



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PREMATURIDADE E DESENVOLVIMENTO: O PERFIL COMPORTAMENTAL DE UM GRUPO DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ- ESCOLAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Andreia da Silva Pinho

Porto, julho 2017



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PREMATURIDADE E DESENVOLVIMENTO: O PERFIL COMPORTAMENTAL DE UM GRUPO DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ- ESCOLAR

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

Andreia da Silva Pinho

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, julho 2017

*“E a vida não vai parar,
Vai como o vento,
Tens tudo a dar, não percas tempo
Podes saber que vais chegar
Onde Deus te levar”*

*Dedico esta dissertação às minhas três estrelinhas, sinto a vossa falta diariamente.
Espero que este percurso vos tenha deixado orgulhosos de mim, como sempre tive de vocês!*

Agradecimentos

Aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós por sempre me apoiarem na concretização do meu sonho e por acreditarem em mim, mesmo quando eu já não acreditava. Obrigada por me proporcionarem esta etapa da minha vida. Obrigada por estarem sempre presentes e me tornarem na pessoa que sou hoje! Obrigada por serem a melhor família que podia pedir! Amo-vos.

À Cátia, por me mostrar o verdadeiro significado da amizade e por estar constantemente presente apesar de termos seguido caminhos diferentes! Obrigada por esta amizade e por tudo o que fazes por mim e pela nossa amizade!

À Patrícia e à Marta, por todo o companheirismo e amizade desenvolvida ao longo destes cinco anos. Obrigada por toda a ajuda, por todos os incentivos e por sempre acreditarem no meu potencial. Levo-vos comigo para a vida!

À Cristiana, por todos estes anos de amizade. Obrigada por sempre acreditares no meu potencial, sempre me incentivares a dar o meu melhor e por sempre acreditares em mim! Obrigada por tudo!

Ao meu príncipe, por teres apenas dois anos e teres sido um dos meus maiores suportes durante este percurso, mesmo sem saberes, conseguias colocar-me um sorriso na cara e dar-me força para o caminho que ainda tinha pela frente. Obrigada à Vânia, à D. Lurdes e à restante família, por me apoiarem neste longo percurso e sempre me ouvirem, por estarem sempre prontas a ajudar em tudo e sempre acreditarem nas minhas capacidades.

À Professora Elisa, por todo o conhecimento, por toda a calma e profissionalismo transmitido. Obrigada por toda a ajuda e sempre se mostrar disponível. É uma profissional de referência.

À Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, por todo o conhecimento transmitido ao longo destes 5 anos. Obrigada a todos os professores que estiveram presentes ao longo deste percurso, levo um bocadinho de cada um e espero um dia conseguir ser uma psicóloga tão boa quanto vocês são.

Prematuridade e Desenvolvimento: O Perfil Comportamental de um grupo de crianças em idade Pré-escolar

RESUMO

Sendo que o número de prematuros tem aumentado nos últimos anos, tornou-se pertinente estudar as consequências são apresentadas em crianças com idade pré-escolar, sendo que é uma idade de bastantes mudanças na sua vida. **Objetivo:** pretendeu-se com este estudo caracterizar o perfil comportamental de um grupo de crianças com muito baixo peso e extremo baixo peso e explorar a relação entre este perfil e fatores de risco biológico e ambiental. **Procedimentos e participantes:** utilizaram-se dois instrumentos, a *Child Behavior Checklist* (CBCL) e a Escala de Desenvolvimento de *Ruth Griffiths* (EDMRG), para a obtenção do perfil comportamental e desenvolvimental das crianças. A amostra é constituída por 16 crianças, sendo 9 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. **Resultados:** As crianças apresentam valores normativos ao nível do perfil comportamental e desenvolvimental. Relativamente às crianças com menos de 100gr e com mais de 100gr foi possível observar que não existe associação a problemas de externalização. Em relação às habilitações dos pais, profissão e idade dos mesmos não se observou associação a problemas de comportamento.

Palavras-Chave: Prematuridade. Problemas de Comportamento. Problemas de Desenvolvimento

Prematuridade e Desenvolvimento: O Perfil Comportamental de um grupo de
crianças em idade Pré-escolar

ABSTRACT

Since it is the number of premature infants has increased in recent years, it has become pertinent to study how consequences are presented in pre-school children, being that it is an age of quite a few changes in their life. **Objective:** The aim of this study was to characterize the behavioral profile of a group of very low weight and low weight children and to explore a relationship between this profile and biological and environmental risk factors. **Procedures and participants:** Two instruments, a Child Behavior Checklist (CBCL) and a Ruth Griffiths Developmental Scale (EDMRG), were used to obtain the role and experimental experiences of children. A sample comprised of 16 children, 9 of whom were female and 7 were males. **Results:** As children free of normative values, take on the role of work and develop. In relation to children less than 100gr and over 100gr, it was possible to observe that there is no association with externalization problems. Regarding the parents' qualifications, profession and age, there is no association with behavioral problems.

Key-words: Prematurity. Behavior Problems. Development Issues.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Teórico	2
1. Prematuridade.....	2
1.1. Definição.....	2
1.2. Etiologia.....	3
2. Risco para o desenvolvimento	3
2.1. Problemas de desenvolvimento.....	3
2.2. Problemas de Comportamento.....	5
3. Impacto da condição da prematuridade nos pais.....	7
II. Metodologia.....	12
2.1. Objetivos Especificos	13
2.2. Hipóteses	13
2.3. Instrumentos	14
2.4. Caracterização da amostra	18
2.5. Procedimentos na recolha de dados	22
2.6. Procedimentos no tratamento de dados.....	23
III. Resultados	23
3.1. Caracterização o perfil desenvolvimental.....	23
3.2. Caracterizar perfil comportamental	24
3.3. História clinica e Perfil Comportamental.....	26
3.4. Crianças com extremo e muito baixo peso e Problemas de Externalização 27	
3.5. Perfil Desenvolvimental e Perfil Comportamental	27
3.6. Habilitações Literárias dos Pais e Perfil Comportamental.....	28
3.7. Profissão dos Pais e Perfil Comportamental	29
3.8. Idade Pais e Perfil Comportamental.....	30
IV. Discussão.....	30
V. Conclusão	33
Referências bibliográficas:.....	35

Índice de Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde.

RNEBP – Bebés com extremo baixo peso.

RNMBP - Bebés de muito baixo peso.

QI – Quociente de Inteligência

CBCL - *Child Behavior Checklist*.

EDMRG- Escala de Desenvolvimento de *Ruth Griffiths*

IG – Idade de Gestação.

IC – Idade Cronológica

TI – Tempo de Internamento.

NSE – Nível Socioeconómico

IP – Intervenção Precoce.

PI – Problemas de Internalização

PE – Problemas de Externalização

PIE – Problemas de Internalização e Externalização

Índice de Tabelas

Tabela 1 Caracterização das crianças	18
Tabela 2 Dados Sociodemográficos: Habilitações Literárias dos Pais	20
Tabela 3 Dados Sociodemográficos: Profissão dos Pais	21
Tabela 4 Dados Sociodemográficos dos pais agrupados.....	21
Tabela 5 Caracterização do Perfil Desenvolvidor	24
Tabela 6 Caracterização do perfil comportamental	25
Tabela 7 Associação entre a História Clínica da Criança e o seu Perfil Comportamental	26
Tabela 8 Associação entre crianças com extremo e muito baixo peso com problemas de externalização	27
Tabela 9 Associação entre o Perfil Desenvolvidor da Criança com o Perfil Comportamental	28
Tabela 10 Associação entre as Habilitações Literárias dos Pais com o Perfil Comportamental das Crianças	28
Tabela 11 Associação entre a Profissão dos Pais e o Perfil Comportamental das Crianças	29
Tabela 12 Associação entre a Idade dos Pais e o Perfil Comportamental das Crianças	30

Introdução

O estudo da prematuridade é bastante pertinente uma vez que a percentagem de nados vivos de baixo peso (> 2500 gramas) aumentou entre 2008 e 2013, passando a representar 8.7% do total de nascimentos com vida ocorridos em 2013. Relativamente aos nados vivos prematuros (com menos de 37 semanas) houve um decréscimo de 8.9% para 7.8% (INE, 2014).

A prematuridade é um fator de risco para o desenvolvimento da criança, pois acarreta problemas físicos e psicológicos em que alguns são visíveis logo à nascença outros só com o desenvolvimento da criança é que começam a aparecer. O estudo realizado por Dias, Carneiro e Soares (2016) refere que a idade ideal para fazer avaliação a nível psicológico é a idade pré-escolar (e.g. Problemas de Comportamento), uma vez que é nessa altura que os problemas começam a ser evidenciados.

A prematuridade tem que ser vista a partir de uma visão sistémica e ecológica do desenvolvimento, uma vez que esta visão é útil para a perceção do impacto da prematuridade. Com isso, temos o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, que nos refere a influencia do ambiente no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1977) e o Modelo Desenvolvimental de *Guralnick*, que refere a existência de um melhor desenvolvimento da criança se os pais forem capazes de promover de forma positiva os padrões de interação familiar (Guralnick, 2001).

Partindo de uma visão ecológica do desenvolvimento humano que saliente o papel do contexto e das interações pais-filhos, o presente estudo pretende caracterizar o perfil comportamental de um grupo de crianças com muito baixo peso e extremo baixo peso e explorar a relação entre este perfil e fatores de risco biológico e ambiental.

I. Enquadramento Teórico

1. Prematuridade

1.1. Definição

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), 15 milhões de bebés nascem prematuros a cada ano e mais de 1 milhão de crianças morre anualmente devido ao nascimento prematuro.

Segundo a OMS (2012), a prematuridade pode ser definida como o nascimento de bebés antes das 37 semanas de gestação concluídas. A OMS centra-se nas semanas de gestação, contudo existe cada vez mais estudos que falam em dois critérios para a definição de prematuridade: o tempo de gestação (<37 semanas) e o peso do bebé no nascimento

Os bebés que nascem até às 28 semanas de gestação e pesam entre as 800 gramas e as 1000 gramas, são considerados bebés com extremo baixo peso (RNEBP). Estes bebés apresentam uma grande imaturidade nos órgãos e sistemas do corpo humano, sendo assim, estes bebés quando nascem necessitam de assistência médica imediata, sendo que esta pode durar vários meses.

Os bebés que nascem entre as 28 semanas e as 32 semanas de gestação, são considerados bebés de muito baixo peso (RNMBP), que pesam menos de 1500 gramas. Nestes bebés, a maior imaturidade ao nível do sistema do corpo humano é o sistema respiratório em que os bebés estão com a respiração assistida e pode durar várias semanas. Apesar do sistema respiratório nestes bebés ser um dos maiores problemas, eles continuam a não ter os órgãos e sistemas do corpo humano formados na sua totalidade, o que significa que vão necessitar de diversos cuidados médicos (Barros, 2001; Secção de Neonatologia e Sociedade Portuguesa do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012; OMS, 2012)

Por último, os bebés que nascem entre as 32 semanas e as 37 semanas com menos de 2500 gramas de gestação, necessitam também de assistência

médica ao nível da respiração, devido à imaturidade pulmonar ainda existente (Barros, 2001; Secção de Neonatologia e Sociedade Portuguesa do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012; OMS, 2012).

1.2. Etiologia

As causas para a prematuridade, podem ser múltiplas, sendo que existem dois fatores que influenciam: fatores físicos ou psicológicos.

Os fatores físicos podem ser: aspetos socioeconómicos, uma desnutrição da mãe, a idade tardia da gravidez, as doenças maternas como por exemplo complicações médicas nas gravidezes anteriores, infeções urinárias, problemas de saúde que ocorrem durante a gravidez e os fatores obstétricos durante a gestação, por exemplo a rutura das membranas (Ruiz, 2004).

Relativamente aos fatores psicológicos, estes são cada vez mais os responsáveis pelo nascimento prematuro dos bebés. Sendo que as causas mais apontadas são a ansiedade e o *stress* (Baião, 2008). Os fatores ambientais, como o clima social e o funcionamento familiar, são também fatores que podem influenciar a ocorrência de partos prematuros (Anderson & Doyle, 2003).

2. Risco para o desenvolvimento

2.1. Problemas de desenvolvimento

Sendo que uma das consequências de o bebé nascer prematuro, é a imaturidade cerebral, existem vários estudos que apontam que a médio e a longo prazo estes mesmos bebés podem vir a desenvolver problemas de desenvolvimento. Segundo Martinet (2008), estes problemas de desenvolvimento podem descrever-se em perturbações do comportamento alimentar, perturbações do sono, perturbações de comportamento, comportamentos agressivos e mais tarde podem chegar a dificuldades psicomotoras, emocionais e dificuldades escolares.

Em termos escolares, as crianças nascidas prematuras com menos de 32 semanas, apresentam problemas ao nível da atenção sustentada na tarefa, estes problemas manifestam-se a partir de respostas mais lentas e memória visoespacial mais baixa, (Elburg, Kieviet, Lafeber, & Oosterlaan, 2012), também são crianças que apresentam uma maior percentagem de inserção na Educação Especial, apresentam problemas ao nível do comportamento, apresentam também uma maior percentagem na retenção ou dificuldades de adaptação e apresentam um Quociente de Inteligência (QI) um pouco inferior (Kleine, Knots, Van Baar, & Vermaas, 2009). Ao nível da linguagem estas crianças também exibem dificuldades como: articulação da fala, competências de leitura e compreensão de instruções simples. (Milligan, 2010)

As implicações da prematuridade, não são só ao nível físico, o que faz com que os cuidados médicos e assistência médica prestada a estes bebés seja uma assistência/cuidados de longa duração, uma vez, que algumas destas implicações só mais tarde é que se torna possível detetar.

Apesar de existirem muitos fatores que podem trazer problemas para os recém-nascidos, contudo, já existem estudos que apontam para a não existência de problemas nos recém-nascidos prematuros. Fatores biológicos e ambientais, praticas médicas, a ausência ou presença de uma grande morbilidade neonatal influenciam os problemas que podem vir a surgir no recém-nascido. (Kumar et al., 2013)

A taxa de os bebés que nasceram prematuros sem problemas é de 27% devendo-se muito às práticas neonatais dos pais. As características à nascença (e.g. peso, idade de gestação (IG)) do recém-nascido é também de longe o que contribui para uma maior probabilidade de não haver problemas futuros (Gargus et al., 2009). Outro estudo, relata que a percentagem de recém-nascidos sem problemas neurodesenvolvimentais varia entre 29.5 a 71% (Kumar et al., 2013). Este mesmo estudo refere também que um terço dos recém-nascidos com extremo baixo peso não apresentam morbilidade alta, o que é um fator protetor para não terem problemas. Este estudo refere por último, que os esteroides antenatais têm um grande benefício para o recém-nascido, 33% dos recém-nascidos de extremo alto peso tinham resultados

intatos relativamente à cognição aos 30 meses nos testes realizados (Kumar et al., 2013).

2.2. Problemas de Comportamento

Quando falamos em “problemas de comportamento” estamos a referir-nos a um conceito bastante amplo, segundo Arpi, e Ferrari (2013), como a autorregulação do comportamento (e.g., comportamento hiperativo/agressivo), problemas de hiperatividade e défice de atenção, problemas de sono, problemas de alimentação, sensibilidade sensorial, ansiedade, depressão e sintomatologia somática. Sendo assim, torna-se difícil definir o conceito.

As crianças estão expostas a múltiplos fatores de risco, sendo a prematuridade um dos fatores que apontados, e mais propensas a experimentar problemas de internalização e externalização significativos, sendo assim torna-se importante na primeira infância existir uma avaliação dos mesmos. (Dias, Carneiro, & Soares, 2016). Segundo, o estudo de Dias, Carneiro e Soares (2016), o temperamento é considerado um dos fatores de risco para o surgimento de problemas de comportamento devido à falta de controlo da raiva, do controlo emocional, da irritabilidade, entre outros.

Estudos mostram que mães com crianças nascidas pré-termo, no período pós-parto caracterizam-nas por mais irritáveis, choronas e hipoativas (Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman & Krikler, 1994; Stjernqvist, 1993 cit in Carvalho, Linhares & Martinez, 2001). Um estudo realizado pela Secção de Neonatologia e Sociedade Portuguesa do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012), refere que os problemas mais frequentes em crianças que nasceram com muito baixo peso são: perturbações específicas da linguagem, perturbação da hiperatividade e défice de atenção, outras alterações de comportamento e labilidade emocional. Este estudo, também nos refere que estes problemas só são muitas vezes valorizados em idade escolar o que aumenta o risco de insucesso escolar Laucht, Esser & Schmit, (1997 cit in Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001) referem que grande parte das dificuldades apresentadas por estas crianças intensificam-se caso a criança tenha um alto risco médico (e.g. má formação genética, hemorragia

intracraniana, etc.).

Um estudo realizado por Gray, Infurkha, e McCormick (2004), que utilizou a CBCL (*Child Behavior Checklist*), refere que a prevalência de problemas em crianças prematuras com baixo peso é de 20% aos 5 anos. Este estudo, refere também que as crianças que nasceram prematuras têm uma maior prevalência de problemas de comportamento são as crianças que tiveram mãe fumadoras durante a gravidez e problemas psicológicos da mãe durante a gravidez.

O estudo de Carvalho, Linhares, e Martinez (2001), confirma que crianças que nasceram prematuramente com muito baixo peso (menos de 1500g) apresentam problemas de comportamento. Os comportamentos apresentados são a recusa escolar, a baixa capacidade de lidar com a frustração o que os autores relacionam com a tolerância da mãe aos comportamentos e à exagerada proteção e a baixa tolerância às exigências.

As mães e professoras caracterizam estas crianças com 5 anos de idade nascidas com baixo peso, utilizando a CBCL, como tendo um comportamento mais internalizante e problemas de atenção (Van Baar et al cit in Jong, Van Baar, & Verhoeven, 2012). Ou seja, estas caracterizam estas crianças como tendo comportamentos que não são tão manifestados (e.g. Ansiedade).

Estudos que analisam a predição do comportamento na fase pré-escolar de crianças nascidas prematuras, verificam que existem aspetos que são avaliados em diferentes etapas do seu desenvolvimento e que se relacionam com o seu comportamento aos cinco anos de idade (Linhares & Vieira, 2011). Etapas essas que se iniciam aos 12 meses de idade, com a avaliação do baixo tónus vagal cardíaco neonatal e da diminuída regulação emocional e aos dois anos de idade a diminuída regulação da atenção (Felmand, 2009), constituindo assim fatores de risco para problemas de comportamento.

Vários estudos que utilizaram a CBCL observaram problemas de comportamento em crianças com cinco anos de idade, sendo que 22% a 37%

são crianças nascidas com extremo baixo peso (De Groote et al., 2007; Woodward et al., 2009 cit in Vieira & Linhares, 2011) 60% são crianças nascidas com muito baixo peso e 13% são crianças com baixo peso (Espírito Santo, Portuguez, & Nunes, 2009).

Outros estudos, mostram que estas crianças nascidas com muito baixo peso (menos de 1500g) apresentam na adolescência um menor ajustamento emocional, sinais de depressão e ansiedade, agressividade e baixa autoestima, em dois contextos importantes – escolar e familiar. Os mesmos estudos referem ainda que podem ter um QI mais baixo e comportamento hiperativo (como já tinha sido referido noutros estudos) (Levy-Shiff et al., 1994; Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman, & Krikler, 1994 cit in Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001).

Os estudos de Stoelhorst et al. (2003) e Rautava et al. (2010 cit in Arpi & Ferrari, 2013) que utilizaram a CBCL referem também que quanto menor for a idade gestacional maior a probabilidade de as crianças terem problemas de comportamento, enquanto os estudos de Delobel–Ayoub et al. (2009); Baron, Erickson, Ahronovich, Baker, Litman (2011) e Grey, Indurkha, McCormick (2004 cit in Arpi & Ferrari, 2013) referem que não existe qualquer relação significativa.

Concluindo, os estudos não são unânimes quanto à presença de problemas de comportamento, visto que existem estudos que referem que crianças nascidas prematuramente apresentam problemas de comportamento, contudo, as percentagens não são unânimes e outros estudos referem que não existe relação entre a prematuridade e os problemas de comportamento.

3. Impacto da condição da prematuridade nos pais

Durante a gravidez o casal imaginou que o bebé ia ser perfeito – sem qualquer tipo de problema (Barradas, 2008). Contudo, quando um bebé nasce prematuramente todas as idealizações criadas pelos pais acabam por levar a um crescimento de sentimentos (e.g. angústia, revolta, tristeza). Ziegel & Crandley (1985 cit in Mittag & Wall, 2004), refere que quanto maior for a

discrepância entre a realidade e a fantasia criada pelos pais para o seu bebé, maior será a dificuldade em superar a situação. Os sentimentos sentidos pelos pais na altura do nascimento passam por tristeza, desespero, angústia, depressão, a não aceitação de o filho ser prematuro, o medo, a culpa e a traz mais aflição aos pais com a incerteza da sobrevivência do seu filho. (Barradas, 2008; Mittag & Wall, 2004; Silva & Silva, 2009). A culpa é um sentimento muito presente na vida destes pais, principalmente por parte da mãe (Mittag & Wall, 2004), visto que sente que a culpa do seu filho ter nascido prematuro passa pelos comportamentos adotados (Salvador, 2004).

A hospitalização de um recém-nascido constitui uma mudança enorme na vida de um casal, criando uma situação de crise familiar e uma fonte de *stress* e sofrimento para o casal (Esteves et al., 2012). Quando recebem a notícia que o seu filho tem que ser internado numa Unidade de Cuidados Neonatais (UCIN), os pais acabam por ter que fazer um luto da criança idealizada e submeter-se a uma rotina totalmente diferente à idealizada, passa a ser a rotina e as regras da UCIN (Mittag & Wall, 2004). Lamy, Gomes, e Carvalho (1997), Siefert (1994 cit in Mittag & Wall, 2004) e Veiga (2006), referem que os pais percebem a hospitalização como algo assustador, devido a ser um ambiente desconhecido e que acarreta é um momento de grande fragilidade para os pais, uma vez que os pais entram em choque com a notícia e que podem ter comportamentos como o abandono e a sensação de confusão, podendo chegar a ter comportamentos desadequados, como chorar sem controlo ou em extremo chegar a fugir. Esteves et al., (2012), acrescenta que esta hospitalização é vista como assustadora também porque os pais veem o seu bebé rodeado de máquinas.

Para além do impacto emocional que ocorre neste momento da hospitalização, estes pais passam por dificuldades no seu quotidiano e na rede de suporte. Segundo, Silva e Silva (2009) os pais ao nível do quotidiano passam por dificuldades bruscas e repentinas, sendo que a mãe é a mais afetada, uma vez que a sua atenção está a 100% no bebé, havendo um descuido do seu autocuidado tal como uma deterioração da relação. Segundo, Vasconcelos (2006) existem alterações na relação uma vez que existe

abdições de atividades e em alguns casos abandono do seu trabalho (e.g. mudanças comportamentais como falta de concentraão e alteraão do sono). Em relaão à rede de suporte, os profissionais de saude são uma grande fonte de suporte visto que transmitem confiaça e esperança de que a situaão vai ter um desfecho positivo para o bebé (Viana, 2005 cit in Esteves et al., 2012). Os amigos e familiares são vistos como rede de suporte (Esteves et al., 2012), contudo um estudo realizado por Mittag e Wall (2004), aponta que os pais não têm interesse em que outras pessoas visitem os filhos. Silva e Silva (2009) e Barradas (2008) referem que para além deste apoio informal, os outros pais que estão a passar pela hospitalizaão, são uma fonte importante de suporte, uma vez que pode existir o apoio mútuo, por estarem a vivenciar experiências semelhantes e porque sentem que não são os únicos a passar pela situaão e não se sentem sozinhos.

Ao longo da hospitalizaão, os sentimentos vão mudando principalmente após dias de hospitalizaão em que os pais já se comeam a habituar ao ambiente da UCNI neonatal, em que olhar para o bebé com todos os equipamentos acaba por ser tornar normativos e principalmente quando comeam a reconhecer melhorias no bebé, quando o mesmo “deixa” alguns dos equipamentos (Mittag & Wall, 2004). Esta mudança, também se deve ao facto de os profissionais do contexto hospitalar facilitarem a informaão da qual os pais necessitam para gradualmente irem percebendo o estado clinico do filho, como as práticas e cuidados a ter com o mesmo. O suporte do companheiro, é visto como muito importante devido ao seu apoio, sendo visto como uma estratégia para lidar com o *stress* (Veiga, 2006).

O pós-alta é também um momento de grande diversidade de sentimentos, visto que os pais se vêm sem os profissionais de saude a quem recorrer – sentindo-se desemparrados. Segundo Veiga (2006), os pais no momento do pós-alta sentem uma perceão de vulnerabilidade o que contribui para que exista ansiedade, esta deve-se ao receio que têm de que possa acontecer algo ao bebé. As tarefas realizadas junto do bebé, são de subproteção e subcontrolo, devido à sua perceão de um bebé vulnerável. No momento pós-alta, a dimensão conjugal é também afetada. O pai neste

momento, é um suporte à mãe em termos da vertente instrumental. (Veiga, 2006).

Em relação ao sistema familiar, é referido que existe restrições ao nível dos contactos sociais e das atividades de lazer. Porém, a família é vista como um elemento de apoio instrumental, no entanto, é pouco utilizado (Veiga, 2006).

A mãe acaba por ter exclusividade nos cuidados, acabando por se tornar uma dependência, havendo assim um sentimento de desgaste por parte da mesma. No entanto, o facto de o pai ajudar nas tarefas é percecionado como algo positivo (Veiga, 2006).

Um estudo (Bayer et al., 2008) informou que as expectativas inadequadas dos pais sobre uma criança entre 24 e 36 meses de idade não estão relacionadas ao PIE (Problemas de Internalização e Externalização). No entanto, outro estudo (Bayer et al., 2012) descobriu que as expectativas inadequadas de desenvolvimento de crianças de 24 a 36 meses e de 36 meses a 5 anos estão relacionadas ao aumento do PI (Problemas de Internalização), mas não ao PE (Problemas de Externalização). Esses dois artigos, embora sejam parte do mesmo estudo longitudinal, relatam diferentes participantes, o que pode ajudar a explicar diferentes resultados. No entanto, também é importante notar que em Bayer et al. (2012), as expectativas inadequadas de desenvolvimento incluíram dois períodos de tempo. Talvez aqueles pais que tenham alguma noção do que se espera de seus filhos em diferentes idades, tendem a ter mais expectativas para seus próprios filhos do que outros adultos poderiam ter - os pais podem esperar, por exemplo, um melhor comportamento dos seus próprios filhos, quando comparado com outras crianças.

Gleason et al. (2011 cit in, Dias, Carneiro, & Soares, 2016) refere que a preocupação dos pais sobre a saúde mental da criança aumenta o PIE (Problemas de Internalização e Externalização) e que os pais muitas vezes estão sob eminente acerca dos problemas das crianças, pois não estão conscientes do desenvolvimento normativo das crianças e que alguns problemas de comportamento são normativos em algumas idades (e.g. birras

aos 2-3 anos). Este estudo refere também que alguns pais têm uma visão mais negativa das situações uma vez que têm a tendência de se concentrar apenas no que é negativo.

As habilitações literárias, o nível socioeconómico (NSE) e a idade dos pais influenciam diretamente o desenvolvimento de PIE nas crianças (Dias, Carneiro, & Soares, 2016). Dias, Carneiro e Soares (2016) referem que as baixas habilitações literárias da mãe e do pai estão relacionadas com o aumento do PIE (Velders et al. 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016; Liu et al., 2014 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016 e Gleason et al., 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016). Relativamente à idade, o mesmo estudo refere que as mães mais jovens comparadas com as mais velhas relatam mais PIE (Velders et al. 2011 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016; LaGasse et al. 2013 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016; Two-mey et al. 2013 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016). Em relação aos pais, o estudo refere um nível NSE mais baixo, devido ao desemprego ou baixa literacia (Dias, Carneiro, & Soares, 2016)

É uma temática importante a abordar, uma vez que a criança não é um sistema isolado e que devemos ter em consideração os vários sistemas em que a mesma está inserida e uma vez que um dos instrumentos utilizados neste estudo é a CBCL, onde a mesma é preenchida consoante a perceção dos pais acerca das crianças.

Uma vez que a criança não é um sistema isolado devemos ter em conta o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e o Modelo Desenvolvimental de *Guralnick*, que nos fazem referência ao desenvolvimento da criança através de uma visão sistémica.

O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner faz referência à interação familiar e o quanto a mesma é importante para o desenvolvimento da criança. Este modelo refere três padrões de interação familiar, o primeiro padrão refere sobre a qualidade da relação entre pais e filhos (e.g. reciprocidade, calor afetivo, entre outras); o segundo sobre as experiências criança-família (e.g. brinquedos adequados à idade da criança, relacionamento com a rede social

da família, entre outras) e o último consiste em fornecer segurança (e.g. cuidados de saúde e proteção, entre outros) (Bronfenbrenner, 1977).

O Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner, defende que o ambiente influencia o desenvolvimento global da criança, sendo que esta influência pode ser positiva ou negativa ou seja, condicionando-o ou impulsionando o desenvolvimento. Este ambiente é constituído pelas relações e interações estabelecidas entre pessoas e/ou contextos

O Modelo Desenvolvimental de *Guralnick* refere que quando uma criança nasce com um risco desenvolvimental, existem quatro categorias de fatores causadores de *stress* que vão influenciar o desenvolvimento da criança, sendo eles a necessidade de informação das famílias (e.g. o diagnóstico e as implicações do mesmo); a afiliação interpessoal e familiar (e.g. estigma do diagnóstico, repensar nas prioridades familiares); a necessidade de cuidados e por último as ameaças de confiança (e.g. a capacidade de exercer o seu papel parental de forma eficaz) (Guralnick, 2001).

Resumidamente, o Modelo Desenvolvimental de *Guralnick*, refere-nos que famílias capazes de lidar de forma eficaz com os fatores causadores de *stress* vão promover de forma positiva os padrões de interação familiar e assim um melhor desenvolvimento da criança.

II. Metodologia

Tendo em vista as dimensões da prematuridade, os problemas de comportamento e o impacto da condição de prematuridade nos pais, o objetivo geral do estudo é caracterizar o perfil comportamental de um grupo de crianças com muito baixo peso e extremo baixo peso e explorar a relação entre este perfil e fatores de risco biológico e ambiental.

A metodologia utilizada é de natureza quantitativa de lógica hipotética-dedutiva.

2.1. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil desenvolvimental das crianças.
- Caracterizar o perfil comportamental das crianças
- Relacionar o perfil desenvolvimental com o perfil comportamental
- Relacionar a história clínica da criança (peso, tempo de internamento e idade de gestação) com perfil de comportamental
- Relacionar o estatuto socioeconómico (nível de escolaridade e profissão) dos pais com perfil comportamental das crianças.

2.2. Hipóteses

H0 – Não existe associação entre crianças com menos peso, idade de gestação mais baixa, com maior tempo de internamento apresentarem problemas de comportamento.

H1 – Crianças com menos peso, idade de gestação mais baixa, com maior tempo de internamento apresentam problemas de comportamento.

H0- Não existe associação entre crianças com extremo baixo peso apresentarem mais problemas de externalização.

H1- Crianças com extremo baixo peso apresentam problemas de externalização.

H0- Não existe associação entre crianças com muito baixo peso apresentarem mais problemas de externalização.

H1- Crianças com muito baixo peso apresentam problemas de externalização.

H0 - Crianças com maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento não apresentam problemas no seu perfil comportamental.

H1 - Crianças com maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento apresentam problemas no seu perfil comportamental.

H0 – Não existe associação entre um nível mais elevado nas habilitações literárias dos pais e mães e menos problemas de comportamento nas crianças.

H1 – A um nível mais elevado nas habilitações literárias dos pais e mães estão associados menos problemas de comportamento nas crianças.

H0 - Não existe associação entre um nível mais elevado na categoria profissional e menos problemas de comportamento nas crianças.

H1 – A um nível mais elevado na categoria profissional está associado a menos problemas de comportamento nas crianças.

H0- Não existe associação entre uma idade mais elevada dos pais e menos problemas de comportamento nas crianças.

H1 – Uma idade mais elevada dos pais está associada a menos problemas de comportamento nas crianças.

2.3. Instrumentos

Para a realização da recolha de dados foram utilizados 2 instrumentos: o Questionário de Comportamentos da Criança (CBCL - *Child Behavior Checklist*), para a faixa etária dos 1 ½ a 5 anos (Achenbach,2014) e a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (2006).

A CBCL é um questionário que faz parte do modelo ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*; Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2000). O modelo ASEBA consiste numa proposta de avaliação sistemática e empiricamente validade, em que faz um contraponto entre os aspetos contextuais do desenvolvimento das crianças e uma visão categorial da psicopatologia. Para a visão categorial da psicopatologia é utilizado o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações mentais) (APA, 2003). Em 2014 houve uma adaptação e validação do modelo ASEBA para a população portuguesa. Este instrumento faz parte de um sistema de avaliação que segue o Modelo de Avaliação Multiaxial. Este modelo consiste em dar foco às diversas fontes de informação para a avaliação dos problemas, competências

emocionais e comportamentais das crianças ou adolescentes. Este é um modelo bastante utilizado, visto que a criança está inserida em diferentes contextos e através deste modelo, conseguimos chegar a todos esses contextos, o que nos vai permitir ter diversos e diferentes informações acerca da criança ou adolescente (Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

O sistema de avaliação de Achenbach (1991), é composto pela CBCL, pelo CTRF (*Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1 ½– 5*), TRF (*Teacher Report Form for Ages 6-18*) e pela YSR (*Youth Self Report for Ages 11-18*) (Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

A CBCL tem como objetivo avaliar os comportamentos infantis/juvenis por faixa etária, sendo este questionário é para 2 grupos etários: o das crianças que é para a faixa etária dos 1 ½ a 5 anos e o dos adolescentes que é dos 6 aos 18 anos.

Neste estudo, foi utilizado a *Child Behavior Checklist 1 ½ a 5 anos* (CBCL 1 ½ a 5 anos, Achenbach e Rescorla 2014), que pretende avaliar sintomas psicopatológicos em crianças em idade pré-escolar.

A CBCL 1 ½– 5 é um questionário composto por 100 itens e 3 questões abertas para permitir conhecer a percepção dos pais/outros informadores que convivem com a criança em contexto familiar, sobre os seus problemas, competências e comportamentos. Dos 100 itens que compõem o questionário, 99 são itens estruturados que descrevem problemas específicos: de comportamento, ao nível emocional e ao nível social nos últimos dois meses, estes mesmos comportamentos são orientados para as escalas do DSM (APA,2013). O item 100 pede aos pais/informador que escrevam outros problemas que não tenham sido mencionados nos itens anteriores. A cotação deste questionário é de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos: 0 para caso a afirmação não seja verdadeira, ou não tenha acontecido; 1 caso a afirmação tenha ocorrido alguma(s) vez(es) e 2 se a afirmação for verdadeira, ou seja, caso aconteça com bastante frequência (Achenbach, T. M., Dias, P.,

Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

Os resultados obtidos permitem criar um perfil de cotação que identifica sete escalas de síndromes: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento Social, Problemas de Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo. A reatividade emocional refere-se à intensidade da resposta face a estímulos que as crianças consideram ameaçadores; a ansiedade/depressão refere-se a diagnósticos de ansiedade e depressão; queixas somáticas é associado à tendência para a somatização; isolamento social está relacionado com o isolamento ou mal-estar interpessoal; problemas de sono tal como o nome indica está relacionada o com problemas de sono: problemas de atenção está associado à perturbação de hiperatividade e déficit de atenção e o comportamento agressivo está relacionado com comportamentos de desafio, muitas vezes, associada à perturbação de oposição (Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

Estas sete escalas são agrupadas em duas grandes escalas: a escala de internalização e a escala de externalização.

A Escala de Internalização engloba a reatividade emocional, a ansiedade/depressão, queixas somáticas e isolamento. A escala de internalização engloba as escalas que estão relacionadas com o indivíduo e com a sintomatologia de natureza subjetiva (e.g., ansiedade) (Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

A Escala de Externalização abrange os problemas de atenção e comportamento agressivo. Esta escala abrange os conflitos com outras pessoas e as suas expectativas em relação à criança (Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A., 2014).

A pontuação final desta escala, é obtida através da soma dos 99 itens.

Em relação ao segundo instrumento utilizado, a Escala de Desenvolvimento Mental de *Ruth Griffiths* (EDMRG) dos 2 aos 8 anos – Extensão Revista (2006), é uma escala que tem como objetivo avaliar as competências do desenvolvimento ao longo de toda a infância, sendo que mede individualmente e em conjunto as diferentes vias de aprendizagem. Permitindo assim, avaliar diferentes competências, identificando as áreas fortes e fracas da criança (Ferreira, C. R., Carvalhão, I. T., Gil, I. C., Ulrich, M. M. & Fernandes, S. F., 2006).

A primeira EDMRG foi publicada em 1954 e abrangia os 0-2 anos de vida, em que as crianças eram avaliadas em cinco áreas: Locomotora; Pessoal Social; Audição e Fala; Coordenação Olho-Mão e Realização. Em 1960, a escala foi desenvolvida para incluir as idades dos 2 aos 8 anos, sendo, que esta escala inclui mais uma subescala: Raciocínio Prático (Ferreira, C. R., Carvalhão, I. T., Gil, I. C., Ulrich, M. M. & Fernandes, S. F., 2006).

A escala é composta por seis subescalas: Locomoção que avalia a motricidade global incluindo a coordenação motora e a coordenação dos movimentos (e.g. subir e descer escadas, chutar uma bola, saltar, etc.); Pessoal – Social que avalia as competências de autonomia das crianças em atividades do cotidiano, assim como o seu nível de independência e a interação com os pares; Linguagem que avalia a linguagem recetiva (compreensão) e expressiva (e.g. nomear objetos, repetir frases, etc.); Coordenação Olho – Mão que avalia a motricidade fina da criança, a destreza manual e as competências visuo-motoras. (e.g. cortar com a tesoura, copiar figuras geométricas, copiar letras, etc.); Realização que avalia as competências visuo-espaciais incluindo a rapidez e precisão da execução (e.g. construção de padrões de cubos, construção de pontes, etc.); Raciocínio Prático que avalia a capacidade da criança em resolver problemas práticas, ordenar sequências, compreensão de conceitos matemáticos e questões morais (e.g. compreensão do que é certo e errado, conhecimentos da criança sobre o dia-a-dia, etc) (Ferreira, C. R., Carvalhão, I. T., Gil, I. C., Ulrich, M. M. & Fernandes, S. F., 2006).

A sua administração deve ser realizada numa sala que seja o mais livre possível de distrações, para garantir a concentração da criança.

Relativamente à cotação deste questionário, é realizada a partir da soma dos sucessos obtidos em cada uma das subescalas, que consoante a idade da criança, vai originar subquocientes, percentis e o quociente geral. Sendo assim, o perfil desenvolvimental é criado considerando cada uma das subescalas.

2.4. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por grupo de 16 crianças, sendo que é uma amostra de conveniência.

Na tabela 1 apresentamos a caracterização das crianças segundo o seu género, a sua idade de gestação (semanas), o seu peso à nascença (gramas), o tempo de internamento (dias), a sua idade cronológica no momento da avaliação, a frequência do Jardim de Infância e a Intervenção Precoce.

Tabela 1

Caracterização das crianças

	Género	IG (Semanas)	Peso (Gramas)	TI (Dias)	IC (meses)	J. I	I.P
1	Feminino	25	771	80	60	Sim	Não
2	Masculino	32	1000	49	59	Sim	Não
3	Feminino	32	1160	30	60	Sim	Não
4	Feminino	38	1456	33	60	Sim	Sim
5	Feminino	35	1377	54	60	Sim	Sim
6	Masculino	31	1205	36	56	Sim	Não
7	Masculino	31	1200	33	55	Sim	Não
8	Feminino	30	1000	37	54	Sim	Não
9	Masculino	28	870	67	53	Sim	Não
10	Feminino	31	1700	28	53	Sim	Sim
11	Masculino	28	945	94	53	Sim	Sim
12	Feminino	29	769	94	53	Sim	Não
13	Feminino	28	890	57	53	Sim	Não
14	Feminino	33	1322	29	52	Sim	Sim

15	Masculino	33	1305	31	50	Sim	Sim
16	Masculino	31	1609	36	48	Sim	Não
Média		30.94	1161.19	49.25	54.94		
Desvio		3.087	287.217	23.012	3.838		
Padrão							

Nota: IG: Idade de gestação em semanas, ou seja, com quantas semanas nasceu a criança; TI: Tempo de internamento em dias, ou seja, quantos dias a criança esteve internada quando nasceu; IC: Idade cronológica em meses em que foi realizada a avaliação; J.I.: Frequência no jardim de infância; I.T.: Intervenção precoce, ou seja, até ao momento da avaliação a criança já tinha tido algum tipo de intervenção (e.g. Terapia da fala)

Na tabela 1 a amostra é constituída por 16 crianças, sendo 9 (56.3%) crianças do sexo feminino e 7 (43.8%) do sexo masculino. Das 16 crianças todas frequentavam na altura da avaliação o Jardim de Infância, 6 (37.5%) e 10 crianças (62.5%) até ao momento da avaliação foram alvo de algum tipo de Intervenção Precoce. Em relação à história clínica, observou-se a idade gestacional variou entre as 25 semanas e as 38 semanas (M=30.94 e DP=3.087). O peso de nascimento variou entre as 769 gramas e 1700 gramas (M=1161.19 e DP=287.217). O tempo de internamento na neonatologia variou entre os 28 dias e os 94 dias (M=49.25 e DP=23.012). Por último, relativamente à idade cronológica das crianças no momento da avaliação o mesmo varia entre 48 meses e 60 meses (M=54.94 e DP=2.67).

Tendo por base estas crianças foram também recolhidos dados sociodemográficos relativos aos pais das mesmas, tais como as suas habilitações literárias e as suas profissões.

Na tabela 2 são apresentadas as habilitações literárias dos pais segundo a Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1996).

Tabela 2

*Dados Sociodemográficos: Habilitações Literárias dos Pais **

Habilitações Literárias	Mãe	Pai
	N (%)	N (%)
Mestrado, Licenciatura, Doutoramento	3 (18.8)	1 (6.3)
Bacharelato	5 (31.3)	3 (18.8)
12º ano	3 (18.8)	5 (31.3)
9º ou mais anos de escolaridade	2 (12.5)	3 (18.8)
4º ano ou < 9 anos de escolaridade	0	1 (6.3)
<4 anos de escolaridade/ Analfabetos	0	0
Sem resposta	3 (18.8)	3 (18.8)

*Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1996)

Na tabela 3 são apresentadas as profissões dos pais segundo a Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1996).

Tabela 3

*Dados Sociodemográficos: Profissão dos Pais **

Profissão	Mãe	Pai
	N (%)	N (%)
Grandes empresários, gestores de topo publico e privado (>500 empregados), Professores universitários, brigadeiro, general ou marechal, profissões liberais com curso superior, altos dirigentes políticos	1 (6.3)	0
Médios empresários, dirigentes de empresas (< 500 empregados), agricultores e proprietários, dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor publico e privado, oficiais das forças armadas e professores do ensino básico e secundário	0	3 (18.8)
Pequenos empresários (< 50 empregados), quadros médios, médios agricultores, sargentos e equiparados	4 (25.0)	4 (25.0)

Pequenos agricultores e rendeiros, técnicos administrativos, operários semiqualeificados, funcionários públicos e membros das forcas armadas ou militarizadas	5 (31.3)	9 (56.3)
Assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	6 (37.5)	0
Sem resposta	0	0

*Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1996)

Na tabela 4 são apresentados os dados relativos às habilitações literárias e as profissões dos pais, mas agrupados em dois grupos devido à análise estatística que foi realizada e tornar a leitura dos dados mais acessível.

Tabela 4
Dados Sociodemográficos dos pais agrupados

Dados Sociodemográficos	Mãe	Pai
	N (%)	N (%)
Habilitações Literárias		
Grupo 1	11 (68.8)	9 (56.3)
Grupo 2	2 (12.5)	4 (25.0)
Sem Resposta	3 (18.8)	3 (18.8)
Profissões		
Grupo 1	5 (31.3)	7 (43.8)
Grupo 2	11 (68.8)	9 (56.3)

Nota: Escala de *Graffar* Adaptada (Amaro, 1996). Grupo 1 - Profissões de Grau 1, 2 e 3 (1-Grandes empresários, gestores de topo publico e privado (>500 empregados), Professores universitários, brigadeiro, general ou marechal, profissões liberais com curso superior, altos dirigentes políticos; 2- Médios empresários, dirigentes de empresas (< 500 empregados), agricultores e proprietários, dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor publico e privado, oficiais das forças armadas e professores do ensino básico e secundário; 3- Pequenos empresários (< 50 empregados), quadros médios, médios agricultores, sargentos e equiparados). Grupo 2 – Profissões de Grau 4 e 5 (4- Pequenos agricultores e rendeiros, técnicos administrativos, operários semiqualeificados, funcionários públicos e membros das forcas armadas ou

militarizadas; 5 - Assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores). Em relação às habilitações literárias o Grupo 1 é caracterizado pelo Grau 1, 2 e 3 (1- Mestrado, Licenciatura, Doutoramento; 2- Bacharelato; 3- 12o anos, 9 ou mais anos de escolaridade) e o Grupo 2 pelo Grau 4 e 5 - (4- Escolaridade de 4 anos ou < 9 anos; 5- Escolaridade < 4 anos; Analfabetos).

Em relação aos dados sociodemográficos dos pais tendo por base a *Escala de Graffar Adaptada* (Amaro, 1996), na tabela 2 decidiu-se explorar a distribuição dos pais consoante as suas habilitações literárias e na tabela 3 relativamente às suas profissões.

Em relação às habilitações literárias as mães têm uma maior prevalência no Bacharelato (31.3%) e os pais no 12º ano de escolaridade (31.3%).

Em relação às profissões (tabela 3) observa-se que as mães se encontram maioritariamente no grupo “Assalariados agrícolas, trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores” (37.5%) e os pais no grupo “Pequenos agricultores e rendeiros, técnicos administrativos, operários semiqualeificados, funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas” (56.3%).

Consoante estes resultados optaram-se por agrupar as habilitações literárias e as profissões dos pais em dois grupos, para potenciar a análise dos dados atendendo às hipóteses em estudo, determinou-se então que o Grupo 1 representa o grau 1, 2 e 3 e o grupo 2 o grau 4 e 5. Através destes grupos (Tabela 4) conseguimos observar que em relação às habilitações literárias tanto as mães (68.8%) como os pais (56.3%) se encontram no grupo 1 e relativamente às profissões tanto as mães (68.8%) como os pais (56.3%) se encontram no grupo 2.

2.5. Procedimentos na recolha de dados

A recolha de dados foi realizada no contexto da consulta externa de acompanhamento de crianças pré-termo num centro hospitalar no norte do país.

Neste âmbito é realizada uma entrevista aos pais no sentido de recolher informação sobre rotinas da criança, suas competências e dificuldades, sendo-lhes ainda solicitado o preenchimento do questionário CBCL.

No mesmo momento procede-se à administração da EDMRG.

2.6. Procedimentos no tratamento de dados

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado no IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.

Numa primeira fase recorreu-se à estatística descritiva para caracterizar a amostra, os dados sociodemográficos dos pais, o perfil desenvolvimental e comportamental das crianças, recorrendo aos dados obtidos na EDMRG e à CBCL, respetivamente.

Numa segunda fase realizou-se a estatística inferencial, mais concretamente o Teste de Qui-Quadrado, o qual consiste num teste de associação entre duas variáveis nominais (ou uma variável nominal e outra ordinal) com o objetivo de averiguar a existência de uma associação (Martins, 2011).

III. Resultados

3.1. Caracterização o perfil desenvolvimental

Na tabela 5 vai ser apresentado a caraterização do perfil desenvolvimental da EDMRG através do quociente geral e das seis subescalas. Em que é apresentado o valor mínimo e máximo, a média e o desvio padrão.

Tabela 5

Caracterização do perfil desenvolvimental

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Quociente Geral	76	106	91,31	9,214	16
Subescala A	65	119	89,31	14,150	16
Subescala B	68	126	96,69	18,293	16
Subescala C	63	107	87,00	9,899	16
Subescala D	75	127	98,06	12,641	16
Subescala E	62	125	91,94	17,456	16
Subescala F	76	110	86,25	8,752	16

Na tabela 5 conseguimos observar a caracterização do perfil desenvolvimental, através do quociente geral e das diversas subescalas da Escala de Griffiths. O quociente geral varia entre o 76 e o 106 (M=91.31 e DP=0.214), sendo que a maioria se encontra acima do ponto de corte (85). A subescala A varia entre 65 e 119 (M= 89.31 e DP=14.150); a subescala B varia 68 e 126 (M=96.69 e DP=18.293); a subescala C varia 63 e 107 (M=87.00 e DP=9.899); a subescala D varia 75 e 127 (M=98.06 e DP=12.641); a subescala E varia 62 e 125 (M=91.94 e DP=17,456) e por último a subescala F varia 76 e 110 (M=86.25 e DP=8.752).

Através desta tabela conseguimos verificar que as áreas fortes deste grupo de crianças é a subescala D (Coordenação Olho - Mão) e a subescala B (Pessoal-Social) e que as áreas mais fracas são a escala C (Linguagem) e a escala F (Raciocínio Prático).

3.2. Caracterizar perfil comportamental

Na tabela 6 vai ser apresentado a caracterização do perfil comportamental da CBCL através dos valores T obtidos nas diversas escalas e o valor T total das escalas de internalização, externalização e total de

problemas. Na tabela é apresentado o valor mínimo e máximo, a média e o desvio padrão.

Tabela 6

Caracterização do perfil comportamental

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Reatividade Emocional	50	69	56,63	6,859	16
Ansiedade/Depressão	50	70	56,56	7,483	16
Queixas Somáticas	50	68	57,00	6,841	16
Isolamento	50	70	54,94	6,465	16
Problemas de Sono	50	59	52,00	2,733	16
Problemas de Atenção	50	67	53,44	4,381	16
Comportamento Agressivo	50	55	51,50	1,789	16
Problemas Afetivos	50	79	55,56	8,485	16
Problemas de Ansiedade	50	73	57,94	6,971	16
Problemas Globais do Desenvolvimento	50	68	55,50	6,693	16
Problemas de Défice de Atenção/Hiperatividade	50	58	52,13	2,247	16
Problemas de Oposição	50	59	51,88	2,680	16
Score Total T da Internalização	29	70	53,25	12,907	16
Score Total T da Externalização	35	55	47,88	6,270	16
Score Total T dos Problemas	33	70	50,19	9,786	16

Na tabela 6 conseguimos observar a caracterização do perfil comportamental, através das diversas escalas da CBCL. O Score Total de Problemas varia entre 33 e 70 (M=50.19 e DP=9.786); o Score Total da escala

de Internalização varia entre 29 e 70 (M=53.25 e DP=12.907 e o Score Total da Externalização varia entre 35 e 55 (M=47.88 e DP=6.270).

A partir desta tabela conseguimos verificar que todas as áreas da CBCL se encontram abaixo do ponto de corte (63). Sendo que as áreas menos problemáticas destas crianças são Problemas de Oposição e Comportamento Agressivo e as áreas mais problemáticas são Queixas Somáticas e Problemas de Ansiedade.

3.3. História clínica e Perfil Comportamental

Na tabela 7 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar a hipótese: "Crianças com menos peso, idade de gestação mais baixa, com maior tempo de internamento apresentam problemas de comportamento.". Na tabela é apresentado o ponto de corte do perfil comportamental e a história clínica da criança dividida em 2 grupos cada tópico.

Tabela 7

Associação entre a História Clínica da Criança e o seu Perfil Comportamental

Perfil Comportamental		<63	>63	<i>p</i>	N
Peso	<1000gr	6 (85.7%)	1 (14.3%)	.438	16
	>1000gr	9 (100%)	0 (0%)		
IG	<30 semanas	5 (83.3%)	1 (16.7%)	.375	16
	>30 semanas	10 (100%)	0 (0%)		
TI	<30 dias	3 (100%)	0 (0%)	1.000	16
	>30 dias	12 (92.3%)	1 (7.7 %)		
IP	Sim	6 (100%)	0 (0%)	1.000	16
	Não	10 (90.0%)	1(10%)		

Não há uma associação significativa entre a História Clínica da Criança e o seu Perfil Comportamental, Teste de Fisher, $p = .438$. Em relação ao peso apenas uma criança (14.3%) com menos de 1000gr apresenta estar com o perfil comportamental em níveis clínicos. Relativamente ao IG, também apenas

uma criança (16.7%) com menos de 30 semanas de gestação apresenta perfil comportamental com níveis clínicos. Em relação ao Ti também apenas uma criança (7.7%) com mais de 30 dias de internamento apresenta perfil comportamental com níveis clínicos. Por último, em relação à IP, apenas uma criança (10%) que não frequentou a IP apresenta perfil comportamental em níveis clínicos.

3.4. Crianças com extremo e muito baixo peso e Problemas de Externalização

Na tabela 8 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar duas hipóteses: “Crianças com extremo baixo peso apresentam problemas de externalização.” e “Crianças com muito baixo peso apresentam problemas de externalização.”. Na tabela é apresentado o ponte de corte dos problemas de externalização e o peso das crianças, consoante o grupo a que pertencem.

Tabela 8

Associação entre crianças com extremo e muito baixo peso com problemas de externalização

Problemas de Externalização	<63	>63	<i>p</i>	N
Crianças com extremo baixo peso	<1000gr 7(100%)	0 (0%)		16
Crianças com muito baixo peso	>1000gr 9 (100%)	0 (0%)		16

Não foi possível obter dados relativos ao teste do Qui-Quadrado nesta tabela. Contudo, é possível observar que nossa amostra todas as crianças se encontram no nível normativo relativamente aos problemas de externalização.

3.5. Perfil Desenvolvimental e Perfil Comportamental

Na tabela 9 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar a hipótese: “Crianças com maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento

apresentam problemas no seu perfil comportamental.”. Na tabela é apresentado o ponte de corte do perfil comportamental e do desenvolvimental.

Tabela 9

Associação entre o Perfil Desenvolvimental da Criança com o Perfil Comportamental

Perfil Comportamental		<63	>63	<i>p</i>	N
Perfil Desenvolvimental	<85	3 (75%)	1 (25%)	.250	16
	>85	12 (100%)	0 (0%)		

Não há uma associação significativa entre o Perfil Desenvolvimental e o Perfil Comportamental, Teste de Fisher, $p = .250$. Do grupo de 16 crianças, apenas uma criança (25%) com o perfil desenvolvimental abaixo do ponte de corte (85) apresenta um perfil comportamental em níveis clínicos.

3.6. Habilitações Literárias dos Pais e Perfil Comportamental

Na tabela 10 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar a hipótese: “A um nível mais elevado nas habilitações literárias dos pais e mães estão associados menos problemas de comportamento nas crianças.”. Na tabela é apresentado o ponte de corte do perfil comportamental e as habilitações literárias dos pais agrupadas conforme já mencionado.

Tabela 10

Associação entre as Habilitações Literárias dos Pais com o Perfil Comportamental das Crianças

Perfil Comportamental		<63	>63	<i>p</i>	N
Habilitações da Mãe	Grupo 1	10 (90.9%)	1 (9.1%)	1.000	13
	Grupo 2	2 (100%)	0 (0%)		
Habilitações do Pai	Grupo 1	8 (88.9%)	1 (11.1%)	1.000	13
	Grupo 2	4 (100%)	0 (0%)		

Não há uma associação significativa entre as Habilitações Literárias dos Pais e o Perfil Comportamental, Teste de Fisher, $p = 1.000$. Relativamente às habilitações da mãe, apenas uma criança (9.1%) em que a mãe está integrada no grupo 1 apresenta um perfil comportamental com níveis clínicos. Em relação ao pai, também apenas uma criança (11.1%) em que o pai está integrado no grupo 1 apresenta um perfil comportamental com níveis clínicos.

3.7. Profissão dos Pais e Perfil Comportamental

Na tabela 11 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar a hipótese: “A um nível mais elevado na categoria profissional está associado a menos problemas de comportamento nas crianças.”. Na tabela é apresentado o ponte de corte do perfil comportamental e as profissões dos pais agrupadas conforme já mencionado.

Tabela 11

Associação entre a Profissão dos Pais e o Perfil Comportamental das Crianças

Perfil		<63	>63	<i>p</i>	N
Comportamental					
Profissão da Mãe	Grupo 1	5 (100%)	0 (0%)	1.000	16
	Grupo 2	10 (90.9%)	1 (9.1%)		
Profissão do Pai	Grupo 1	7 (100%)	0 (0%)	1.000	16
	Grupo 2	8 (88.9%)	1 (11.1%)		

Não há uma associação significativa entre a Profissão dos Pais e o Perfil Comportamental, Teste de Fisher, $p = 1.000$. Em relação à profissão da mãe apenas uma criança (9.1%) em que a mãe está inserida no grupo 2 apresenta um perfil comportamental com níveis clínicos. Relativamente à profissão do pai, também apenas uma criança (11.1%) em que o pai está inserido no grupo 2 apresenta um perfil comportamental com níveis clínicos.

3.8. Idade Pais e Perfil Comportamental

Na tabela 12 foi realizado o Teste de Qui-Quadrado para testar a hipótese: “Uma idade mais elevada dos pais está associada a menos problemas de comportamento nas crianças.”. Na tabela é apresentado o ponto de corte do perfil comportamental e as idades dos pais.

Tabela 12

Associação entre a Idade dos Pais e o Perfil Comportamental das Crianças

Perfil Comportamental		<63	>63	<i>p</i>	N
Idade da Mãe	<35 anos	2 (100%)	0 (0%)		6
	>35 anos	4 (100%)	0 (0%)		
Idade do Pai	<35anos	2 (100%)	0 (0%)		6
	>35anos	4 (80%)	1 (20%)		

Não foi possível obter resultados estatísticos relativos a estas duas variáveis, devido ao número de dados ser reduzido. Contudo conseguimos perceber que apenas uma criança (20%) em que o pai tem mais de 35 anos apresenta valores clínicos referentes ao perfil comportamental.

IV. Discussão

Após a análise e interpretação dos dados, foi possível caracterizar o perfil desenvolvimental e comportamental das 16 crianças da amostra, explorar a existência de uma relação entre o perfil desenvolvimental e o perfil comportamental, e explorar uma relação entre as habilitações literárias, profissões e idade dos pais e o perfil comportamental das crianças.

Através dos resultados encontrados rejeitou-se a hipótese 1 “Crianças com menos peso, idade de gestação mais baixa, com maior tempo de internamento apresentam problemas de comportamento.”, ou seja, não existe relação entre a história clínica e o perfil comportamental da criança. Foi possível observar foi que a grande maioria da nossa amostra apresentar um perfil comportamental normativo, contudo no peso, IG, TI, IP temos uma criança com menos de 100gr, com menos de 30 semanas de gestação e mais

de 30 dias de internamento apresenta valores com significado clínico Nesta amostra, o peso mais baixo é de 761 gramas, os resultados da EDMRG estão normativos o que poderá significar que os fatores de risco biológico não deixaram sequelas e que por isso não existem problemas na leitura das características comportamentais. Em relação à IP o facto de 6 crianças terem frequentado a IP nos primeiros anos de vida pode influenciar o perfil desenvolvimental, uma vez que esta abordagem responde às necessidades da criança e constitui um suporte para os pais. Em relação ao TI, observamos que o máximo foram 94 dias, embora significativo este tempo pode ser uma oportunidade para ajustar o comportamental parental, uma vez, que os pais ao passarem tanto tempo no hospital acabam por ter um enorme suporte por parte dos médicos e equipa técnica que acaba por tranquiliza-los quanto ao progresso dos filhos. Sendo assim, estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Delobel–Ayoub, Arnaud, White-Koning, et al. (2009); Baron, Erickson, Ahronovich, Baker, Litman (2011) e Grey, Indurkha, McCormick (2004 cit in Arpi & Ferrari, 2013) que referem que não existe qualquer relação significativa entre as variáveis, peso, idade de gestação e internamento.

A partir dos resultados obtidos rejeitou-se duas hipóteses 1 “Crianças com extremo baixo peso apresentam problemas de externalização.” e “Crianças com muito baixo peso apresentam problemas de externalização.”. Nestas hipóteses não foi possível realizar a análise estatística (Qui-Quadrado) devido ao número de crianças em cada hipótese ser reduzido. Contudo, conseguimos perceber que em ambos os pesos da criança (menos de 1000gr e mais de 1000gr), a criança encontra-se em níveis normativos do perfil comportamental.

Em relação aos resultados obtidos rejeitou-se a hipótese 1 “Crianças com maiores dificuldades ao nível do desenvolvimento apresentam problemas no seu perfil comportamental.”, ou seja, não foi encontrada associação entre o nível desenvolvimental e o perfil comportamental da criança. Nesta amostra conseguimos observar que apenas uma criança apresenta ao nível do perfil comportamental níveis clínicos e que essa mesma criança se encontra num

nível normativo em relação ao perfil desenvolvimental. Apesar de grande parte da amostra se encontrar acima do ponto de corte ao nível do perfil desenvolvimental, todas as crianças se encontram em níveis normativos em relação ao perfil comportamental. verificamos então que não existe associação entre as duas variáveis. O JI poderá, neste sentido, contribuir para um melhor ajustamento das crianças refletido tanto ao nível do perfil comportamental como ao nível do perfil desenvolvimental devido às atividades e regras que o mesmo têm. O facto de terem o acompanhamento em consulta pré-termo também é um fator protetor para estas crianças, uma vez que os pais e as crianças têm acompanhamento ao longo do seu percurso e sabem que tem uma rede de suporte a quem recorrer. Por último, o NSE e o facto de nesta amostra a maioria dos pais apresentarem como habilitações literárias mais do 9º ano tem um maior impacto no modo como lidam com as necessidades dos filhos e conseguem ter uma visão mais tolerante em relação aos problemas que os filhos apresentam. Esta visão vai de encontro ao que o estudo de Dias, Carneiro e Soares (2016) que refere que as baixas habilitações literárias da mãe e do pai estão relacionadas com o aumento do PIE (Velders et al. 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016; Liu et al., 2014 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016 e Gleason et al., 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016).

Rejeitou-se novamente a hipótese 1 “A um nível mais elevado nas habilitações literárias dos pais e mães estão associados menos problemas de comportamento nas crianças.”, ou seja, não existe relação entre as habilitações literárias dos pais e o perfil comportamental das crianças. O que observamos na nossa amostra que maioria dos pais se encontram no grupo 1 e que tanto na mãe como no pai encontramos apenas uma criança que apresenta níveis clínicos em relação ao perfil comportamental. A maioria da nossa amostra está situada em ambos os pais no grupo 1 e os filhos encontram-se em níveis normativos em relação ao perfil desenvolvimental, estes resultados mostram que pais com maiores habilitações literárias apresentam filhos com níveis normativos em relação ao perfil comportamental, devido a terem maior literacia ao que é normativo ou não em relação ao comportamento dos filhos. Sendo assim, estes resultados vão de encontro à literatura que nos refere que as habilitações literárias influenciam diretamente o perfil comportamental das

crianças (Dias, Carneiro, & Soares, 2016; Velders et al. 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016; Liu et al., 2014 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016 e Gleason et al., 2011 cit in Dias, Carneiro, & Soares, 2016).

Por observação dos dados rejeita-se novamente a hipótese 1 “A um nível mais elevado na categoria profissional está associado a menos problemas de comportamento nas crianças.”, ou seja, não existe relação entre a profissão dos pais e o perfil comportamental. Na nossa amostra é possível observar que a maioria dos pais se encontra no grupo 2 e no grupo da mãe existe uma criança que apresenta nível clínico relativamente ao perfil comportamental e no grupo do outro existe outra criança que apresenta nível clínico relativamente ao perfil comportamental. Apesar da maioria dos pais se encontrar no grupo 2, em 16 crianças só 2 é que estão em níveis clínicos o que pode justificar a rejeição da nossa hipótese.

Por último, rejeita-se a hipótese 1 “Uma idade mais elevada dos pais está associada a menos problemas de comportamento nas crianças.”, ou seja, não existe associação entre a idade dos pais e o perfil comportamental das crianças. Neste caso, não foi possível realizar o teste estatístico devido a um número reduzido de pais que obtivemos os dados. Contudo é possível observar que ambos os pais têm mais de 35 anos e que só no pai é apresentado um caso em que a criança tem nível clínico no perfil comportamental. Sendo assim, os nossos resultados não vão de encontro à literatura que segundo estudos de Velders et al. 2011 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016; LaGasse et al. 2013 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016; Two-mey et al. (2013 cit in Dias, Carneiro & Soares, 2016), referem que as mães mais jovens comparadas com as mais velhas relatam mais PIE.

V. Conclusão

As principais conclusões que se pode retirar deste estudo é não haver resultados significativos conseguimos perceber que apesar da maioria da nossa amostra não apresentar problemas ao nível do comportamento e ao nível do desenvolvimento, existe algumas crianças da nossa amostra que

apresentam problemas e que variáveis como a idade dos pais, a profissão, as habilitações literárias dos mesmos influenciam o seu perfil comportamental. Contudo, os estudos realizados apontam que crianças com problemas de comportamental rondam os 20%, a nossa amostra pode ser considerada nos 80% que não apresentam problemas.

As principais limitações deste estudo são o número reduzido de crianças da amostra. Sendo que assim, este estudo não se pode generalizar, uma vez que os resultados e conclusões retidas só podem ser aplicados a esta amostra. O facto da CBCL ser preenchida num momento de consulta pode causar alguma pressão e isso também influenciar os resultados obtidos e na EDMRG alguns dos itens avaliados serem através da resposta dos pais, pode também influenciar os resultados obtidos, devido à percepção dos mesmos.

Como pontos fortes deste estudo aponto o facto de serem utilizados instrumentos já validados/adaptados para a população portuguesa, faz com que haja uma maior validação dos resultados obtidos e uma possibilidade de comparação com a população portuguesa e a partir desses instrumentos conseguirmos avaliar diferentes variáveis. Como pontos fracos do estudo aponto o facto de algumas das variáveis não serem possíveis avaliar, devido a um N demasiado baixo.

Para investigações futuras, utilizaria a CTRF para obter mais dados acerca da criança e assim ter em conta os diversos contextos em que está inserida, tentaria que houvesse um maior número de crianças na amostra para permitir obter resultados que pudessem ser generalizados.

Como implicações para a prática, considero que este estudo permitiu corroborar alguns estudos já existentes e abrir novas direcções de investigação, como por exemplo estudar o impacto das variáveis jardim de infância e a intervenção precoce.

Referências bibliográficas:

Achenbach, T. M., Dias, P., Gonçalves, M., Lima, V. S., Machado, B. C., Ramalho, V. & Rescorla, L. A. (2014). Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores. *Psiquilíbrios Edições*, 1.

Amaro, F. (1996). Escala de Graffar adaptada. In A. M. B. Costa, F. R. Leitão, J. Santos, J. V. Pinto, & M. N. Fino, Currículos funcionais (Vol. 2). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional. (Original publicado em 1990).

Anderson, P. & Doyle, L.W. (2003). Neurobehavioral Outcomes of School-Age Children Born Extremely Low Birth Weight or Very Preterm in the 1990s. *American Medical Association*, 289(24), 3264-3272. doi:10.1001/jama.289.24.3264.

Arpi, E. & Ferrarri, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: a review of the recent literature. *DEVELOPMENTAL MEDICINE & CHILD NEUROLOGY*, 55, 788-796

Baião, C. F. (2008). *Aliança parental e estilos parentais em famílias com e sem crianças autistas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Barradas, A. (2008). *Parentalidade na Relação com o Recém-nascido Prematuro Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade Aberta.

Baron, I. S., Erickson, K., Ahronovich, M. D., Baker, R., & Litman, F. R., (2011). Cognitive deficit in preschoolers born late-preterm. *Early Hum Dev.*, 87(2), 115-119. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.11.010

Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de promoção do Desenvolvimento. In Maria Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 298-312). Coimbra: Quarteto Editora.

Bayer J. K., Hiscock H., Ukoumunne O. C., Price A., Wake M., (2008). Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1166-74.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.

Carvalho, A. M. V., Linhares, M. B. M. & Martinez, F. E. (2001). História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1),1-33

Delobel–Ayoub, M., Arnaud,C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., Burquet, A., Roze, J. C., Matis, J., Picaud, J. C., Kaminski, M. & Larroque, B.,(2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485-1492. doi: 10.1542/peds.2008-1216.

De Groote, I., Vanhaesebrouck, P., Bruneel, E., Dom, L., Durein, I., Hasaerts, D., Laroche, S., Oostra, A., Ortibus, E., Roeyer, H., Van Mol, C., (2007). Outcome at 3 Years of Age in a Population- Based Cohort of Extremely Preterm Infants. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110(4), 855-864

Dias, P., Carneiro, A., Soares, I. (2016). Risk Factors for Internalizing and Externalizing Problems in the Preschool Years: Systematic Literature Review Based on the Child Behavior Checklist 11/2–5. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6). doi: 10.1007/s10826-016-0456-z

Elburg, R. M. V., Kieviet, J. F., Lafeber, H. N. & Oosterlaan, J. (2012). Attention Problems of Very Preterm Children Compared with Age-Matched Term Controls at School-Age. *The Journal of Pediatric*, 5(161), 824-829. doi: org/10.1016/j.jpeds.2012.05.010

Espírito Santo, J. L., Portuguese, M. W., Nunes M. L. (2009). Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. *J Pediatr*, 85, 35-41.

Esteves, S., Machado, T., Mestre, T., Pedro, N. & Pereira, A. (2012). Os pais e a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Percursos*, 26, 30-40

Feldman R. (2009) The development of regulatory functions from birth to 5 years: insights from premature infants. *Child Dev.*,80, 544-61.

Ferreira, C. R., Carvalhão, I. T., Gil, I. C., Ulrich, M. M. & Fernandes, S. F. (2006). *Escala de Desenvolvimento de Griffiths – Extensão Revista (Revisão de 2006) dos 2 aos 8 anos – Manual de Administração*, 1ª edição. Lisboa: CEGOC-TEA, LDA- Investigação e Publicações Psicológicas.

Gargus, R. A., Vohr, B. R., Tyson, J. E., High, P., Higgins, R. D., Wrage, L. A & Poole, K. (2009) Unimpaired Outcome in Extremely Low Birth Weight Infants at 18– 22 Months. *Pediatrics*, 124(1), 112–121. doi:10.1542/peds.2008-2742.

Gray, R. F., Indurkha, A., McCormick, M. C. (2004). Prevalence, Stability, and Predictors of Clinically Significant Behavior Problems in Low Birth Weight Children at 3, 5, and 8 Years of Age. *Pediatrics*, 114(3), 736-743. doi: 10.1542/peds.2003-1150-L

Guralnick, M. (2001). A developmental systems model for early Intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18

Instituto Nacional de Estatística (2014). Estatísticas Demográficas 2013. *Instituto Nacional de Estatística*, 45-46.

Jong, M., Verhoeven, M. Van Baar, A. L. (2012). School outcome, cognitive functioning, and behaviour problems in moderate and late preterm children and adults: A review. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 17, 163-169.

Kleine, M. J. K., Knots, E., Soons, P., Van Baar, A. L. & Vermaas, J. (2009). Functioning at School Age of Moderately Preterm Children Born at 32 to 36 Weeks' Gestational Age. *Pediatrics*, 124(1), 251-257. doi: 10.1542/peds.2008-2315

Kumar, P., Shankaran, S., Ambalavanan, A., Kendrick, D. E., Pappas, A., Vohr, B. R., Poindexter, B. B., Das, A. & Higgins, R. D., (2013). Characteristics of

extremely low birth weight infant survivors with unimpaired outcomes at 30 months of age. *J Perinatol* 33(10), 800–805. doi:10.1038/jp.2013.71.

Levy - Shiff, R., Einat, G., Har - Even, D., Mogilner, M., Mogilner, S., Lerman, M. & Krikler, R. (1994). Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 323-333.

Martinet, S. (2008). A prematuridade. In Bayle, F. & Martinet, S. (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi Editores.

Martins, C. (2011). Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. (1aed.). Braga: Psiquilíbros Edições.

Milligan, D. W. A. (2010). Outcomes of children born very preterm in Europe. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 4(25), 234-240.

Mittag, B. F & Wall, M. L. (2004). Pais com filhos internados na UTI Neonatal – Sentimentos e Perceções. *Família Saúde Desenvolvimento*, 6(2), 134-145

Ruíz, A. (2004). Un Nacimiento Antes de Tiempo. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 6, 250- 280

Secção de Neonatologia e Sociedade Portuguesa do Neurodesenvolvimento da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). Consenso do Seguimento das Crianças nascidas de muito baixo peso (<1500 g) e/ou menos de 32 semanas inseridas na Base do Registo Nacional do MBP.

Silva, R., & Silva, I., (2009) A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 13(1), 108-15.

Stoelhorst, G. M. S. J., Martens, S. E., Rijken, M., Van Zwieten, P. H. T., Brand, R., Maarten Wit, J. & Veen, S., (2003). Mortality and Neurologic, Mental, and Psychomotor Development at 2 Years in Infants Born Less Than 27 Weeks'

Gestation: The Leiden Follow-Up Project on Prematurity. *Pediatrics*, 112(2), 351-358.

Vasconcelos, M. G. L., Leite, A. M., Scochi, C. G., (2006). Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 6(1),47-57

Veiga, M. E. (2006). *O processo de transição para a parentalidade: o caso da prematuridade*. Tese de Doutorado em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Vieira, M. E. & Linhares, M. B (2011) Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age. *Jornal de Pediatria*, 87(4),281-91.

World Health Organization (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data