

Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal

PAULA ISABEL RATO (*)

INTRODUÇÃO

A maternidade é um acontecimento e uma função extremamente valorizada na nossa sociedade, atribuindo-se-lhe um grande significado – a capacidade de fecundar e conceber.

A gravidez é considerada por muitos autores como um período de crise que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico, e envolve por isso mesmo reajustamentos e reestruturações a vários níveis. Apesar de ser um momento de crise, a gravidez é um acontecimento normal do desenvolvimento e podemos dizer que é essencial e deve preceder e preparar a integração maturacional. O período que se inicia com a gravidez não termina com o parto dado que grandes mudanças maturacionais ocorrem no pós-parto; o puerpério deve ser considerado como uma continuação da situação de transição, implicando novas mudanças fisiológicas, consolidação da relação pais/filho, modificações de rotina e relacionamento familiar. O facto de a gravidez constituir uma situação crítica, implicando naturalmente uma maior vulnerabilidade e desorganização dos padrões anterior-

res, modificações fisiológicas e estados emocionais peculiares, justifica a presença normal de um certo grau de ansiedade.

1. A GRAVIDEZ

Segundo Bibring e col. (1961), a crise da gravidez é um período essencial do crescimento e integração maturativa da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda com a constelação familiar e seu enquadramento. Esta crise é, no entanto, um acontecimento normal no desenvolvimento, podendo mesmo dizer-se que é essencial e deve preceder e preparar a integração maturacional.

Segundo Brazelton (1981) muita da ansiedade pré-natal e distorções das fantasias maternas podem ser mecanismos saudáveis de ajustamento a um novo equilíbrio psicológico e as reacções de alarme podem constituir uma espécie de tratamento de choque susceptível de contribuir para a organização da mulher face ao seu novo papel.

Quanto à ansiedade, Soifer (1986) defende que existem fases em que há um aumento especí-

(*) Psicóloga Clínica.

fico da ansiedade: no começo da gestação, durante a formação da placenta, perante a percepção dos movimentos fetais, aquando da instalação franca dos movimentos, durante a versão interna, no início do 9.º mês, nos últimos dias antes do parto.

Estes aumentos de ansiedade têm duração variável e podem traduzir-se por sintomas físicos próprios ou até mesmo por aborto ou parto prematuro.

1.1. *Primeiro trimestre*

Um dos primeiros sintomas que geralmente aparece na mulher grávida é a hipersónia: há uma necessidade de dormir mais que o habitual, a mulher grávida diminui o seu investimento no meio e centra-se sobre si mesma afastando-se dos outros. O aumento do sono revela-se, contudo, uma defesa adequada uma vez que ao favorecer a negação dos estímulos internos e externos proporciona ao organismo um maior repouso, necessário ao processo que se inicia. A insónia deve ser sempre considerada como a expressão de uma situação externa de ansiedade em relação à gravidez.

A partir do momento em que há percepção da gravidez, seja de forma consciente ou inconsciente, instala-se a vivência básica da gravidez que é a ambivalência.

Desde cedo, logo a partir do segundo mês, aparecem as náuseas e os vômitos que se manifestam geralmente de manhã após o acordar. Existem muitas teorias mas a mais conhecida acerca destes sintomas é a de que as náuseas e os vômitos se devem à rejeição da gravidez. Segundo Soifer (1986) foi comprovado clinicamente a coincidência das náuseas e dos vômitos com a ansiedade causada pela incerteza da existência ou não de gravidez.

Durante o segundo e terceiro mês dá-se a formação da placenta que também gera algumas ansiedades, porque reactiva fantasias de roubo e esvaziamento.

1.2. *Segundo trimestre*

É no segundo trimestre que aparecem os primeiros movimentos fetais, a percepção dos movimentos fetais pode aparecer cerca dos três meses e meio, no entanto geralmente aparece por

volta dos cinco meses. Mas também pode acontecer que esta percepção só se dê no sexto ou mesmo no sétimo mês; neste caso diz-se que houve embotamento da percepção que se deve à negação. Estas distorções da percepção por negação ou por projecção, juntamente com as suas respectivas fantasias, exprimem um profundo estado de ansiedade que é comum a todas as grávidas. A ansiedade perante a percepção dos movimentos aparece conscientemente de várias maneiras: temor ao filho disforme, medo de morrer no parto ou angústia do próprio corpo disforme e medo de ficar assim.

As reacções em relação às alterações corporais são muito variadas podendo ir desde sentimentos de orgulho pelo corpo grávido, num extremo, até ao outro extremo que é a sensação de que o corpo está deformado.

Os sintomas orgânicos neste período vão desde as náuseas às dores musculares, às câimbras, perdas ocasionais, enxaquecas, constipação ou diarreia, hipertensão ou hipotensão e lipotímias transitórias e ocasionais.

É a partir dos cinco meses que se dá a instalação franca dos movimentos que vem acompanhada de uma percepção maior das contracções uterinas fisiológicas da gravidez. Estas contracções provocam novos acessos de ansiedade que reactivam as fantasias referidas anteriormente.

A ambivalência neste segundo trimestre pode manifestar-se na interpretação dos movimentos fetais de várias maneiras: a mulher sente alívio ao sentir os movimentos uma vez que isso é sinal de que o feto está vivo, e sente-se ansiosa quando não os sente pelo temor de que algo não esteja bem.

1.3. *Terceiro trimestre*

É o período em que a mulher se prepara para a separação que ocorre no momento do parto. O nível de ansiedade eleva-se com a proximidade do parto, e torna-se especialmente agudo nos dias que antecedem a data prevista, intensificando-se ainda mais se esta data fôr ultrapassada. Sentimentos negativos podem facilmente ser disfarçados em desconforto físico e possíveis expectativas desagradáveis da experiência do parto.

A partir do sétimo mês pode dar-se a inversão interna que coloca a criança de cabeça para baixo. A percepção destes movimentos provoca

uma intensa crise de ansiedade que é totalmente inconsciente e se traduz de diferentes formas tanto a nível psíquico como somático. Se a crise de ansiedade for muito intensa, os músculos pélvicos podem contrair-se de tal modo que não permitem a inversão normal. Normalmente esta crise de ansiedade corresponde a fantasias de esvaziamento.

O oitavo mês pode mesmo ser o período mais desconfortável da gravidez, uma vez que o bebé aí já atingiu o seu tamanho máximo, mas ainda não encaixou no pélvis, pronto para ser expulso. A mulher pode sentir que as suas veias estão inchadas, que lhe é difícil tomar fôlego.

Quando a gravidez se aproxima do termo, voltam a aparecer crises intensas de ansiedade conscientes e em que é expresso o temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, por forceps ou cesariana, ao filho disforme e à morte do filho.

2. O PARTO

Tal como a gravidez, o parto é um momento crítico na vida da mulher marcando o início de uma série de mudanças. No entanto, enquanto que as mudanças durante a gravidez são lentas e graduais, no parto as mudanças são intensas e bruscas. Verifica-se uma rápida e nova transformação do esquema corporal, alterações profundas do ritmo e da rotina familiar com a vinda do bebé e dá-se a separação de dois seres que anteriormente estavam unidos.

O imprevisível, o incontrolável e o desconhecido são características que fazem do parto um momento crítico e no qual surgem muitas ansiedades.

3. O PUERPÉRIO

É um processo de reconhecimento que desperta profundas ansiedades pois graças a ele se delimitam as fantasias surgidas durante a gravidez sobre a realidade presente. Se as fantasias inconscientes em relação ao filho foram muito intensas, continuarão em certa medida vigentes dificultando o reconhecimento.

O puerpério corresponde ao período de tempo que se segue ao parto, durante o qual o útero retoma o seu volume normal e se inicia a lactação.

A perda de sangue originada pela remoção do endométrio reactiva ansiedades relacionadas com a menstruação e correspondentes medos pela integridade do órgão. A este fenómeno vêm-se juntar as sensações resultantes da percepção das contracções de retracção.

Uma das maiores ansiedades deste período é a ansiedade ligada à lactação, a de ter ou não leite. Sabemos que a lactação é influenciada pelas emoções através de mecanismos psicossomáticos. A calma, confiança e tranquilidade favorecem um bom aleitamento enquanto que o medo, depressão, tensão, dor, fadiga e ansiedade podem provocar o seu fracasso. Um ambiente favorável que transmita apoio e encorajamento é indispensável à jovem mãe.

4. A GRAVIDEZ DE RISCO

Tradicionalmente, a gravidez e o parto foram desde sempre considerados como processos fisiológicos naturais, que deveriam acontecer sem problemas para a mãe e para o feto. Contudo, sabemos bem que tanto um como outro podem ser motivo de complicações sérias que, infelizmente, podem conduzir a um aumento da morbidade e mortalidade materno-fetal.

Em sentido médico, e muito sinteticamente, a Gravidez de Alto Risco prende-se com a incidência de patologia de qualquer tipo durante a gravidez, parto ou pós-parto que pode pôr em risco o feto, a mãe ou ambos. No campo psicológico a Gravidez de Alto Risco tem a ver com as dificuldades emocionais da mulher, com a sua instabilidade afectiva, com os seus desejos, fantasias e vivências.

5. MORTE FETAL

A morte fetal é um acidente no qual o feto, por motivos vários, morre. A morte fetal distingue-se do aborto espontâneo na medida em que a mulher guarda dentro de si o feto morto antes de o expulsar. Clinicamente consideram-se mortes fetais os casos em que há paragem de toda a actividade cardíaca fetal a partir de 180 dias de gestação ou 28 semanas após o início da amenorrea.

A experiência de perda é não só do bebé mas

também de todas as esperanças e expectativas que ambos os pais criaram, bem como da nova imagem do ser que foi elaborada ao longo da gravidez.

Este acidente nem sempre é descoberto imediatamente após ter ocorrido, muitas vezes só é detectado alguns dias depois e durante este tempo a mulher traz dentro de si uma criança morta. Perante o facto de que a criança morreu só há duas saídas possíveis: ou esperar pelas contracções que podem vir só uma ou duas semanas mais tarde, ou fazer a indução do parto.

Um aspecto interessante nos casos de morte fetal é que só muito raramente se encontram causas fisiopatológicas para a morte do feto, e além disto existe de modo relativamente frequente um aspecto repetitivo: o acidente está associado a mortes fetais anteriores, a abortos ou partos prematuros sucessivos ou a história anterior de esterilidade.

É com base nestes aspectos que podemos supor que em determinados casos de morte fetal a causa é psicológica. Várias hipóteses têm sido levantadas mas nenhuma delas foi comprovada: vão desde o considerar que a morte do feto ocorreu por falta de desejo por parte da mãe até ao extremo de considerar que é o feto que não quer viver passando pela hipótese de que se trata de uma perturbação da interacção relacional da mãe com o feto.

Independentemente da causa da morte do feto, o que interessa é que esse acontecimento vai originar uma reacção de sofrimento emocional que requer ajustamentos psicológicos, familiares e individuais, difíceis de serem aceites e vividos. Embora a morte de um bebé possa aproximar os casais, ela introduz tensões na relação que podem ser demasiado graves para se conseguirem ultrapassar. A experiência de perda de um bebé tenderá a projectar a sua sombra sobre o que se passará no futuro. Há uma tendência normal para comparar o andamento de uma gravidez com o de gravidezes anteriores. Se a gravidez anterior teve um fim infeliz, isso vai ensombrar a perspectiva da gravidez seguinte. Uma mulher que tenha passado por uma experiência de ter um bebé morto, que se sente responsável ou culpada por isso, pode transferir essa culpa para a gravidez seguinte e ficar ansiosa com medo de ter um trabalho de parto horrível,

de dar à luz um bebé que não seja normal ou de o perder.

Uma maneira vulgar de lidar com o medo e a ansiedade de repetir uma experiência que anteriormente foi má é tentar afastar os pensamentos dela.

Os processos envolvidos no luto sadio vão conduzir a uma retirada do investimento emocional do objecto perdido para que possa haver um outro investimento num novo objecto. É, por esta razão, indispensável que os pais, particularmente a mãe, façam um trabalho de luto.

A possível criança que vem a seguir encontra-se à partida numa posição muito difícil, ela é antes de mais um sobrevivente, torna-se um ser reparador e é investida como tal. Para além disto é ela que vai ser confrontada com o bebé imaginário, podendo mesmo a ser confundida com o bebé morto.

Quando acontece uma nova gravidez após morte fetal ela vai ser acompanhada da lembrança do acidente, este está presente no espírito dos pais mas também no dos médicos que consideram esta nova gravidez como alto risco. Em obstetrícia estas gravidezes são objecto de um seguimento particular que deve iniciar-se mesmo antes da concepção da criança. Durante estas gravidezes a angústia é frequentemente importante e muitas vezes sem proporção com a realidade clínica. Apesar disso parece haver nestas situações uma maior frequência de complicações obstétricas. Por exemplo, a ameaça de expulsão prematura é duas vezes mais frequente, a prematuridade é cinco vezes mais frequente e o baixo peso à nascença quatro vezes mais frequente.

6. O OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo deste trabalho é investigar as ansiedades que surgem durante a gravidez, parto e puerpério em mulheres que tiveram uma gravidez considerada de risco por antecedentes de morte fetal, comparando-as com as das mulheres que tiveram uma gravidez normal.

7. HIPÓTESES

H1 - O grupo de risco apresenta um nível de

ansiedade perinatal significativamente mais elevado que o grupo normal

H2 - O grupo de risco apresenta ansiedades perinatais qualitativamente diferentes do grupo normal.

8. SUJEITOS

Ambos os grupos foram constituídos por 6 mulheres com as seguintes características: ausência de filhos vivos, nacionalidade portuguesa, raça branca, idade entre os 18 e 40 anos, gravidez a termo, desejada, seguida, ausência de doença física ou psiquiátrica grave, coabitação com o companheiro, saber ler e escrever, nível social tipo II, III ou IV, bebé saudável com índice de Apgar > 8 ao 1.º minuto, tempo de recuperação mãe/bebé > 24 horas, parto distócito e tipo de anestesia.

9. MATERIAL

O material utilizado neste estudo foi uma ficha de informação onde tomámos nota dos dados dos sujeitos, uma entrevista semi-directiva e uma escala de ansiedades perinatais, a Perinatal Anxieties and Attitudes Scale (Field, 1981) que avalia as ansiedades referentes às diferentes fases da maternidade e é repartida por 6 áreas: relativas a si própria, ao feto, ao parto, ao pós parto, ao puerpério e ao estabelecimento da gravidez.

10. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

10.1. *Análise das entrevistas*

Comparando os dois grupos quanto ao tipo de ansiedades a grande diferença que surge é que no GR a ansiedade dominante relaciona-se com o medo de ter nova morte fetal. O medo de ter uma morte fetal não aparece no GN. A par deste tipo de ansiedade surge na maioria das mulheres, quer num grupo quer noutro, o medo relacionado com o desenvolvimento do bebé e deficiências, e o medo relacionado com o parto: medo do parto

como acontecimento desconhecido, medo das dores e medo que o bebé não viesse bem. Só no GR é que aparece uma mulher com medo que o bebé nascesse morto.

Relativamente às ansiedades associadas aos movimentos fetais os resultados são semelhantes nos dois grupos: apenas uma mulher do GR e duas do GN mostram ansiedade referindo o empurrar, os pontapés e os movimentos como algo estranho no início.

Quanto ao aleitamento também não há grandes diferenças: apenas uma mulher do GR e uma do GN referem a preocupação por ter pouco leite e outra do GN acha que tem o leite fraco.

Apenas uma mulher do GN mostra preocupação por ter de olhar pelo bebé no pós-parto.

10.2. *Análise da escala*

Quanto aos resultados globais da escala verificamos que existe diferença significativa entre os dois grupos, mais especificamente, existe maior nível de ansiedade no grupo normal.

Na sub-escala das atitudes e ansiedades em relação a si, em relação ao feto, em relação ao pós-parto e em relação ao estabelecimento da gravidez não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos.

Onde se encontram diferenças significativas é na sub-escala das atitudes e ansiedades em relação ao parto e em relação ao puerpério. O nível de ansiedade em relação ao parto é maior no grupo normal, enquanto que o nível de ansiedade relativa ao puerpério é maior no grupo de risco.

Para além da análise estatística da escala e pela observação directa dos resultados podemos dizer que o GN se manifesta mais ansioso em relação ao parto e seguidamente em relação a si do que em relação às restantes áreas da escala. Também o GR apresenta um nível de ansiedade maior na sub-escala relativa a si, que se destaca de todas as outras. Esta sub-escala das atitudes e ansiedades relativas a si aparece como sendo a mais elevada no GR e a segunda mais elevada no GN, não havendo diferenças significativas entre os dois grupos.

11. CONCLUSÕES

Quanto ao nível de ansiedade global obtive-

mos um resultado oposto ao por nós esperado, ou seja, o GN apresentou um nível de ansiedade significativamente maior que o GR. Uma das possíveis razões para que isto tenha acontecido é que a Perinatal Anxieties and Attitudes Scale avalia as ansiedades perinatais no pós-parto antes de as mulheres terem contacto prolongado com os seus bebés. Embora as mulheres do GR tenham tido uma gravidez de risco por várias mortes fetais anteriores, elas fizeram uma avaliação da sua ansiedade perinatal «fora» da situação de risco, isto é, depois de finalmente terem conseguido levar até ao fim a sua gravidez. Após o parto há um alívio da tensão vivida durante a gravidez, a mulher já não precisa de ter medo da repetição de um acidente porque o seu bebé já nasceu. Então, depois de ultrapassada toda a tensão da gravidez e de esta ter tido um resultado positivo pode haver uma atenuação importante das ansiedades perinatais que ao serem avaliadas pela mulher dão um resultado mais baixo do que se teria obtido se tivessem sido avaliadas durante a gravidez.

Estes resultados podem também ter a ver com os mecanismos de defesa postos em jogo durante a gravidez. Como sabemos, toda a gravidez é geradora de ansiedade e da gestão desta, que é feita pelos mecanismos de defesa, depende o desenrolar da gravidez. J. Justo (1990) fez um estudo sobre mecanismos de defesa em mulheres grávidas e chegou à conclusão que os mecanismos de defesa utilizados por mulheres com gravidez de risco são diferentes dos mecanismos de defesa utilizados por mulheres com gravidez normal e diferentes dos mecanismos de defesa utilizados por mulheres não grávidas. Segundo ele, as mulheres com gravidez de risco reduzem ao mínimo o uso dos mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o objecto externo e os mecanismos que justificam a expressão da agressividade face a objectos externos na medida em que esses objectos são vivenciados como destruidores ou perseguidores. A mulher grávida ao sentir-se ameaçada pelo risco reorganiza os seus mecanismos de defesa de forma a reprimir qualquer vivência impulsiva de tipo agressivo e anulando a vivência de possíveis conflitos psicológicos. Podemos supor que as mulheres do nosso GR tenham posto em acção mecanismos de defesa mais adequados à situação de risco durante esta gravidez e que por

isso a tenham conseguido levar até ao fim com um nível de ansiedade mais baixo. Possivelmente nas gravidezes anteriores as mulheres não conseguiram pôr em jogo os mecanismos de defesa mais adequados à sua situação de gravidez e talvez os níveis de ansiedade elevados tenham contribuído para novo acidente. Ao passarem por vários mortes fetais os mecanismos de defesa foram-se adaptando até chegarem aos mais adequados para aguentar a gravidez e reduzir a ansiedade como aconteceu nesta última gravidez.

Além destas hipóteses explicativas para os resultados globais há ainda a considerar que a primeira gravidez é sempre um desafio à adaptação da mulher como pessoa no seu equilíbrio, onde se projectam as suas ansiedades, as suas defesas e as suas fantasias. Ora, enquanto que no GR todas as mulheres tinham passado por várias gravidezes (se bem que mal sucedidas), no GN todas as mulheres viveram a sua primeira gravidez; a primeira experiência só por si justifica um nível de ansiedade maior do que o das mulheres que já estiveram grávidas várias vezes.

Estas hipóteses podem explicar os níveis mais baixos de ansiedade no GR, mas também podem explicar os resultados semelhantes obtidos nas sub-escalas em que não se encontraram diferenças significativas entre os dois grupos: relativa a si, ao feto, ao pós-parto e ao estabelecimento da gravidez.

Ainda no que se refere à escala, a sub-escala relativa ao parto também apresenta um resultado inverso ao que nós esperávamos, ou seja, há um nível de ansiedade maior no GN. Por um lado este resultado pode ter a ver com o facto de as mulheres do GR poderem estar mais preocupadas com a repetição de uma morte fetal (como se observa pela análise das entrevistas) do que com o parto em si. Por outro lado pode ter a ver com a expectativa de como iria ser o parto. Todas as mulheres do GR souberam durante a gravidez (umas mais cedo que outras) que iam fazer cesariana o que as levou de certo modo a prepararem-se para essa situação, enquanto que no GN as mulheres só souberam que iam fazer cesariana mesmo em cima da altura do parto o que não lhes permitiu elaborar tão bem as ansiedades relativas a essa situação. Não nos podemos esquecer de outro aspecto importante nesta questão que tem a ver com o facto de todas as mulheres

do GR terem passado por várias mortes fetais, o que implica que todas elas tenham já passado por situações de «parto». Tal como foi referido na parte teórica relativa à morte fetal, nestas situações o feto morre no útero e aí permanece até que alguém (a mulher ou o médico) se dê conta disso. Isto implica que o feto tenha de ser expulso e essa expulsão pode ocorrer naturalmente, através das contracções que podem vir só depois de uma ou duas semanas, ou através da indução do parto.

Assim sendo, para além das mulheres do GR saberem à partida que iam fazer cesariana, elas tinham já vivido uma ou mais situações de trabalho de parto e parto. É natural que pelo facto de estas mulheres terem já passado por estas situações a sua ansiedade seja menor que a ansiedade das mulheres do GN que passaram pela primeira vez pela situação de parto.

A única sub-escala em que a nossa hipótese se confirmou foi a relativa ao puerpério. Nesta sub-escala o GR apresentou um nível de ansiedade significativamente mais elevado que o GN. Na parte teórica deste trabalho relativa à morte fetal descrevemos várias causas possíveis para a morte do feto no útero, dentro das quais se destaca uma possível perturbação da interacção da mãe com o feto. Podemos supor que nesta última gravidez com sucesso tenham sido postos em jogo mecanismos de defesa para ajudar as mulheres a lidar com essa situação de modo a tentar evitar nova morte fetal. Possivelmente essa perturbação de interacção que não se manifestou de forma tão intensa durante a gravidez poderá repercutir-se no puerpério já que essas mulheres apresentam nessas sub-escala um nível de ansiedade muito mais elevado do que as mulheres que tiveram uma gravidez normal – o que poderá prever algumas dificuldades de adaptação da mulher ao bebé.

No que se refere ao tipo de ansiedades que quizemos investigar através das entrevistas encontramos nos dois grupos as ansiedades que normalmente aparecem em todas as gravidezes: ansiedades relacionadas com a gravidez em si mesma, com o desenvolvimento do bebé, com os movimentos fetais e especialmente com o parto. A grande diferença é que para além destas ansiedades aparece desde o início da gravidez, nas mulheres com gravidez de risco, o medo da repetição da morte fetal. Este medo mantém-se du-

rante toda a gravidez e só termina no parto pois é o momento em que a mulher vê o seu filho e tem a certeza de que está vivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1985). *Apego e perda. Vol. 3: Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Brousselle, A. (1976). La mélancolie puerpérale. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6, 1097.
- Coimbra de Matos, A. (1984). A perda e a tristeza. In *Psicopatologia Dinâmica (Notas sobre Psicoterapia)*. *Jornal Médico*.
- Coimbra de Matos, A. (1986). O luto do objecto arcaico. In *A necessidade de retaliação*. *Jornal Médico*, 2164, 415-416.
- Coimbra de Matos, A. (1989a). O luto da desidealização do objecto. In *Adolescência – Tempo de Mudança*. *Jornal Médico*, 2302, 299-300.
- Coimbra de Matos, A. (1989b). Luto e depressão. In *Adolescência – Tempo de Mudança*. *Jornal Médico*, 2319, 21.
- Coimbra de Matos, A. (1989c). O luto do objecto desarmante. In *Adolescência – Tempo de mudança*. *Jornal Médico*, 2335, 524.
- Coimbra de Matos, A. (1990). O luto inacabado do objecto idealizado. In *Reflexões sobre Psicopatologia e Psicoterapia*. *Jornal Médico*, 2375, 289.
- Cordeiro, J. D. (1986). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cornet, H. (1972). Le deuil impossible. *Revue Française de Psychanalyse*, 5-6, 1113-1116.
- Deutsch, H. (1949). *La psychologie des femmes. Vol. II: Maternité*. Paris: PUF.
- Dubois, J. (1976). A gravidez de alto risco. *Jornal Médico*, 1720, 228.
- Fénelon, J. (1979). Deuil, nostalgie, souvenir. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 625.
- Ferreira, L., Góis, G., Faria, C., & Correia, M. J. (1990). O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. *Análise Psicológica*, 8 (4), 399-402.
- Freud, S. (1915). Duelo y melancolia. In *Obras Completas (Vol. XCIII, p. 2091)*.
- Gauthier, J., Molenat, F., Mangin, P., & Dudan, E. (1985). Grossesse et vulnérabilité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 33 (2-3), 95-102.
- Geahchan, D. (1968). Deuil et nostalgie. *Revue Française de Psychanalyse*, 30 (1).
- Justo, J. (1986). *Introdução ao estudo da organização defensiva na mulher grávida*. Lisboa: FPCEUL.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 8 (4), 371-376.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Ed. Presença.

- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Le Lorzin, R. (1981). Deuil et maternité. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrice*, 4 (76), 297-304.
- Luz, T. (1975). Gestação de alto risco. Revisão de conceitos e tentativa de definição à luz da epidemiologia. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 3 (80), 105-108.
- Maldonado, M. T. (1988). *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Malinas, J. (1975). Gravidez de alto risco. *Jornal Médico*, 1658, 252-254.
- Mascoli, L. (1989). *Fantasia, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto distócito*. Estudo Monográfico efectuado no ISPA, Lisboa.
- Muller, G., Rodriguez, A., et al. (1976). Embarazo de riesgo elevado. *Rev. Obstét. y Gin. de Venezuela*, 3 (36), 505-512.
- Ody, M. (1985). Travail de deuil, représentation animique, représentation de chose. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 897.
- Ortega, J. M. F. (1984). Identificación del embarazo de alto riesgo. *Toko - Gin. Pract.*, 43 (487), 107-120.
- Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1978). Teenage pregnancy: psychosocial considerations. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 24 (4), 1161-1173.
- Pearson, J. (1975). Como proceder perante uma gravidez de alto risco. *Jornal Médico*, 1642, 184.
- Pedro, G. (1985). *A relação mãe-filho. Influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Ponciano, E. (1980). Como medir a ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 1 (2), 133-139.
- Quinodoz, J. M., Bahler, V., Charbonnier, et al. (1989). Contributions des psychanalistes de Suisse Romande aux problèmes de l'angoisse de séparation, de la perte de l'object et du deuil. *Revue Française de Psychanalyse*, 1.
- Roy, J., Molenat, F., Viala, J., Laffargue, F., & Visier, J. (1988). Grossesses survenant après une mort périnatale. *Journal Gynecologie Obstet. Biol. Reprod.*, 17, 75-82.
- Rudigoz, R. C., Revillard, J. P., et al. (1986). Table ronde: La mort du foetus in utero. *Revue Française Gynécologie Obstétrice*, 11 (81), 613-626.
- Scott, W. C. (1965). Deuil et manie. *Revue Française de Psychanalyse*, 29 (2-3).
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e pós-parto. *Análise Psicológica*, 8 (4), 389-398.
- Valverde, B. (1983). Alto risco em obstétrica. Gestação de alto risco. *O Médico*, 1643 (107), 118-122.
- Valverde, B., Vieira, A., et al. (1987). O perfil biofísico na gravidez de alto risco. *O Médico*, 1860 (117), 571-577.
- Vlaaderen, W., & Treffers, P. (1987). Prognosis of subsequent pregnancies after recurrent spontaneous abortion first trimester. *Br. Med. Journal*, 6590 (295), 92-93.

RESUMO

O objectivo do estudo foi o de comparar quantitativamente e qualitativamente as ansiedades perinatais de mulheres com gravidez de risco por antecedentes de morte fetal com as ansiedades perinatais de mulheres que tiveram uma gravidez normal.

Para tal utilizámos uma entrevista e uma escala de ansiedades perinatais (PASS) nas 24 a 48 horas pós-parto em dois grupos de mulheres cada um com 6 sujeitos.

A entrevista mostrou-nos que o tipo de ansiedades é o mesmo nos dois grupos de mulheres e que são as mesmas ansiedades descritas por todos os autores que se interessam por estas questões da maternidade. A grande diferença entre os dois grupos é feita pelo «risco» da gravidez. As mulheres do grupo de risco vivem a gravidez desde o seu início até ao parto com a preocupação de poderem ter nova morte fetal (como se tivessem medo da sua própria incapacidade de serem mães).

Através da análise da escala podemos dizer que a única área em que as mulheres com gravidez de risco tiveram um nível de ansiedade significativamente maior que as mulheres com gravidez normal foi a do puerpério, que nos fez apontar dificuldades a nível da identificação com o feto e com a figura materna durante a gravidez que se repercutirão no puerpério por dificuldades a nível da maternidade, sobretudo a nível da relação mãe-bebé.

Palavras-chave: Ansiedades perinatais, gravidez, morte fetal.

ABSTRACT

The goal of the study is to compare quantitatively, as well as qualitatively, the perinatal anxieties of women suffering of hazardous pregnancy due to a history of fetal death, to the perinatal anxieties of women who have had a normal pregnancy.

To accomplish this we used an interview and a scale of perinatal anxieties (PASS), on two groups of six women during the 24 to 48 post-labor hours.

The interview showed us that the type of anxieties is the same in the two groups of women and all are similar to the anxieties described by all the authors that are interested by the matters of maternity. The great difference between the two groups has its cause in the

risk of the pregnancy – since the beginning until labor – with the worry of having another fetal death (as if they were afraid of their own incapacity of becoming mothers).

Through the analysis of the scale, we can say that the only area where women with a hazardous pregnancy had a substantially higher level of anxiety, when compared to women with a normal pregnancy, was the

puerperium, which suggested difficulties in what concerns the identification with the fetus and with the mother figure during pregnancy; these situations will have repercussions over the puerperium in the form of difficulties in motherhood, particularly in the mother-baby relationship.

Key words: Perinatal anxieties, pregnancy, fetal death.