade de Cuidados Intensivos (Sifert, 1983).

Mas nem todos os trabalhos atribuem tanta importância aos factores psicossociais, pelo menos no período perinatal. Aurelius *et al*, (1987) concluíram que não havia diferenças significativas entre dois grupos de mães, um com dificuldades psicológicas e outro normal, relativamente às complicações da gravidez, parto e recém-nascido. Mednick (1983) não refere influências ambientais negativas nos resultados neonatais, embora no fim do primeiro ano de vida já se detectassem, nessas mesmas crianças, uma forte acção de variáveis como a frequência ou não da creche, o trabalho materno, etc. Qualquer destes dois autores sublinha, no entanto, o facto de as mães, nas suas amostras, terem tido acesso a cuidados médicos uniformes. O ambiente não exerceria uma influência directa no decurso da gravidez, parto e primeiros tempos de vida dos bebés, mas condicionaria um maior ou menor acesso aos cuidados médicos e apoio social. Controlando a variável cuidados prestados, independentemente do estatuto sócio-económico das mães, não se verificam diferenças significativas entre grupos, no período neo-natal.

Num estudo sobre a importância relativa de factores médicos demográficos e psicossociais no nascimento de crianças de baixo peso, concluíram que o uso de drogas e as hospitalizações durante a gravidez estavam significativamente relacionadas com o baixo peso das crianças ao nascer. Mas, por

outro lado, o uso de drogas está intimamente ligado a factores psicossociais como a história passada da mãe, o esta ter sido uma criança negligenciada ou vítima de abusos na sua própria infância, falta de recursos financeiros no presente, fraco relacionamento com o pai da criança, etc. (Lia-Hoagberg *et al*, 1988). Os factores desta ordem parecem ser claramente discriminativos indicando que o risco psicossocial tem um peso decisivo no nascimento de crianças prematuras e de baixo peso.

As variáveis psicológicas vão emergindo como muito significativas na explicação das diferenças nos comportamentos interactivos mãe-criança prematura, refere Minde *et al* em 1981, embora em trabalho posterior (Minde *et al*, 1985) dê mais relevo às doenças neonatais, responsáveis pela desorganização do comportamento do prematuro, que levariam a diferenças no estilo dos cuidados parentais. As variáveis relativas á história passada da mãe seriam mais discriminativas do estilo de interacção com os bebés de termo, sugerindo que conforme a relevância dos factores clínicos, assim variava a sua influência no comportamento de interacção das mães.

III. INCIDÊNCIA DO PARTO PREMATURO A NÍVEL NACIONAL

No sentido de ficarmos a conhecer melhor a realidade do nosso país nesta área da saúde materno-infantil realizamos um estudo retrospectivo, relativo ao ano de 1987, donde datam as mais recentes estatísticas da saúde existentes (SNE, 1987). Durante esse ano verificaram-se no Continente, Açores e Madeira um total de 123480 partos dos quais 122520 foram partos simples e 960 gemelares. A taxa de partos prematuros, ocorridos entre a 22ª e a 36ª semana de gestação, foi de 16.52% no total dos partos sendo de 16.28% para as gestações simples e de 31.3% das gestações múltiplas.

A variação da taxa de partos prematuros relativamente à paridade não apresenta diferenças significativas entre primíparas e múltíparas, sendo de 16.1% para as primeiras e de 16.9% para as segundas.

A distribuição dos índices de partos prematuros por grupos etários pode ver-se no quadro n.º 1 constatando-se que o valor mais elevado se verifica

no grupo etário mais jovem entre os 11 e os 15 anos, vindo a descer para os valores mais baixos verificados no grupo etário dos 26 aos 30 anos e voltando a aumentar de seguida.

QUADRO I
Percentagem de partos por grupos etários

IDADES	PARTOS 22 A 36 SEMANAS
11-15	21.7%
6-20	18.1%
21-25	16.2%
26-30	15.5%
31-35	15.8%
36-40	17.3%
41-45	18.7%
46-50	18.8%

IV. DADOS SOBRE A PREMATURIDADE RECOLHIDOS NA MATERNIDADE JÚLIO DINIS — ASPECTOS DESCRITIVOS

a) Caracterização da amostra

Estudamos os processos relativos a 890 crianças que nasceram com uma idade de gestação igual ou inferior a 37 semanas, que constituía o universo dos prematuros nascidos na Maternidade Júlio Dinis no ano de 1987. Houve um total de 6003 partos realizados durante esse mesmo ano naquela instituição pelo que a taxa de prematuridade ronda os 14,8%. Destes, 345 tinham 37 semanas de gestação, ou seja 38% dos bebés eram prematuros «border-lines» enquanto 547 tinham entre 20 e 36 semanas de gestação. Se considerarmos à semelhança das estatísticas nacionais apenas o grupo de crianças que nasceu entre as 22 e as 36 semanas de gestação, a taxa de prematuridade nesta instituição situa-se em 9%, ou seja, menos 7 pontos percentuais do que o valor nacional. A distribuição destas crianças por sexos era de 52.9% para o masculino e 46.9%

para o feminino. Relativamente ao peso ao nascer 40.3% pesavam menos de 2500 gr; 22.5% pesavam menos de 2000 gr; 8.8% pesavam menos de 1500 gr e 3.1% tinha um peso inferior a 1000 gr.

Na maior parte destes bebés não foi diagnosticado nenhum problema específico excepto os decorrentes da sua condição de prematuros, havendo 2.1% entre eles que tinham malformações congénitas.

As mães destes bebés tinham uma média de idade de 26 anos sendo a maior parte casadas (81%). Do ponto de vista profissional eram, na sua maioria, domésticas ou indiferenciadas, exercendo actividade no domínio da lavoura e serviços de limpeza, correspondendo o seu nível de instrução, em 82% dos casos, ao quarto ano de escolaridade. Não foram descritos muitos casos de complicações durante a gravidez que fizessem prever a antecipação do parto, apenas em 5% dos casos foram apontadas complicações do tipo eclampsia ou pré-eclampsia, cardiopatias ou diabetes. A média relativa à paridade destas mulheres situava-se nos 0.9, sendo 52% primíparas, enquanto o número de gestações anteriores era da ordem dos 1.2, havendo muito poucas grandes múltíparas (apenas 21 mulheres tinham mais de 4 filhos) ou com história de muitos abortos anteriores.

b) Índice de Mortalidade

Como já foi referido acima, a mortalidade perinatal está muito associada ao peso e à idade de gestação do recém-nascido o que coloca o bebé prematuro, especialmente o de baixo peso, grande prematuro (31-36 semanas de gestação), em condição de risco uma vez que a mortalidade aumenta progressivamente com o aumento da prematuridade (Usher, 1981). Numa visão rápida dos dados estatísticos nacionais da mortalidade perinatal em função do peso temos para o grupo que pesava ao nascer entre 500 e 999 gr uma percentagem de 20.52% de mortes, para o grupo de peso entre as 1000 e as 1499 gr 15,19%, para o grupo de 1500 a 1999 gr 13.5% e finalmente para o grupo de 2000 a 2499 gr 11.77%. Ou seja 61% das mortes perinatais ocorreram em crianças com um peso à nascença inferior a 2500 gr.

Em relação à morbilidade e mortalidade da população em estudo diremos que 83.9% tiveram alta curados e sem sequelas, 6.3% tiveram alta

melhorados ou no mesmo estado e os restantes faleceram, a maior parte dos quais (7.4%) ainda durante as primeiras 48 horas. Relativamente à idade de gestação a mortalidade verificada foi de 100% nos 16 nados-vivos com um tempo de gestação igual ou inferior a 24 semanas, diminuindo progressivamente no grupo entre as 25 e as 30 semanas onde a percentagem média de mortes foi de 61,5% tornando-se a partir daí significativamente mais baixa, com valores da ordem dos 8.7% com a distribuição decrescente que podemos verificar no quadro nº 2.

QUADRO II
Distribuição da Natalidade e Mortalidade por Idade de Gestação

IG (semanas)	Nados/ /Vivos	Mortes	% Mortalidade
22	3	3	100.0%
23	1	1	100%
24	7	7	100%
25	4	2	50%
26	6	6	100%
27	2	1	50%
28	10	5	50%
29	120	80	66.7%
30	21	11	52.4%
31	34	7	20.6%
32	43	8	18.6%
33	45	4	8.9%
34	56	3	5.4%
35	108	7	6.5%
36	188	2	1.1%
37	344	3	0.9%

A taxa de mortalidade verificada nos prematuros nascidos entre as 20 e as 37 semanas inclusive foi de aproximadamente 10%, com valores particularmente elevados no grupo dos grandes prematu-

ros com 32 semanas de gestação ou menos. A incidência da mortalidade é claramente maior em recém-nascidos do sexo masculino do que feminino.

Das mortes ocorridas, 3 verificaram-se entre os 19 recém-nascidos com malformações congénitas e 3 nas 61 crianças que desenvolveram infecções neonatais, de acordo com o diagnóstico feito com base na classificação da Organização Mundial de Saúde.

V. COMPARAÇÃO ENTRE UMA POPULAÇÃO DE PREMATUROS E DE CRIANÇAS DE TERMO

a) Material e método

Fizemos a comparação entre os dados da população de prematuros (n = 890) com um grupo de bebés de termo (n = 717), tirados ao acaso do conjunto de mães que deu à luz nesta maternidade durante o mesmo ano. As variáveis estudadas foram as que constavam dos respectivos processos e fichas de admissão das utentes, relativas ao bebé: o sexo, a idade de gestação, o peso, o comprimento, o perímetro cefálico, a existência ou não de anoxia, o índice de APGAR no primeiro e no quinto minutos e o resultado; relativas à mãe: o tipo de parto, simples/múltiplo, eutócico/distócico (cesariana, forceps, ventosa, versão), o número de gestações anteriores, o número de partos anteriores, a idade, o estado civil e o nível de educação.

Numa primeira leitura dos dados relativos à população de prematuros verificamos algumas discrepâncias relativamente aos valores nacionais e em relação ao esperado a partir da revisão da literatura sobre o assunto (eg. Cloherty, 1985), nomeadamente no que respeita à idade das mães, paridade, etc. Quisemos então aprofundar essa constatação e verificar além disso se o modelo de Siegal *et al* (1982) sobre a detecção de crianças de risco que considerava como factores importantes na predição do futuro desenvolvimento das crianças, entre outros a) do ponto de vista dos pais, o estatuto sócio-económico, o nível de educação, o número de gravidezes anteriores e b) do ponto de vista do prematuro a apneia, a asfixia ao nascer e a severidade de perturbações respiratórias, se poderia aplicar à nossa população, para que podessemos elaborar um modelo de referência que permitisse

QUADRO III

Comparação entre o Grupo I de díades com prematuros com o Grupo II de díades com bebês de termo

Items	Gr.I Gr.II	Média	t	df	Prob.
Sexo	I II	1.5 1.4 (1-Mas; 2-Fem)			
Idade de Gestação	I II	34.9 semanas 40 semanas	46.19	1604	.000**
Peso	I II	2.596 Kg. 3.269 Kg.	18.80	1604	.000**
Comprimento	I II	45.9 cm 48.6 cm	14.15	1588	.000**
Perímetro Cefálico	I II	32.4 cm 34.2 cm	13.73	1526	.000**
Anoxia	I II	1.862 1.954 (1-sim; 2-não)	6.25	1596	.000**
APGAR 1'	I II	7.8 8.3	6.96	1547	.000**
APGAR 5''	I II	9.1 9.6	7.06	1537	.000**
Tipo Parto	I II	1.3 1.3 (1-simp; 2-mult)			
Parto Eutócito	I II	.722 .738			
Cesariana	I II	247 227			
Forceps	I II	.019 .022			
Ventosa	I II	.007 .011			
Versão	I II	.002 .000			
Gestações Anteriores	I II	1.2 1.4	2.22	1605	.027*
Paridade	I II	2 2			
Idade Mãe	I II	26.2 anos 26.2 anos			
Estado Civil	I II	1.9 1.9 (1-sol; 2-cas)			
Nível Instrução	I II	1.5 1.1 (1-bás; 2-sec)	-5.65*	1605	.000**

** p < 0.001

* p < 0.05

fazer o rastreio das situações de risco associadas à prematuridade.

A hipótese a testar era que o grupo de mães de prematuros (Gr I) fosse constituído por mulheres mais velhas ou muito jovens, grandes múltiparas e/ou com uma história de muitas gestações anteriores, um nível de instrução mais baixo que limitaria o seu acesso à vigilância durante a gravidez e as exporia a tipos de profissões mais violentas do que o grupo de controlo de que faziam parte as mulheres que tiveram bebés de termo (Gr II).

b) Resultados

Como era de prever os índices fisiológicos dos bebés variam significativamente nas duas populações (quadro nº 3). Relativamente às outras variáveis, conforme se pode verificar apenas se constatarem diferenças significativas em relação ao número de gestações anteriores ($t = 2.22$; $p < 0.05$) mas que ao contrário do previsto este era superior no grupo de mães que teve bebés de termo, e no nível de educação ($t = -5.65$; $p < 0.01$) também contrariamente ao esperado, era inferior no grupo controlo.

VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A partir dos dados recolhidos não é legítimo generalizar conclusões para o resto da população, não obstante a instituição que escolhemos ser a segunda maior maternidade do país. A auto-selecção das mulheres na escolha de local para dar à luz e a triagem a que muitas vezes são sujeitas ao darem entrada noutros estabelecimentos hospitalares com menores condições serão duas das causas do enriquecimento da amostra que recolhemos.

O número elevado de partos prematuros e a morbilidade e mortalidade das crianças que daí resultam justificá, por outro lado, a nossa preocupação relativa a esta problemática, ainda que sejam necessários estudos posteriores para confirmação das hipóteses levantadas relativamente às características da população de mulheres de maior risco. O dado que nos parece de sublinhar emerge, não só da análise dos dados constantes dos processos que analisamos mas, do nosso próprio contacto com inúmeras dessas mulheres que tornou patente

a dificuldade de acesso a cuidados médicos e de apoio social durante o planeamento e a própria gravidez, ou a não utilização dos recursos existentes. A precaridade generalizada das estruturas de saúde no nosso país, implica que esse problema não atinja apenas as franjas marginais da população, descritas em trabalhos publicados nomeadamente nos EUA, que incluem mulheres muito jovens ou de idade muito avançada, solteiras, com poucos recursos económicos e baixo nível de instrução, geralmente pertencentes à população negra, para se estender, no nosso caso, a mulheres no auge da sua capacidade reprodutiva sem problemas maritais, nível de instrução ou estatuto sócio-económico diferenciadores, mas eventualmente com menores recursos, menor informação e menos acesso a serviços médico/sociais na sua área de residência.

A multiplicação de investigações na área do desenvolvimento infantil continua a ser uma necessidade premente, visando sobretudo a elaboração de modelos que permitam criar escalas de avaliação para rastreio de situações de risco, agravadas pela condição de prematuridade e programar intervenções multidisciplinares junto das famílias e das crianças, o mais precocemente possível quer durante o internamento quer no período de adaptação a casa, evitando o disfuncionamento familiar, com consequências a nível do próprio desenvolvimento das crianças.

BIBLIOGRAFIA

- AURELIUS, G. *et al*; 1987 — «Psychosocial Factors and Pregnancy Outcome». *Scand. J. Soc. Med.* 15:79-85
- BECKWITH, L. *et al*, 1976 — «Caregiver-infant interaction and early cognitive development in preterm infants». *Child Development*, 47(3), 579-587
- BECKWITH, L., 1984 — «Parent interaction with their preterm infants and later mental development». *Early Child Development AND CARE*, 16: 27-40
- BROOTEN, D., *et al*, 1988 — «Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants». *NURSING RESEARCH*, 37, 4:213-216
- CAPLAN, G., 1960 — «Patterns of parental response to the crises of premature birth». *Psychiatrie*, 23, 365-374
- CLOHERTY, J., 1985 — «Identifying the high-risk newborn and evaluating gestational age, prematurity, posmaturity, large-for gestational-age and small-

- for-gestational-age infants». in J. Cloherty & A. Stark (Eds). *Manual of Neonatal Care*, 2^a Ed. Little Brown and Company, Boston
- SERVIÇO NACIONAL DE ESTATÍSTICA — *Estatísticas da Saúde*, 1987
- GOLDBERG, S., *et al*, 1986 — «Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons». *Child Development*, 57, 34-46
- GREENE, J. *et al*, 1983 — «The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high-risk infants». *Child Development*, 54, 1286-1296
- HOBEL, C. *et al*, 1973 — «Prenatal and intrapartum high-risk screening prediction of high-risk neonate». *American J. Obstetrics and Gynecology*
- HOGUE, C. *et al*, 1987 — «Overview of the national infant mortality surveillance (NMS), project, design, methods, results». *Public Health Reports*, 102, 2, 126-138
- HONIG, A., 1984 — «Risk factors in infancy». *Early Child Development and Care*, 16:1-8
- LIA-HOAGBERG, B., *et al* 1988 — «Relationship of street drug use, hospitalization and psychosocial factors to low birthweight among low-income women». *Birth*, 15, 1, 8-13
- LUBCHENCO, L., *et al*, 1963, 1981 — «Intrauterine growth as estimated from liveborn birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation». *Pediatrics*, 32, 793
- LUMLEY, J., 1988 — «The prevention of preterm birth: unresolved problems and work progress». *Aust. Paediatr. J.* 24, 101-111
- MCCORMICK, M., 1985 — «The contribution of low birth weight to infant mortality and morbidity». *N. Engl. J. Med.*, 312, 82-90
- MEDNICK, M. 1983 — «Effects of social, familial and maternal state variables on neonatal and infant health». *Development Psychology*, 19, 5: 752-765
- MINDE, K. *et al*, 1981 — «Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery». *Annual Progress in Child Psychiatry and Development*, 58-77
- MINDE, K. *et al*, 1985 — «Maternal caretaking and play with full-term and premature infants». *J. Child Psychol. Psychiat.* 26, 2, 231-244
- PARMELEE, A. & MICHAELIS, P., 1971 — «Neurological examination of the newborn», in J. Hellmutu (Ed), *Exceptional Infant* vol. 2, Brunner/Mazel, NY
- ROSS, G., 1985 — «Use of the Bayley scales to characterize abilities of premature infants». *Child Development*, 56, 835-842
- SCALON, K., SCALON, J., TRONICK, E., 1984 — «The impact of perinatal and neonatal events on the early behavior of extremely premature human». *J. Dev. & Behavioral Pediatrics*
- SIEFERT, K. *et al*, 1983 — «Perinatal stress: a study of factors linked to the risk of parenting problems». *Health and Social Work*, 8, 2:107-121
- SIEGEL, L. *et al*, 1982 — «Predictors of development in preterm and full-term infants: a model for detecting risk child». *J. Pediatric Psychology*, 7, 2:135-148
- SIEGEL, L., 1983 — «Correction for prematurity and its consequences for the assessment of very low birth weight infant». *Child Development*, 54, 1176-1188
- SWEET, A., 1986 — «Classification of the low-birth-weight infant», in M. Klaus & A. Fanaroff (Eds). *Care of the High-Risk Neonate*, 3th Ed., WB Saunders Company, Philadelphia.
- STENGEL, T., 1982 — «Infant behavior, maternal psychological reaction, and mother-infant interactional issues associated with the crises of prematurity: a selected review of the literature». *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 2, 2/3, 3-24
- USHER, R. H., 1981 — «The special problems of the premature infant», in G. B. Avery (Ed.) 2nd Ed., *Neonathology—Pathophysiology and Management of the Newborn*, JB Lippincott Company, Philadelphia.

RESUMO

O autor aborda a problemática da prematuridade do ponto de vista do risco biomédico e psicossocial, fazendo referência a alguns dados nacionais sobre o nascimento prematuro, e procedendo a uma análise descritiva das variáveis constantes nos processos relativos a prematuros nascidos na Maternidade Júlio Dinis. A hipótese considerada era de que a caracterização das mães dos prematuros fosse diferente das de bebês de termo relativamente à idade, paridade, número de gestações anteriores e nível de educação. Comparando um grupo de 890 díades mães-bebês prematuros com um grupo de 717 díades de mães-bebês de termo, retiradas aleatoriamente do conjunto de nascimentos que ocorreram naquela instituição no mesmo período de tempo verificou diferenças significativas relativamente aos indicadores fisiológicos do estado dos recém-nascidos e ainda ao número de gestações anteriores e nível de educação das mães. Discutem-se os resultados obtidos em função do actual serviço nacional de saúde.

ABSTRACT

This paper discuss the premature birth within a biomedical and psychosocial framework. The author discribes and discusses date from a national survey and

from a national sample of premature birth. Comparing a group of 890 mother-premature infant pairs with a control group of 717 mothers and their term babies we did not observe significant differences between the characteristics of mothers in both groups in age or parity

but contrary to what was expected the results suggest differences in previous pregnancies and level of education favouring the mothers of premature babies. The results are discussed within a scope of our actual national health service.

PRÓXIMOS NÚMEROS DE **PSICOLOGIA**

- «PARA ALÉM DA TERAPIA FAMILIAR»

Organizador: Daniel Sampaio
Universidade de Lisboa

- «A PSICOLOGIA NAS ORGANIZAÇÕES»

Organizador: Adelino Gomes
Universidade de Coimbra

- «PSICOLOGIA: O SOCIAL E O INDIVIDUAL»

Organizador: Jorge Vala,
Universidade de Lisboa