

O Desenvolvimento da Criança Nascida em Situação de Risco: Perspectivas Actuais e Modelos de Intervenção Preventiva e Remediativa

LUÍSA BARROS ⁽¹⁾

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa

Resumo

O desenvolvimento da moderna neonatologia permitiu uma diminuição da mortalidade e da morbilidade associada aos nascimentos de risco. Paralelamente, tem crescido o interesse pelo estudo das consequências psicológicas de um nascimento prematuro e da asfíxia neonatal.

Neste trabalho apresenta-se uma síntese organizada dos principais dados sobre esses estudos, relacionando-os com os modelos teóricos de estudo do desenvolvimento, e com as premissas teóricas e metodológicas dos principais modelos de intervenção com esta população

Palavras-chave: Nascimento de risco, consequências, modelos de intervenção.

Abstract

The development of modern neonatology lead to the decrease of both mortality and morbidity associated with high-risk birth. At the same time, there is an increase in the attention given to the study of the consequences of premature birth and neonatal anoxia.

In this paper the author presents an organised synthesis of the main data of these studies. And relates them with the theoretical models of child development and with the theoretical and methodological implications of the main models of intervention with this population.

Key-words: High-risk birth, consequences, intervention models.

1. Introdução

Habitualmente, considera-se que a Neonatologia moderna nasceu em meados dos anos setenta, com a generalização das unidades de cuidados especiais de assistência ao recém-nascido já bastante aperfeiçoadas. A partir daí o progresso tecnológico e científico não tem cessado, permitindo a implementação de cuidados cada vez mais individualizados e adequados às necessidades de cada bebé.

As consequências deste desenvolvimento reflectem-se na evolução das estatísticas. Por um lado, verifica-se uma diminuição simultânea da mortalidade e da morbilidade dos bebés nascidos em situação de risco. Por outro lado, é cada vez mais possível salvar a vida de bebés muito pequenos e muito doentes ⁽¹⁾.

Paralelamente, tem sido dada uma maior atenção às condições globais de bem-estar e desenvolvimento dos bebés internados nas unidades de cuidados intensivos. Consta-se, actualmente, que os técnicos que trabalham nestes serviços estão tão preocupados em lhes salvar a vida como em minimizar o *stress* imposto pelos procedimentos médicos e salvar, deste

modo, a qualidade de vida futura destes bebés. Este interesse constante pela humanização dos cuidados ao recém-nascido doente, e pelo seu futuro, tem como consequência que estes bebés constituem, certamente, o grupo mais observado em termos de seguimento (*follow-up*) pediátrico.

No entanto, os resultados destes estudos estão pouco acessíveis à maioria dos profissionais que trabalha com esta população. Saliente-se que a literatura sobre este tema se encontra muito dispersa, o que faz com que seja difícil obter uma visão global desta problemática. A maioria dos estudos são muito pontuais e os respectivos resultados são ainda bastante contraditórios. Nos últimos anos, o aperfeiçoamento dos métodos de diagnóstico neonatal de lesões cerebrais, nomeadamente a ecografia e a ressonância magnética nuclear, permitiram um melhor esclarecimento de algumas destas questões. Sabe-se hoje que os dados pouco claros de alguns estudos se devem ao facto de que a injúria perinatal era presumida a partir de medidas comportamentais ou da história clínica, mas não era efectivamente verificada ⁽²⁾. No entanto, mesmo nos estudos em que foi possível verificar objectivamente a existência de lesões cerebrais, os resultados são heterogéneos, e a percentagem de crianças afectada continua a ser limitada ⁽³⁾.

Parece, pois, oportuno uma apresentação organizada das conclusões dos trabalhos de investigação nesta área, e uma reflexão sobre os modelos de intervenção preventiva e remediativa que têm vindo a ser aplicados.

⁽¹⁾ Prof.ª Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
Entregue para publicação em 01/03/96.
Aceite para publicação em 30/10/96.

2. CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DA PREMATURIDADE E DO NASCIMENTO DE ALTO RISCO

A preocupação com o futuro destes bebés começou a partir do momento em que surgiram as UCIN's. Médicos, enfermeiros e psicólogos interrogam-se sobre a qualidade de vida destas crianças, que conseguem sobreviver mesmo sendo cada vez mais pequenas e imaturas. Até que ponto os progressos da medicina permitem aumentar as probabilidades de uma vida saudável e «normal» ou, ao contrário, contribuem para um aumento do número de crianças doentes e deficientes? Estas preocupações e interrogações têm levado a um grande incremento de estudos correlacionais e longitudinais, para avaliar as consequências, a médio e a longo prazo, do nascimento prematuro e de muito baixo peso, assim como de outros problemas orgânicos associados ao nascimento. Só assim se podem conhecer as implicações morais, económicas e sociais/familiares desse avanço científico. Simultaneamente, a psicologia do desenvolvimento encontra neste domínio um campo de estudo ímpar para testar a polémica da heredeteriedade versus meio, ou mais concretamente, do impacto do património genético versus efeitos da educação. Também a neuropsicologia deu um contributo importante ao estudo desta questão, demonstrando a plasticidade e capacidade de recuperação do cérebro humano sujeitos a lesões precoces.

Deste modo diversos investigadores procuraram definir as consequências psicológicas do nascimento de alto risco, tendo como referência principal as experiências clínica e educacional. Só a partir de meados dos anos setenta é possível encontrar estudos longitudinais mais estruturados que, utilizando metodologias de observação e avaliação científicas, permitem chegar a conclusões convincentes. Também não podemos esquecer que a população de bebés nascidos a partir de meados dos anos setenta tem beneficiado da implementação de unidades modernas de neonatologia, pelo que apresenta características e evoluções diferentes das dos bebés nascidos anteriormente.

Em seguida apresento um resumo dos principais estudos sobre as consequências da prematuridade e da anoxia para o desenvolvimento das crianças. A síntese está organizada em dimensões psicológicas centrais, i.e. actividade, comportamento emocional, cognição-memória-atenção, linguagem, comportamento social e temperamento. Não se menciona o posicionamento ideológico dos autores que será, depois, analisado com algum detalhe.

2.1. ACTIVIDADE

A descrição ou a caracterização da psicomotricidade do bebé, assim como as respostas específicas a estímulos específicos, ou os *estilos comportamentais* directamente observáveis e que são geralmente referidas como actividade, reactividade («responsivity»), excitabilidade e irritabilidade fazem parte desta dimensão.

O prematuro e o bebé de baixo peso têm sido repetidamente descritos como apresentando durante os primeiros meses de vida um nível global de menor activação, com períodos mais curtos e menos frequentes de mobilidade ou de estado «desperto» («arousal») ⁽⁴⁾.

Definida como a resposta imediata a estímulos exteriores, a reactividade é considerada positiva quando se traduz em respostas que indicam prazer, e negativa quando traduz afastamento ou aversão. Também é inferior à das outras crianças, tanto em relação a estímulos físicos visuais e auditivos, como ao rosto ou à voz das outras pessoas ⁽⁵⁾.

No entanto, outros autores dão uma definição algo diferente do prematuro, que é apresentado como hipersensível e «hiperexcitável», uma vez que todas as suas respostas são exageradas, e os seus níveis de sensibilidade a estímulos exteroceptivos ou proprioceptivos estão muito aumentados. Esta sensibilidade alterna com um limiar de estimulação igualmente alto, sendo muito difícil fazer o bebé reagir ⁽⁶⁾. Para Bolton ⁽⁷⁾ não se trata tanto de uma reactividade menor, mas diferente e *distorcida*.

Se considerarmos só os estudos grupais seremos conduzidos a conclusões erróneas, pois estes não têm em conta as grandes diferenças interindividuais nesta população de bebés. Coll ⁽⁸⁾ tenta esclarecer estas observações algo contraditórias. Assim, uma menor orientação da criança para o contacto interpessoal e uma maior dificuldade em se acalmar estaria correlacionada com uma lesão no Sistema Nervoso Central, atribuível a complicações médicas neonatais.

As avaliações feitas aos 18 meses, por observação directa ou registo na Escala de Comportamento de Bayley indicam que os prematuros e recém-nascidos de baixo peso mantêm um nível de reactividade mais baixo do que os outros bebés ⁽⁹⁾. Também aqui se observam diferenças relacionadas com o estatuto neonatal. Os prematuros que foram ventilados tendem a apresentar padrões de hiperactividade, enquanto os que nunca o foram se mostram passivos ⁽¹⁰⁾.

Finalmente, os dados retrospectivos obtidos entre 1958 e 1965 antes dos modernos cuidados intensivos para recém-nascidos permitem verificar que os adolescentes com sinais de Disfunção Cerebral Mínima e que nasceram com baixo peso, são também mais irritáveis ⁽¹¹⁾.

Vários estudos detectaram diferenças no desenvolvimento psicomotor do prematuro ou do bebé de *muito baixo peso*. Estas traduzem-se em atrasos significativos aos 24 meses ⁽¹²⁾ que ainda se mantêm aos 5 anos ⁽¹³⁾.

Conhecem-se poucos estudos sobre a actividade dos bebés, que sofreram de anóxia à nascença. Verificou-se que nos primeiros dias de vida têm piores resultados em medidas de avaliação da irritabilidade, da tensão muscular ou da reactividade visual. Mas já não se observa qualquer alteração significativa do nível de actividade aos 7 anos ⁽¹⁴⁾.

2.2. COMPORTAMENTO EMOCIONAL

Esta dimensão engloba os estudos que se relacionam com medo, ansiedade ou outras perturbações emocionais. Trata-se de uma área onde tem havido poucos estudos. As referências conhecidas são, em geral, pouco explícitas ou precisas quanto aos instrumentos de avaliação utilizados.

Os trabalhos mais antigos descreviam os prematuros como mais susceptíveis de manifestarem medos e crises emocionais, ou de serem «mais nervosos». Na sua maioria, os mais recentes confirmam essa tendência de fragilidade emocional nos prematuros, e nos de *muito baixo peso*. Aos 3 anos, 33% destes bebés

são descritos como tendo dificuldades de adaptação psicológica, definidas como «problemas comportamentais prolongados relatados pela família e considerados significativos por critérios psiquiátricos»⁽¹⁵⁾. Entre os 5 e os 9 anos apresentam significativamente mais problemas comportamentais, avaliados pelos pais e professores por meio de escalas de comportamento e adaptação emocional⁽¹⁶⁾.

No trabalho já referido⁽¹¹⁾ com adolescentes com sintomas de Disfunção Cerebral Mínima associada a complicações neonatais, constatou-se que este grupo reportava uma maior percentagem de medos, ansiedade, perturbações do sono e baixa resistência a frustração do que os adolescentes saudáveis.

2.3. COGNIÇÃO, MEMÓRIA E ATENÇÃO

Nesta categoria são apresentados os trabalhos com resultados de testes de avaliação global do desenvolvimento e da inteligência, medidas mais específicas de competências cognitivas (e.g. atenção, processamento de informação visual) e dificuldades de aprendizagem.

Nas avaliações do desenvolvimento nos primeiros anos de vida é habitual utilizar-se a idade corrigida (i.c.). Isto é, substituir a idade cronológica pela que a criança teria se tivesse nascido com uma idade gestacional de 40 semanas. Por exemplo, para um bebé que nasceu com 30 semanas de gestação considera-se que tem 12 meses de idade corrigida, quando a sua idade cronológica é de 12 meses mais 10 semanas. Este critério não está isento de alguma controvérsia epistemológica, na medida em que pressupõe que a diferença essencial entre um prematuro e um bebé de termo é unicamente uma questão de atraso temporal e não uma questão de constituição estrutural (somatopsicológica). Consequentemente, pressupõe que o prematuro «apanha» o ritmo de desenvolvimento médio ao fim de um certo tempo. Todavia, alguns autores postulam que existem diferenças qualitativas que nunca chegam a anular-se⁽¹⁷⁾. Por esta razão, alguns estudos utilizaram as duas medidas, comparando as crianças de termo com prematuros nos momentos em que coincidiam, por um lado, com as idades cronológicas, por outro com as idades corrigidas. Embora se discuta ainda exactamente em que altura se deve eliminar a correcção das idades, a maioria dos estudos comparativos até aos 3 anos de vida recorre a este critério.

Aos 9 meses de i.c. os prematuros apresentam resultados dentro das normas, quando avaliados pela Escala de Desenvolvimento de Gesell. Contudo, nesta idade verifica-se já uma diferença significativa entre aqueles que beneficiaram de um meio educativo estimulante e de mais ocasiões de exploração dos objectos e do espaço, e os que não tiveram essa oportunidade⁽¹⁸⁾.

Com um ano de i.c. o factor prematuridade só por si não afecta negativamente os resultados na Escala de Desenvolvimento de Cattell. Mas verifica-se que os prematuros com um maior número de complicações associadas ao parto e aos primeiros dias de vida apresentam resultados significativamente mais baixos do que os outros prematuros «saudáveis»⁽¹⁹⁾.

Nos estudos de avaliação do desenvolvimento dos prematuros, a Escala de Desenvolvimento de Bayley é largamente predominante. Um dos principais autores neste domínio⁽¹³⁾, só

encontrou diferenças significativas e consistentes entre grupos de prematuros e de termo até aos 8 meses de i.c.. Paralelamente, Greenberg e Crnic⁽¹²⁾ deparam-se com diferenças semelhantes só até aos 12 meses de i.c.. Para Wilson⁽²⁰⁾, os prematuros com menor peso à nascença e idade gestacional inferior têm resultados mais baixos até aos 18 meses, enquanto que mais tarde já não se observa o efeito negativo destas variáveis.

Finalmente, aos 2 anos a maioria dos autores concorda que já não se observam diferenças significativas nas medidas de avaliação global de desenvolvimento, mesmo para grupos de prematuros de *muito baixo peso*^(12, 15).

Convém realçar que, em geral, todos estes estudos identificam grupos de prematuros ou de bebés de *muito baixo peso*, mas não discriminam os que sofreram diferentes perturbações orgânicas, como a necessidade de ventilação artificial, e a hemorragia intracranéana.

A partir da idade escolar os estudos que utilizam avaliações globais do desenvolvimento chegam a conclusões bastante homogéneas. Enquanto que as diferenças atribuíveis, nos primeiros meses de vida, à prematuridade e às condições neonatais tendem a desaparecer, as diferenças conotadas com o nível socio-económico e as atitudes educacionais começam a salientar-se. É certo que Wilson⁽²⁰⁾ verificou que mesmo as crianças de baixos extractos sociais têm uma recuperação muito significativa entre os 2 e os 6 anos. Porém, na maioria dos estudos constata-se que os efeitos negativos das condições neonatais tendem, de facto, a agravar-se nos meios socio-económicos mais carenciados, enquanto se anulam nas crianças de classe média e superior^(13, 18). Uma revisão dos vários estudos com prematuros nascidos entre meados da década de 60 e finais da de 70 sugere que não é possível encontrar qualquer relação entre os vários acontecimentos neonatais (e.g., peso, idade gestacional, complicações médicas) e o resultado das avaliações globais do desenvolvimento na idade escolar. Uma vez mais, parece ser a «classe socio-económica» que emerge como o melhor critério de previsão dos resultados⁽²¹⁾. A este respeito, um estudo de Drillien e colegas⁽²²⁾ é bastante ilustrativo. Considerando uma população entre os 5 e os 7 anos, que tinham nascido com peso inferior a 1700 g, verificou que muito poucas crianças de classe média apresentavam um atraso significativo de desenvolvimento. Simultaneamente, constatou que nas famílias pobres se registava um claro excesso de crianças com atraso ou muito débeis. Mais recentemente Waber e McCormick⁽²³⁾ demonstraram que, quando se controlava o impacto das variáveis socio-culturais, a prematuridade por si só não tinha qualquer impacto na avaliação do Q.I..

Desta forma, os resultados de avaliações globais do desenvolvimento são bastante homogéneos, e permitem concluir que, se o prematuro apresenta um atraso global no desenvolvimento nos primeiros meses de vida, essa diferença desaparece progressivamente. Já não se manifesta na idade escolar, excepto nos grupos onde se associam factores de risco social e educacional.

Os estudos com grupos de bebés que nasceram com um peso inferior a 1000 gramas apresentam um panorama algo diferente. Com efeito, Sell⁽²⁴⁾ afirma que 6 a 33% dessas crianças sofrem de uma deficiência grave de ordem sensorial ou intelectual. Os dados não publicados recolhidos nos últimos

anos e analisados por esta autora indicam que só 51 a 81% dessas crianças terão um desenvolvimento dentro do normal. Também Hirata ⁽²⁵⁾ constata que, quando chegam à idade escolar, 5 em cada 7 destas crianças vão necessitar de uma forma de ajuda especializada devido a dificuldades sensoriais, atraso de desenvolvimento ou problemas de aprendizagem.

A ideia de que a anóxia perinatal é um factor de risco para o desenvolvimento intelectual futuro parece prevalecer nos meios clínicos e/ou educacionais. Little ⁽²⁶⁾ parece ter sido o primeiro a estabelecer um elo entre a anóxia e as lesões cerebrais e a reconhecê-la como um determinante importante de atraso cognitivo.

Posteriormente, face aos resultados dos estudos prospectivos, que procuraram controlar cuidadosamente as variáveis em jogo, pode concluir-se que a anóxia só está correlacionada com atrasos de desenvolvimento nos 3 primeiros anos de vida. E que, na idade escolar, não parece afectar o rendimento intelectual ⁽²⁷⁾.

Como se verifica, a evolução dos bebés prematuros/baixo peso parece ser bastante positiva no que se refere ao desenvolvimento global ou ao rendimento intelectual a médio prazo. Mas quando se utilizam medidas mais específicas de competências cognitivas ou de rendimento escolar não se pode chegar à mesma visão optimista. Com efeito, vários autores observam que a aparente «normalização» do desenvolvimento do prematuro antes da idade escolar, não esconde o facto de se manterem certas deficiências específicas, cujos efeitos se evidenciam com a entrada no sistema escolar ⁽²⁸⁾. Rutter e Casaer ⁽²⁹⁾ afirmam que a injúria cerebral que ocorre no período perinatal tem mais probabilidade de se traduzir em dificuldades escolares, tais como as que se constata em bebés muito prematuros que, apesar disso têm Q.I.'s normais. Nesta óptica, Drillien ⁽²²⁾ constatou que, entre os 8 e os 11 anos, os prematuros obtinham piores resultados na aprendizagem escolar. Klein e colegas ⁽³⁰⁾ também confirmam que os prematuros têm piores resultados escolares, sugerindo que podem estar associados a deficiências das funções motora e perceptiva. De forma geral, as crianças que têm uma história de grande prematuridade, baixo peso à nascença e/ou anóxia, têm sido consideradas como estando em maior risco de futuras dificuldades de aprendizagem ⁽³¹⁾. Vários autores observaram um funcionamento visuo-motor e um processamento da informação visual mais lento, desde os primeiros meses, e que se prolonga na idade escolar ⁽¹⁶⁾. Estudos mais recentes que avaliaram bebés com menos de 1000 gr. à nascença, constaram que mesmo na ausência de lesão cerebral, ou de atraso de desenvolvimento global, há mais probabilidades de existirem dificuldades de aprendizagem, especialmente relacionadas com a matemática e as competências não-verbais ⁽³²⁾, e com as competências visuo-motoras ⁽²³⁾.

2.4. LINGUAGEM

A aquisição da linguagem tem grande impacto tanto no desenvolvimento cognitivo como na aprendizagem e na adaptação social. Esta dimensão está necessariamente relacionada com outras já referidas. No entanto, as avaliações específicas da competência linguística apresentam resultados algo contraditórios.

Alguns autores observaram um atraso no desenvolvimento da função linguística aos 4, 8 e 12 meses. E reconheceram que estas diferenças continuam a observar-se na idade pré-escolar ⁽³³⁾. Largo ⁽³⁴⁾ e colegas verificaram que este atraso se manifesta em 25 indicadores importantes do desenvolvimento da linguagem. Nos estudos com crianças mais velhas constata-se que as deficiências na linguagem e na leitura são significativas, pelo menos entre os 2 e os 11 anos ⁽²²⁾.

Mas não se pense que só há unanimidade quanto ao impacto desta dimensão. Alguns trabalhos indicam que não há qualquer diferença no desenvolvimento linguístico, respectivamente aos 3 e 5 anos ⁽¹³⁾.

2.5. COMUNICAÇÃO, COMPORTAMENTO SOCIAL E TEMPERAMENTO

Os baixos níveis de reactividade e de actividade do recém-nascido de baixo peso, ou asfiziado, têm consequências inevitáveis na qualidade da interação com as outras pessoas, e fazem dele um «parceiro» diferente do bebé saudável de termo. Por outro lado, aqueles bebés passam os seus primeiros tempos em condições ambientais (e.g., no hospital, na incubadora, ligado a aparelhos) que restringem as ocasiões de estabelecer contacto com os pais. Mais do que isso, as interações com adultos são predominantemente organizadas em função de tratamentos dolorosos e outros procedimentos perturbadores. Não é surpreendente, pois, que vários autores ⁽³⁵⁾, tenham reconhecido que o prematuro possui competências de comunicação e interação menos adequadas do que os bebés de termo. O seu padrão de choro é diferente, tendo sido avaliado por observadores neutros, ou pais de bebés saudáveis, como sendo mais aversivo ⁽³⁶⁾. Têm mais dificuldade em fixar o olhar, tornando difícil o contacto visual e, no geral, emitem menos comportamentos facilitadores da continuidade da interação ⁽⁵⁾. Vocalizam e sorriem menos, demonstrando uma «tonalidade afectiva global menos positiva» ⁽³³⁾.

Se há grande acordo quanto a estas diferenças iniciais, constata-se que os autores que estudaram este tema discordam quanto ao momento em que estas diferenças deixam de se fazer sentir, ou mesmo se alguma vez isso acontece. Assim, alguns defendem que estas dificuldades interactivas tendem a desaparecer precocemente, já não sendo importantes aos 12 meses ^(15, 22).

Para outros ⁽³⁷⁾ os prematuros tendem a ser crianças socialmente menos competentes nos primeiros anos de vida, embora essa diferença já não se observe aos 5 anos. Um grupo de crianças que sofreram de anóxia foi avaliado aos 7 anos, revelando também valores mais baixos no desenvolvimento da competência social ⁽¹⁴⁾.

O conhecimento do desenvolvimento social dos bebés de risco tem muitas lacunas. Não só fica por esclarecer quando, e se, as diferenças iniciais no estilo interactivo desaparecem, como se sabe muito pouco sobre a qualidade das relações destas crianças com outras crianças e com adultos não-familiares.

Se o bebé prematuro ou doente é, à partida, um parceiro percebido como fisicamente pouco atraente ⁽³⁶⁾, mais difícil de compreender, menos susceptível de gratificar os seus inter-

locutores com contacto visual, sorrisos ou vocalizações, apresentando um choro mais aversivo, ou mantido afastado do ambiente familiar por um conjunto de aparelhos sofisticados, podemos facilmente antecipar que os seus pais vão apresentar algumas diferenças na iniciativa e nas formas das atitudes interactivas iniciais, comparativamente com outros pais. Está hoje bem estabelecido que o bebé é um elemento determinante para a qualidade da interacção⁽³⁸⁾. Estudos de observação longitudinal, recorrente a metodologias de observação e registo de sequências de interacção, permitiram avaliar a comunicação do prematuro com a mãe. Verificou-se que durante o internamento do bebé, sobretudo quando a sua sobrevivência ainda não está assegurada, as mães tendem a ser menos activas do que as dos bebés saudáveis, e que algumas podem mesmo mostrar-se apáticas e desinteressadas⁽⁴⁾.

Depois do bebé estar estabilizado, e integrado no ambiente familiar, estas mães tendem a apresentar níveis de actividade superior aos de outras mães, embora relatem menos prazer na interacção⁽³³⁾. Este nível mais elevado de estimulação traduz-se, frequentemente, em iniciativas de comunicação pouco sincronizadas com os sinais emitidos pelo bebé. No entanto, quando interagem com o bebé, revelam ser mais activas e tomando mais iniciativas para provocar a reacção do filho⁽⁵⁾. Mas já outros autores também defendem que estas mães tendem a iniciar menos vezes esse contacto⁽³⁹⁾.

Parece que o facto do bebé ser mais difícil de compreender leva a um maior desajuste das atitudes da mãe. E, provavelmente, o facto de ser mais difícil de estimular, e menos gratificante nas suas respostas, faz com que essa mãe tenha de se esforçar mais, cada vez que inicia um contacto com ele, e assim tente menos vezes essa interacção.

Alguns autores⁽⁴⁰⁾ têm interpretado estas diferenças das «díades» com prematuros como uma evidência da capacidade das mães em se adaptarem a uma situação diferente. Ao contrário, outros autores^(5, 7) preferem realçar que estas diferenças podem tomar formas extremas, pondo em risco o equilíbrio e o desenvolvimento futuro destes bebés. Para algumas mães com menos preparação ou em situações de desequilíbrio emocional, o esforço em se adaptar a um bebé mais frágil e difícil pode ser suficiente para originar perturbações graves na interacção⁽³⁸⁾. Estas têm constituído as principais justificações para o facto das estatísticas mostrarem que os prematuros têm mais probabilidade de serem maltratados ou negligenciados pelos pais⁽⁷⁾.

Parece evidente que as características do bebé que teve um nascimento de risco contribuem para padrões de interacção bastante diferentes. No entanto, as expectativas dos pais sobre este bebé contribuem, igualmente, e de forma decisiva, para a definição da relação. Estas expectativas têm sido avaliadas sobretudo por meio de questionários de avaliação do temperamento do bebé, porque se reconhece que são instrumentos sensíveis para este tipo de crenças maternas.

Stern e Hildebrandt⁽⁴¹⁾ demonstraram que existe um estereótipo que afecta as percepções que os adultos têm destes bebés. Assim, quando observavam filmes de bebés saudáveis de nove meses, umas vezes definidos como prematuros, e outras como de termo, as pessoas tendiam a avaliar mais negativamente os bebés classificados como prematuros. Considera-

vam-nos mais pequenos, menos atentos, mais lentos, menos espertos, mais sossegados e passivos que os bebés apresentados como de termo. Para estes autores, este estereótipo pode levar os pais de bebés prematuros a uma auto-realização da profecia. Isto é, o facto dos pais tratarem os prematuros de forma diferente não deriva unicamente do bebé ser diferente, mas também deste estereótipo que se observa mesmo na ausência de qualquer característica concreta de prematuridade. Consequentemente, as suas atitudes tenderão a eliciar na criança comportamentos que confirmem as expectativas deturpadas.

Embora este fenómeno tenha sido estudado em relação aos prematuros, é provável que se verifique nas avaliações de outros bebés que tiveram problemas de nascimento. A deturpação das percepções parentais tem sido considerada muito importante, na medida em que se reconhece que afecta as atitudes educativas⁽⁴²⁾. E que podem, assim, prejudicar a adaptação psicológica, social e cognitiva da criança⁽³³⁾. A consequência mais grave destas perspectivas inadequadas é a persistência dos seus efeitos negativos nas atitudes dos pais a médio prazo, mesmo quando os problemas específicos da criança já foram corrigidos ou ultrapassados.

Sabe-se pouco sobre a evolução dos padrões de interacção social e familiar posteriores. Parece razoável concluir que, enquanto em algumas famílias estas diferenças iniciais tenderão a cristalizar, mantendo-se como um factor que contribui para um desenvolvimento global menos equilibrado, outras famílias são capazes de ultrapassar as dificuldades iniciais, de forma a compensar o *handicap* destes bebés. Esta hipótese é, de certo modo, corroborada por Beckwith⁽⁴⁴⁾, que verificou que, para os bebés que foram prematuros, a qualidade de interacção com a mãe ou o seu substituto entre os 8 e os 24 meses é a medida mais significativamente correlacionada com o desenvolvimento cognitivo aos 5 anos.

2.6. REACÇÕES EMOCIONAIS DOS PAIS

Como se pode verificar, tem-se dado bastante atenção ao comportamento dos pais de bebés de risco, nomeadamente com o estudo das dimensões relevantes para uma interacção positiva e uma estimulação cognitiva e social adequada.

Paralelamente, embora as reacções emocionais dos pais não tenham merecido a mesma atenção, reconhece-se que as suas atitudes educativas são afectadas por essas reacções. Os pais que atravessam períodos de stress e tensão emocional são mais críticos, interferem negativamente com mais frequência nas actividades da criança⁽⁴⁵⁾, demonstram menos afecto, comunicam menos adequadamente e têm atitudes educativas mais inconsistentes⁽⁴⁶⁾.

As condições do parto prematuro ou mais difícil, a incerteza sobre as consequências do nascimento ou o eventual diagnóstico de sequelas neurológicas e malformações, as dificuldades de estabilização dos padrões fisiológicos e a necessidade de exames e avaliações constantes são factores precipitativos de perturbação emocional. Assim, os pais de prematuros têm sido descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos de ansiedade, medo e depressão intensos^(33, 39).

Klaus e Kennell⁽³⁸⁾ consideraram que estes pais atravessam muitas vezes uma crise existencial grave. Resnick e colegas⁽⁴⁷⁾ afirmaram mesmo que se tratava dum processo emocional semelhante ao das pessoas confrontadas com desastres ambientais. Drotar e colegas⁽⁴⁸⁾ descreveram as fases da crise decorrentes do nascimento de um filho doente ou com uma malformação como choque, negação, depressão, ansiedade e revolta, e adaptação e reorganização.

A ansiedade tem sido explicada pelo medo e pela preocupação com a sobrevivência do bebé nos primeiros tempos. Posteriormente, está sobretudo associada a receios sobre a saúde e o desenvolvimento do bebé, assim como sobre a falta da competência necessária para educar um filho doente ou especial⁽⁴⁸⁾. Esta ansiedade pode dificultar o estabelecimento de uma relação de vinculação segura^(5, 7).

Outros autores têm chamado a atenção para a possibilidade de reacções depressivas depois de um nascimento de risco. A constatação de que o parto não decorreu como esperado, ou que o bebé é menos perfeito e saudável do que os outros, assim como a crença de que a mãe tem alguma culpa ou responsabilidade nas ocorrências neonatais podem explicar estas reacções⁽⁷⁾. As dificuldades em estabelecer uma interacção positiva e reforçante com um bebé que reage menos e de forma distorcida⁽⁴⁹⁾ podem agravar os sentimentos de desespero e incapacidade de controlar os acontecimentos, característicos da depressão.

A depressão materna é considerada como estando associada a um risco aumentado de psicopatologia e perturbação psicológica da criança⁽⁵⁰⁾. Hammen e colegas⁽⁵¹⁾ especularam que esta relação se deve a que as mães depressivas são provavelmente mais impacientes ou apáticas, e recorrem com mais frequência a estratégias de violência e coersão.

A depressão materna também afecta a percepção do comportamento e do temperamento do filho⁽⁵²⁾.

A irritabilidade, caracterizada pela impaciência, intolerância e zanga pouco controlada⁽⁵³⁾ tem sido considerada como uma reacção emocional crítica para o estabelecimento de uma relação adequada com os filhos. Pode conduzir a maus tratos e violência familiar⁽⁷⁾. Num estudo com uma população portuguesa de mães de bebés nascidos em risco⁽⁵⁴⁾ constatou-se que a irritabilidade nos primeiros dias depois do parto atingia valores bastante elevados, e que tendia a aumentar durante os primeiros três meses, apresentando com muita frequência valores considerados patológicos.

O controlo deste tipo de reacções é particularmente importante no caso dos pais que cuidam de um bebé prematuro ou doente. Com efeito, estes bebés têm um ritmo de desenvolvimento mais lento, exigindo cuidados diferentes. Precisam de alguém que cuide deles com mais calma, mais paciência e menos exigência.

Por outro lado, Frodi e colegas⁽³⁶⁾ demonstraram que o choro do bebé prematuro é geralmente percebido como mais irritante e aversivo do que o do bebé de termo. A sua percepção é acompanhada de respostas fisiológicas que traduzem um estado de alerta emocional negativo. Na medida em que estes bebés também podem ser mais difíceis de acalmar, a capacidade de controlar a irritabilidade adquire uma relevância decisiva para a adaptação dos pais às exigências especiais de um bebé de risco.

3. MODELOS EPISTEMOLÓGICOS DE ANÁLISE DOS ESTUDOS SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DO NASCIMENTO DE RISCO

Este resumo permite constatar que se deu uma evolução conceptual nos estudos sobre as consequências do nascimento de risco. Os estudos iniciais apresentavam, geralmente, uma perspectiva mais determinista, em que o nascimento de risco era visto como um determinante de atrasos e diferenças estáveis no desenvolvimento. Na sua maior parte, os estudos mais recentes tendem a apresentar uma perspectiva mais relativista, em que este tipo de nascimento é considerado como um factor entre outros, podendo contribuir para aumentar o risco estatístico de um desenvolvimento perturbado, se não fôr suficientemente compensado por acções correctivas do meio. Como já foi referido, mesmo nos casos em que é possível comprovar a existência de uma lesão cerebral, só uma percentagem das crianças virão a apresentar sequelas prolongadas e graves⁽²⁾. Esta transição pode ser explicada pelas alterações da população em estudo (i.e. actualmente alvo de tratamentos mais modernos e sofisticados), e por modificações nas metodologias de investigação (i.e. estudos retrospectivos ou «ex post facto» e medidas grosseiras antes; estudos prospectivos e longitudinais, medidas mais precisas e tratamentos estatísticos mais finos e adequados, depois). No entanto, as duas perspectivas continuam a figurar nos trabalhos actuais, e correspondem a modelos epistemologicamente bem diferenciados sobre as formas de intervenção mais adequadas para esta população.

3.1.1. ORIENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA DE DETERMINISMO ORGÂNICO (MODELO BIOMÉDICO)

Os primeiros trabalhos sobre as consequências do nascimento de risco inserem-se claramente no que podemos denominar de *determinismo orgânico*, na tradição do modelo biomédico. Neste contexto, tanto os prematuros e os bebés de baixo peso como os que sofreram anóxia ou outras complicações neonatais são considerados como de risco estatístico aumentado para problemas no desenvolvimento cognitivo, ou no comportamento e na adaptação social. Para os investigadores desta linha, a realização cognitiva está directamente relacionada com o peso à nascença, ou com a ocorrência de anóxia, e com a integridade orgânica. As deficiências ou atrasos de desenvolvimento são vistos como o resultado de disfunções neurológicas. As consequências em termos de desenvolvimento e adaptação são, pois, independentes das medidas ambientais de competência materna ou de classe social⁽⁵⁵⁾. De um ponto de vista histórico, sabemos que a identificação de risco psicológico começa por ser procurada exclusivamente na condição médica do recém-nascido⁽⁵⁶⁾. Desta forma, define-se um continuum de «acidentes reproductivos» (*reproductive casualty*), a partir do conjunto de perturbações intrínsecas à criança, originadas no processo de nascimento, e directamente relacionadas com o desenvolvimento futuro⁽⁵⁷⁾. Esta orientação serve-se de uma relação de causalidade simples e linear. Uma lesão grave produz uma deficiência grave, como a paralisia cerebral, enquanto que uma lesão menor leva a uma deficiência menor, como uma dificuldade de aprendizagem. Infere-se que o desvio psicológi-

co é «intrínseco» à criança, e assim, sem ligação ao con-texto/meio ⁽⁵⁸⁾.

Esta conceptualização deriva do *modelo biomédico*, no qual a lesão orgânica ou hereditária está subjacente a todas as perturbações psicomotoras e/ou cognitivo-sociais. Neste sentido, as aberrações comportamentais são explicadas na base da deficiência na estrutura ou na função somática.

Os estudos iniciais sobre os efeitos da anóxia baseiam-se neste paradigma. A privação de oxigénio durante o desenvolvimento precoce explica a deficiência generalizada no funcionamento cerebral ⁽⁶⁾. E é também a causa remota de atrasos de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais e emocionais.

Como é óbvio, o modelo médico não se tem mantido afastado do reconhecimento do papel do meio socio-económico e cultural, nem da evolução geral das metodologias científicas. Já é difícil encontrar, actualmente, autores que defendam uma posição organicista tão linear. De uma forma geral, o efeito do meio é considerado. Mas de forma igualmente directa e linear.

Nesta óptica o meio cultural e materialmente mais desfavorecido vem, unicamente, agravar as consequências de um nascimento de risco. Os efeitos das complicações perinatais estão *essencialmente* relacionados com o desenvolvimento. E não *apenas* relacionados, quando se combinam ou adicionam às condições ambientais persistentemente negativas ⁽⁵⁹⁾, como é defendido pelo modelo transaccional, que será referido posteriormente.

O modelo biomédico não foi, de modo nenhum, abandonado ou considerado ultrapassado. Actualmente, guia principalmente os investigadores da área de neurologia, e aqueles que continuam a procurar relações, senão de causalidade directa, pelo menos de correlação, entre riscos biológicos à nascença e diferentes formas de desenvolvimento e adaptação.

Nesta perspectiva, procura-se aprofundar as diferenças de desenvolvimento em função de complicações neonatais específicas (e.g., grupos de peso diferente, grupos com problemas orgânicos diferentes). Ou valorizar as diferenças em termos de percepção, atenção ou processamento informativo. O conhecimento do tipo de lesões, que se podem associar a perturbações comportamentais e de desenvolvimento, é tarefa epistemológica prioritária. Paralelamente, a diferença entre os prematuros e os bebés de termo não é meramente uma questão de maturidade. Questionam a noção de «idade corrigida», porque o bebé prematuro nunca «apanha» (*catch up*) completamente o desenvolvimento dos outros. Fica sempre com sequelas que se traduzem em diferenças específicas ⁽¹⁵⁾.

Todos estes trabalhos partem do princípio de que o desenvolvimento é também linear. E de que é possível prever uma continuidade entre as várias fases do crescimento. O desenvolvimento é visto como produto de «uma cadeia linear de causas eficientes e efeitos invariantes» ⁽⁶⁰⁾.

As principais críticas feitas por estes autores ao grupo a que podemos chamar de «educacionais» ou «transacionais», é de não valorizarem suficientemente as situações nas quais as condições adversas à nascença têm, inevitavelmente, consequências físicas e psicológicas futuras. Consequentemente, a linha transaccional poderá negligenciar os esforços preventivos de protecção da gravidez e da maternidade.

3.1.2. INTERVENÇÕES DERIVADAS DO MODELO MÉDICO

Quais são, deste modo, as implicações de uma perspectiva mais determinista e de base neurológica para a problemática da prevenção dos problemas associados ao nascimento?

De uma forma geral, tende a considerar que a prevenção deve incidir sobre os problemas prenatais e perinatais criando-se as melhores condições de assistência à gravidez e ao parto. De forma a diminuir drasticamente o número de nascimentos de risco.

Por outro lado, têm procurado intervir precocemente no desenvolvimento do bebé, por exemplo por meio de processos de estimulação nos primeiros tempos de vida para evitar o aparecimento de novas lesões, ou fazer regredir as já existentes ⁽⁶¹⁾. Nesse sentido, baseiam-se nos trabalhos mais recentes sobre a plasticidade cerebral, e sobre a possibilidade de elaborar terapêuticas que levem à regressão de lesões cerebrais ocorridas precocemente ⁽⁶²⁾.

É fácil reconhecer que as intervenções deste paradigma estão, acima de tudo, dependentes de médicos e outros técnicos responsáveis pelos cuidados à grávida e ao recém-nascido de risco. Com excepção de eventuais acções de informação e esclarecimento para facilitar a adesão dos pais aos tratamentos médicos sugeridos, não tem havido a preocupação de os preparar para processos educacionais adaptados ao desenvolvimento das suas crianças. Esta ausência parece coerente com o facto de se considerar que o risco ou perturbação, derivado de um nascimento em condições adversas, é uma característica intrínseca da criança e inerente à sua deficiência orgânica. As acções remediativas devem-se, assim, centrar nessa criança e não no apoio aos seus progenitores.

3.2.1. ORIENTAÇÃO EPISTEMOLÓGICA TRANSACCIONAL (MODELO EDUCACIONAL)

Em contrapartida, a orientação *educacional* ou *transaccional* tem vindo a enfatizar sistematicamente o papel do meio educativo na remediação (ou no agravamento), das eventuais sequelas de um nascimento «difícil». Este paradigma surge posteriormente ao do modelo médico. É principalmente seguido por investigadores interessados no desenvolvimento dos bebés nascidos em condições adversas ^(13, 60).

É possível identificar alguns parâmetros de natureza teórica e metodológica, que contribuíram para o desenvolvimento deste modelo. Até meados dos anos sessenta, as tentativas para reconstruir os determinantes e a ocorrência de uma perturbação partiam da situação presente e da história genética e clínica das pessoas que sofriam dessa perturbação. A partir do momento em que se questionou a validade desta metodologia causal-comparativa («ex post facto»), começou a ser evidente que esta orientação tinha sido responsável pela crença na inevitabilidade da evolução negativa dessas pessoas.

A incidência progressiva em estudos prospectivos e longitudinais deu azo a que se procedesse a uma avaliação diferente e mais relativista das consequências dos nascimentos de risco ⁽⁶³⁾. Simultaneamente, aperfeiçoaram-se os instrumentos de observação da interacção entre crianças e adultos. O que

resultou na substituição da prática de isolamento de variáveis mal definidas e artificiais do meio, pela análise cuidada de dimensões educacionais mais estruturadas como a sensibilidade e a responsividade materna, a qualidade de vinculação, e as cognições parentais. Finalmente, a utilização de metodologias estatísticas mais sofisticadas, nomeadamente a *análise de regressão* e o «*path analysis*», permitiu estudar e compreender a influência múltipla e combinada de factores tanto do meio como de constituição orgânica na determinação do desenvolvimento futuro ⁽⁶⁰⁾.

A definição de uma nova forma de psicopatologia desenvolvimentista, mais interessada em processos ordenados do que em caracterizações estáveis, contribuiu de forma decisiva para a emergência do novo paradigma explicativo das consequências dos nascimentos de risco ⁽⁶⁴⁾. Para além de mais relativista, esta orientação epistemológica afasta-se da etiologia tradicional para integrar vários determinantes e conceber processos bi-unívocos com as suas consequências. Natureza e meio combinam-se e determinam-se mutuamente durante o desenvolvimento da criança.

Assim, a fraca correlação entre perturbações que ocorrem em diferentes níveis etários sugere que o desvio do comportamento ou do desenvolvimento numa idade não obriga, necessariamente, a outros desvios em idades mais avançadas. Os resultados da avaliação numa determinada idade não implicam que se vá deparar com um estado semelhante noutras fases do crescimento. Na verdade, algumas crianças mantêm-se estáveis, enquanto que outras ultrapassam as dificuldades previamente manifestas, e ainda outras revelam uma deterioração de processos ⁽⁶⁴⁾.

O novo modelo, que se define como «transaccional», apresenta uma perspectiva claramente mais optimista para o desenvolvimento dos bebés nascidos em situação de *risco de desenvolvimento*. Foi introduzido por Sameroff e Chandler ⁽⁶⁰⁾, e tem sido desenvolvido em trabalhos posteriores do primeiro autor ⁽⁶⁵⁾. No geral, os autores da psicopatologia do desenvolvimento ^(29, 64) também compartilham esta posição. De igual modo, a maioria dos estudos experimentais sobre este tema, elaborados por autores da psicologia do desenvolvimento, aderem de forma explícita ao modelo transaccional ^(12, 13, 16).

Estes autores reconhecem a existência de tendências auto-correctivas no meio educacional saudável, que vão contribuir para que o risco biológico não venha a traduzir-se em perturbações do desenvolvimento. Rejeitam, pois, um modelo linear no qual o desenvolvimento é explicado por cadeias simples e lineares de acontecimentos, sejam eles genético-biológicos ou ambientais. Tanto a criança como o meio educativo, evoluem através de reestruturações regulares, de forma a que acontecimentos e características passados podem ser ultrapassados e integrados em novas aquisições. Nos processos de desenvolvimento individual interessa mais a discontinuidade do que a continuidade:

«As tendências de auto-correção são forças poderosas no sentido do desenvolvimento normal, de forma a que desordens de desenvolvimento prolongadas são encontradas tipicamente na presença de influências perturbadoras igualmente prolongadas (...) as transações entre a

criança e o seu ambiente educativo servem para quebrar, ou manter, as ligações entre os traumas precoces e as desordens posteriores».

Sameroff e Chandler (1974, p. 189)

Para estes autores, o desenvolvimento só pode ser explicado tendo em conta a constituição da criança e as suas experiências ao longo do tempo. O desenvolvimento é visto como o resultado das interações dinâmicas e contínuas, entre a criança, a família e o contexto social. A novidade desta orientação tem a ver com a ênfase posta na acção/influência da criança no seu meio. De modo que as experiências da criança, ditas «criadas pelo meio», são, na verdade, dependentes da dialéctica da criança, que tanto estrutura como é estruturada por esse meio. Pelo seu comportamento passado, por exemplo, a criança constitui um forte determinante das experiências actuais em que se envolve ⁽⁶⁵⁾.

Este modelo de fundamentação piagetiana fornece uma perspectiva inovadora para o desenvolvimento do bebé prematuro ou com outras complicações à nascença. Por exemplo, um parto prematuro ou complicado pode contribuir para que uma mulher, geralmente calma, atravesse um período de ansiedade, incerteza e inadequação nas suas interações com o bebé. Em resposta a este comportamento inconsistente, o bebé pode manifestar algumas irregularidades na alimentação e no sono, que lhe valem a classificação de «temperamento difícil». O que vai, por sua vez, diminuir o prazer da mãe na interacção com o bebé. Se não houver outros adultos interagindo significativamente com este bebé, é possível que ele venha a estar sujeito a menos experiências facilitadoras do desenvolvimento da linguagem, e como tal, a obter resultados inferiores nos testes de linguagem.

Como se pode verificar, esta explicação é mais complexa do que uma relação linear entre risco à nascença e o atraso de desenvolvimento, ou entre o meio inadequado e este atraso. É também mais optimista do que o modelo médico, no que respeita às intervenções que visam corrigir o desenvolvimento.

3.2.2. INTERVENÇÕES DERIVADAS DO MODELO TRANSAccIONAL

Como mencionado, o modelo médico centra-se na actuação directa do especialista quase exclusivamente com a criança. Ao contrário, um modelo que enfatiza os efeitos adversos ou compensatórios do meio educacional tende a criar acções de correcção ou modificação desse meio. Dirige-se, assim, aos pais e educadores que passam a ser os interlocutores, igualmente quase exclusivos, do especialista.

Nesta óptica, para Sameroff ⁽⁶⁵⁾, as intervenções que visam influenciar o desenvolvimento de crianças pequenas passam sempre pela mudança da percepção que os pais têm da criança e, como tal, das suas atitudes educativas. Estas estratégias podem-se classificar consoante têm objectivos de redefinição, ou de reeducação.

As estratégias de *redefinição* têm como objectivo ajudar os pais a reestruturar as situações educacionais. Modificam o

impacto que a criança tem nos pais, através da modificação da percepção que estes têm daquela. Os pais são ajudados a reconhecer que as atitudes educacionais «normais» ou «correntes» são igualmente aplicáveis a situações percebidas como «desviantes» ou «diferentes». Por exemplo, compreender que cuidar de um bebé prematuro é em quase tudo semelhante a cuidar de um bebé de termo. São intervenções particularmente adequadas nas situações em que os pais já possuem competências educativas básicas, mas são levados a ver a criança como mais problemática ou perturbada.

A maioria das intervenções com pais de bebés de Unidades de Neonatologia pode ser entendida como tendo objectivos de redefinição. Durante o internamento destes bebés, têm sido implementados vários programas para incentivar os pais a visitarem o bebé e a cuidar dele ⁽⁶⁶⁾. Estas visitas permitem o contacto directo com o bebé, mas também com o pessoal de enfermagem. Desta forma facilitam a aquisição de perspectivas mais realistas sobre o estado do recém-nascido, e de um maior optimismo quanto ao seu futuro. Um envolvimento mais intenso durante o internamento está correlacionado com o envolvimento educativo posterior ⁽⁴⁾. Ao contrário, a baixa frequência de visitas à UCIN é um índice significativo de futuros problemas na relação mãe-bebé ⁽⁶⁷⁾.

Outro tipo de intervenção envolve grupos de auto-ajuda com pais na mesma situação, onde se analisam as emoções e as ansiedades mais comuns e um psicólogo aborda atitudes concretas e recursos da comunidade. Têm resultados no aumento da frequência das visitas parentais às UCIN's e no incremento da auto-confiança e capacidade para cuidar do bebé em casa ⁽⁶⁸⁾.

Finalmente, tem havido vários programas que utilizam a Escala de Avaliação Neonatal de Brazelton para modificação das expectativas parentais. O objectivo é, por um lado, demonstrar às mães, ou ao casal de pais, que o seu bebé possui um conjunto alargado de competências de auto-regulação e comunicação. Por outro, sugerir formas eficazes de as evidenciar e estimular. Este tipo de intervenção parece especialmente adequado para pais de bebés nascidos em condições adversas, na medida em que, como se referiu, o prematuro ou o asfíxiado apresenta padrões de comportamento mais difíceis de compreender, e em geral, está menos disponível e interessado na interacção. Infelizmente, poucos estudos têm chegado a resultados significativos com este tipo de acção ⁽⁴⁾. Um estudo recente ⁽⁶⁹⁾ ajuda a esclarecer estes resultados, demonstrando que este tipo de programas são eficazes para certo tipo de mães, mas não para todas, e chamando a atenção para a necessidade de estudar os mediadores dessa eficácia, tais como a paridade, risco materno, e tipo de medidas de avaliação dos resultados.

Um programa com objectivos semelhantes, mas uma aplicação mais prolongada, incluía várias sessões em que o mesmo especialista avaliava o desenvolvimento do bebé e encontrava-se semanalmente com a mãe, informando-a dos progressos do filho, e sugerindo formas adequadas de o estimular. Registraram-se efeitos positivos na avaliação do desenvolvimento e na estruturação do ambiente em casa, até aos 8 meses ⁽⁴⁾.

A autora deste texto elaborou e estudou um programa para mães de bebés nascidos em risco ⁽⁵⁴⁾ que obedece aos mesmos objectivos gerais de redefinição, mas utilizando uma metodologia desenvolvimentista de confronto didáctico com personagens dramatizadas em vídeo. Estas apresentam diferentes significa-

ções sobre o desenvolvimento do filho e sobre o seu próprio papel na compensação e correcção de eventuais dificuldades de comportamento e/ou desenvolvimento, que correspondem a diferentes níveis de desenvolvimento socio-cognitivo ^(70, 71). Os resultados três meses após a intervenção foram encorajadores, na medida em que as mães apresentavam um nível de perturbação emocional bastante mais baixo, e simultaneamente, confirmavam a tendência para aderir a significações mais abertas, flexíveis e positivas sobre a educação do seu bebé.

Finalmente, Sameroff considera que, nos casos em que os pais não possuem competências educativas básicas, são necessárias acções de *reeducação* com o objectivo de ensinar os pais a educar os filhos. Em geral, estas acções são mais necessárias para os pais que não procuram activamente informação ou orientação para as suas dificuldades educativas, ou para os que não são capazes de reconhecer essas dificuldades. Por exemplo, acções que contemplam o ensino concreto de competências educativas, como a organização do ambiente físico e a programação de actividades, ou a resolução de problemas de comportamento e desenvolvimento, inserem-se nesta categoria. Correspondem ao que tem sido chamado de programas de «Curriculum para Bebés» ⁽⁷²⁾. Têm sido aplicados a mães de prematuros e prolongam-se de alguns meses até dois anos. Os resultados sugerem algumas mudanças positivas nas atitudes maternas e no desenvolvimento dos filhos.

4. CONCLUSÕES

Pode considerar-se que a maioria dos estudos sobre as consequências do *nascimento de risco* têm privilegiado o «produto final». Visa-se saber se e quando os efeitos negativos dos factores perinatais adversos deixam de se fazer sentir. Trata-se de uma perspectiva mais orientada para os resultados do que para os processos.

A perspectiva transaccional vem, certamente, contribuir para um maior ênfase no processo de desenvolvimento e nas várias possibilidades dos factores perinatais afectarem, ou não, a evolução da criança. Espera-se que, no futuro, cada vez mais trabalhos aprofundem o conhecimento dos processos que contribuem para acentuar ou compensar eventuais problemas à nascença.

Embora seja provável que a prevenção dos acidentes perinatais, assim como a correcção das suas sequelas neurológicas, seja cada vez mais completa e precoce, a verdade é que continuará sempre a haver nascimentos vividos como «difíceis» ou «diferentes» e, assim, a ser necessário definirem-se acções educativas para maximalizar a eficácia compensatória do meio.

Assim, as intervenções derivadas de um modelo médico precisarão de continuar a ser complementadas com acções preventivas e/ou remediativas centradas nas significações dos pais sobre o seu filho e sobre a possibilidade de influenciarem de forma positiva o seu desenvolvimento e os ajudarem a viver uma vida equilibrada e feliz.

BIBLIOGRAFIA

1. Silver, H.; Kempe, H. & Bruyn, H. Handbook of Pediatrics. N.Y.: Lange Medical Publications, 1980.

2. St. James-Roberts, I. Neurologic plasticity, recovery from brain insult, and child development. *Advances in Child Dev and Behav*, 1979, 14: 253-319.
3. O'Dougherty, M. & Wright, F. Children born at medical risk: factors affecting vulnerability and resilience. Em: J. Rolf, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.) Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press, 1990: 120-140.
4. Corter, C. & Minde, K. Impact of infant prematurity on family systems. *Advances Dev Behav Pediatrics*, 1987, 8: 1-48.
5. Bakeman, R. & Brown, J. Early interaction: consequences for social and mental development at three years. *Child Dev*, 1980, 51: 437-447.
6. Gorsky, P. Handling preterm infants in hospitals: stimulating controversy about timing of stimulation. *Clinics in Perinatology*, 1990, 17: 103-112.
7. Bolton, F. When bonding fails: clinical assessment of high-risk families. Beverly Hills, Cal.: Sage, 1983.
8. Coll, C. Behavioral responsivity in preterm infants. *Clinics in Perinatology*, 1990, 17: 113-123.
9. Meisels, S.; Plunkett, J.; Roloff, D.; Pasick, P. & Stiefel, G. Growth and development of preterm infants with respiratory distress syndrome and bronchopulmonary dysplasia. *Pediatrics*, 1986, 77: 345-352.
10. Lasky, R.; Tyson, J.; Rosenfeld, C.; Priest, M.; Krasinski, D.; Heartwell, S. & Gant, N. Differences on Bayley's Infant Behavior Record for a sample of high-risk infants and their controls. *Child Dev*, 1983, 54: 1211-1216.
11. Dunn, H.; Ho, A.; Crichton, J.; Robertson, A.; McBurney, A.; Grunau, R. & Penfold, S. Evolution of Minimal Brain dysfunctions to the age of 12 to 15 years. Em: H. Dunn (Ed.) Sequelae of low birthweight: the Vancouver study. London: Mackeith Press, 1986.
12. Greenberg, M. & Crnick, K. Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Dev*, 1988, 59: 554-570.
13. Siegel, L. Correction for prematurity and its consequences for the assessment of the very low birthweight infant. *Child Dev*, 1983, 54: 1176-1188.
14. Corah, N.; Anthony, E.; Painter, P.; Stern, J. & Thurston, D. Effects of perinatal anoxia after seven years. *Psychol Monographs*, 1965, 79(3): 105-110.
15. Escalona, S. Social and other environmental influences on the cognitive and personality development of low birthweight infants. *Am J Mental Deficiency*, 1984, 88: 508-512.
16. Silva, P.; McGee, R. & Williams, S. A longitudinal study of the intelligence and behaviour of preterm and small for gestational age children. *Dev Behav Pediatrics*, 1984, 5: 1-5.
17. Caputo, D.; Goldstein, & Taub, H. Neonatal compromise and later psychological development: a 10-year longitudinal study. Em: S. Friedman & M. Sigman (Eds.) Preterm birth and psychological development. N.Y.: Academic Press, 1981.
18. Cohen, S. & Parmalee, A. Prediction of five-year Stanford-Binet scores in preterm infants. *Child Dev*, 1983, 54: 1242-1253.
19. Goldstein, K.; Caputo, D. & Taub, H. The effects of prenatal and perinatal complications on development at one year of age. *Child Dev*, 1976, 47: 613-621.
20. Wilson, R. Risk and resilience in early mental development. *Dev Psychol*, 1985, 21: 795-805.
21. Kopp, C. Risk factors in development. Em: P. Mussen (Ed. Série) Handbook of Child Psychiatry, vol. 2, J. Campos & M. Haith (Eds) Infancy and developmental psychobiology. NY: Wiley, 1983: 1081-1088.
22. Drillien, C.; Thomson, A. & Burgoyne, K. Low birthweight children at early school age: a longitudinal study. *Dev Med Child Neurology*, 1980, 22: 26-47.
23. Waber, D. & McCormick, M. Late neuropsychological outcomes in preterm infants of normal IQ: selective vulnerability of the visual system. *J Pediatric Psychol*, 1995, 20: 721-735.
24. Sell, E. Outcome of very very low birthweight infants. *Clinics in Perinatology*, 1986, 13: 451-459.
25. Hirata, T.; Epcar, J. & Walsh, A. Survival and outcome of infants 501-750 gm: a six-year experience. *J Pediatrics*, 1983, 102: 741-748.
26. Little, W. On the influence of abnormal parturition, difficult labor, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child especially in relation to deformities. *Lancet*, 1961, 2: 378-380.
27. Ucko, L. A comparative study of asphyxiated and nonasphyxiated boys from birth to five years. *Dev Med Child Neurology*, 1965, 7: 643-657.
28. Belton, N.; Thistlethwaite, D.; Wilkinson, E.; Maxwell, S. & Elton, R. A growth, developmental and nutritional study of low birthweight infants. Health Bulletin of the Scottish Home and Health Department, 1986, 44: 239-249.
29. Rutter, M. & Casaer, P. (Eds.) Biological risk factors for psychological disorders. Cambridge: Cambridge University Press 1991.
30. Klein, N.; Hack, M.; Gallagher, J. & Fanaroff, A. Preschool performance of children with normal intelligence who were very-low-birth weight infants. *Pediatrics*, 1985, 75: 531-537.
31. Fonseca, V. Uma introdução às dificuldades de aprendizagem. Lisboa: Editorial Notícias, 1984.
32. Taylor, H.; Hack, M.; Klein, N. & Schatschneider, C. Achievement in children with birth weights less than 750 grams with normal cognitive abilities: evidence for specific learning disabilities. *J Pediatric Psychol*, 1995, 6: 703-719.
33. Crnic K.; Ragozin, A.; Greenberg, M.; Robinson, N. & Basham, R. Social interaction and developmental competence of preterm and fullterm infants during the first year of life. *Child Dev*, 1983, 54: 1199-1210.
34. Largo R.; Molinari, L.; Pinto, L.; Weber, M. & Duc, G. Language development of term and preterm children during the first five years of life. *Dev Med Child Neurology*, 1986, 28: 335-350.
35. Green, J.; Fox, N. & Lewis, M. The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high-risk infants. *Child Dev*, 1983, 54: 1286-1296.
36. Frodi, A. & Lamb, M. Father's and mother's responses to the faces and cries of normal and premature infants. *Dev Psychol*, 1978, 14: 490-498.
37. McBurney, A. Grunau, R. Environmental factors and neurological and intellectual functioning in relation to social growth. Em: H. Dunn (Ed.) Sequelae of low birthweight: the vancouver study. London: MacKeith Press, 1986.
38. Klaus, M. & Kennell, J. Maternal-infant bonding: the impact of early separation or loss on family development. St.Louis, CV Mosby, 1976.
39. Goldberg, S. & DiVitto, B. Born too soon: Preterm birth and early development. San Francisco: Freeman, 1983.
40. LeBlanc, M. Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1989, 32: 249-268.
41. Stern, M. & Hildebrandt, K. Prematurity stereotyping: effects on mother-infant interaction. *Child Dev*, 1986, 57: 308-315.
42. Klaus, M. & Kennell, J. Parent-infant bonding. St. Louis: Mosby, 1981.
43. Cohen, S. & Beckwith, L. Preterm infant interaction with the caregiver in the first year of life and competence at age two. *Child De*, 1979, 50: 767-776.
44. Beckwith, L. Preterm children's cognitive competence at five years and early caregiver-infant interaction. Comunicação apresentada no Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Boston, 1981.
45. Maccoby, E. Social development: psychological growth and the parent-child relationship. N.Y.: Harcourt Brace Jo ano itch, 1980.
46. Hetherington, E.; Cox, M. & Cox, R. Divorced fathers. *The Family Coordinator*, 1976, 25: 417-428.
47. Resnik, H.; Ruben, H. & Ruben, D. Emergency psychiatric care: the management of mental health crisis. Bowie, MD: Charles Press, 1975.
48. Drotar, D.; Baskiewicz, B.; Irvin, N.; Kennell, J. & Klaus, M. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. *Pediatrics*, 1975, 56: 710-716.
49. Bond, L. From prevention to promotion: optimizing infant development. Em: L. Bond & J. Joffe (Eds.) Facilitating infant and early childhood development. Hannover: University Press of New England, 1982: 5-39.
50. Morrison, H. (Ed.) Children of depressed parents: risk, identification, and intervention. N.Y.: Grune & Stratton, 1983.
51. Hammen, C.; Burge, D. & Stansbury, K. Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high-risk sample: a causal modeling analysis. *Dev Psychol*, 1990, 26: 24-30.
52. Weissman, M.; Paykel, E.; Klerman, G. The depressed woman as a mother. *Social Psychiatry*, 1972, 7: 98-108.
53. Snaith, R. Constantopoulos, A.; Jardine, M. & McGuffin, P. A clinical scale for the self assessment of irritability (IDA). *British J Psych*, 1978, 132: 164-171.
54. Barros, L. Estudo de um programa desenvolvimentista para mães de bebês de risco. *Psicológica*, 1992, 8: 95-111.
55. Wiener, G.; Rider, R.; Oppel, W.; Fischer, L.; Harper, P. Correlates of low birth weight: psychological status at eight to ten years of age. *Pediatrics*, 1965, 150: 311-322.
56. Lilienfeld, A. & Parkhurst, E. A study of the association of factors of pregnancy and parturition with the development of cerebral palsy: a preliminary report. *Am J Hygiene*, 1951, 53: 262-282.
57. Pasamanick, B. & Knobloch, H. Retrospective studies on the epidemiology of reproductive causality: old and new. *Merril-Palmer Quarterly*, 1966: 7-26.
58. Sameroff, A.; Seifer, R. & Zax, M. Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 47 (serial no. 199), 1982.
59. Joffe, J. Approaches to prevention of adverse developmental consequences of genetic and prenatal factors. Em: L. Bond & J. Joffe (Eds) Facilitating infant and early childhood development Hanover: University Press of New England, 1982: 121-158.
60. Sameroff, A. & Chandler, M. Reproductive risk and the continuum of

- caretaking casualty. Em: F. Horowitz; M. Hetherington & S. Scarr-Salapatek (Eds) *Review of Child Development Research* (vol. 4) Chicago: University of Chicago, 1975.
61. Gardner, J.; Karmel, B.; Magnano, C.; Norton, K. & Brown, E. Neuro-behavioral indicators of early brain insult in high-risk neonates. *Dev Psychol*, 1990, 26: 563-575.
62. Spinelli, D. Plasticity triggering experiences, nature, and the dual genesis of brain structure and function. *Clinics in Perinatology*, 1990, 17: 77-82.
63. Garnezy, N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. *Am J Orthopsych*, 1971, 41: 101-116.
64. Cicchetti, D. The emergence of developmental psychopathology. *Child Dev*, 1984, 55: 1-7.
65. Sameroff, A. The social context of development. Em: N. Eisenberg (Ed.) *Contemporary topics in developmental psychology*. N.Y.: John Wiley, 1987: 273-291.
66. Zeskind, P. & Iacino, R. Effects of maternal visitation to preterm infants in the neonate intensive care unit. *Child Dev*, 1984, 55: 1887-1893.
67. Fanaroff, A.; Kennell J. & Klaus, M. Follow-up of low birth-weight infants – the predictive value of maternal visiting patterns. *Pediatrics*, 1972, 49: 288-290.
68. Minde, K.; Shosenberg, N.; Marton, P.; Thompson, J.; Ripley, J.; & Burns, S. Self-help groups in premature nursery – a controlled evaluation. *Journal of Pediatrics*, 1980, 96: 933-940.
69. Beeghly, M.; Brazelton, T.; Flannery, K.; Nugent, K.; Barrett, D. & Tronick, E. Specificity of preventative pediatric intervention effects in early infancy. *Dev Behav Pediatrics*, 1995, 16: 1158-1166.
70. Joyce-Moniz, L. *Psicopatologia do Desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill, 1993.
71. Sameroff, A. & Feil, L. Parental concepts of development. Em: I. Sigel (Ed.) *Parental belief systems: the psychological consequences for the children*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1985: 83-105.
72. Barrera, M.; Rosenblum, P. & Cunningham, C. Early home intervention with low-birth-weight infants and their parents. *Child Dev*, 1986, 57: 20-33.

Correspondência: Maria Luísa Queiroz de Barros
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Alameda da Universidade – 1600 Lisboa
Tel.: 793 45 54
Fax: 793 34 08
Tel. Casa: 456 04 93