



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PERFIL COMPORTAMENTAL DE UM GRUPO DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR NASCIDAS PREMATURAMENTE

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Vitor André Pires Carmo

Porto, Junho de 2017



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

PERFIL COMPORTAMENTAL DE UM GRUPO DE CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR NASCIDAS PREMATURAMENTE

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Vitor André Pires Carmo

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Elisa Veiga

Porto, Junho de 2017

Agradecimentos

À professora Doutora Elisa Veiga, agradeço todo o acompanhamento e disponibilidade ao longo do desta caminhada, bem como por me fazer perceber que realmente o rigor, o empenho, o envolvimento, são “ingredientes” fundamentais para se alcançar as metas pretendidas, assim como os objetivos a que nos propomos.

Queria agradecer a todos os restantes professores pelo seu profissionalismo que demonstram enquanto docentes, e pela disponibilidade ao longo do meu percurso no mestrado. Tenho um agradecimento em especial à Professora Vânia Sousa Lima, pois foi método de ensino que mais me fascinou, bem como a uma das primeiras frases que a Professora disse na primeira aula que eu tive com ela, que nunca mais me vou esquecer da frase “o meu pai antes de me ensinar andar de carro, ensinou-me a andar de trator”, foi de facto inspirador para mim.

Aos meus pais, pois sem eles provavelmente nem teria concluído o ensino secundário, com a persistência e perseverança conseguiram não me deixar apenas no “querer”. Aos meus avós maternos que sem eles se tornava impossível o meu sonho, de ser psicólogo, ao meu tio que também foi uma “peça” fulcral na minha trajetória desenvolvimental.

À minha namorada por todo o apoio emocional, e conselhos imprescindíveis que me foi transmitindo no decorrer da minha vida académica.

Resumo

A prematuridade é uma condição de risco biológico, sendo geralmente associada a problemas neurocognitivos.

Os recém-nascidos prematuros, com menos de 37 semanas de idade de gestação, e com peso igual ou inferior a 1500 gramas, constituem uma população com elevado risco de apresentar alterações neuropsicológicas e modificações no seu desenvolvimento.

Este estudo teve por objetivo descrever o perfil comportamental das crianças prematuras, verificar a existência de indicadores de psicopatologia e avaliar como os fatores biológicos e ambientais podem estar associados a problemas comportamentais das destas crianças.

O trabalho foi de natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência probabilística, realizada para os pais em ambiente de consulta de pré termo de um hospital na zona norte do país, através de uma Checklist de Comportamento Infantil, bem como algumas questões que estes preenchem por escrito (CBCL), que incluiu a idade gestacional (IG), peso em gramas (Gr), tempo de internamento (TI), Idade cronológica em meses (IC2), (Mprof), profissão do pai (Pprof), nível educacional da mãe (MHab) e o nível educacional do pai (Phab), entre outros. A amostra é constituída por 6 crianças.

A amostra na totalidade não apresenta alterações comportamentais com relevância clínica. Os resultados sugerem também que, os fatores de risco foram atenuados devido às práticas médicas e hospitalares, e ao acompanhamento das crianças prematuras quer dos pais, através da mobilização de intervenções precoces, mas também pelas características sociodemográficas dos pais e mães, o nível educacional, pelo apoio e estabilidade familiar e pelo acompanhamento longitudinal em consulta prétermo.

Concluimos que os fatores de risco do desenvolvimento inerentes à prematuridade são, por si só, uma condição negativa, que podem ser minorados através de fatores de proteção, nomeadamente através do acompanhamento médico das crianças e famílias.

Palavras-chave: Prematuridade; Baixo peso; Extremo baixo peso; Fatores de risco; Fatores de proteção; Problemas de comportamento.

Abstract

Prematurity is a condition of biological risk and is usually associated with neurocognitive problems.

Preterm newborns born alive before 37 weeks of pregnancy and weighing not more than 1500 grams, constitute a population with a high risk of neuropsychological changes and modifications in their development.

This study aimed to describe the behavioral profile of premature infants, to verify the existence of indicators of psychopathology and to evaluate how biological and environmental factors may be associated with behavioral problems of these children.

The study was quantitative in nature, with a probabilistic convenience sample, performed to the parents in a consultation environment, through a Child Behavior Checklist (CBCL), which included the gestational age (GI), weight in grams (Gr), length of hospital stay (Mprof), chronological age in months (IC), profession of the father (Pprof), literary qualifications of the mother (MHab) and literary qualifications of the father (Phab), among others. The sample consists of 6 children.

The sample in its entirety does not present behavioral changes with clinical relevance. The results also suggest that risk factors were attenuated due to medical and hospital practices, both in monitoring premature newborns and parents, due to the entry of children, at an early age, into the educational system, by parents' academic qualifications, family support and stability and for longitudinal follow-up in preterm consultation.

We conclude that developmental risk factors inherent to prematurity are in themselves, a negative condition, which can be mitigated through protective factors, namely through medical monitoring of children and families.

Keywords: Prematurity; Low weight; Extreme low weight; Risk factors; Protective factors; Behavioral problems.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>III</i>
<i>Resumo</i>	<i>IV</i>
<i>Abstract</i>	<i>V</i>
Enquadramento Teórico	10
1. Classificação da prematuridade	11
2. O impacto da prematuridade na saúde	12
3. Prematuridade e alterações no neurodesenvolvimento	12
4. Prematuridade, temperamento e problemas de comportamento	15
4.1. A importância do Temperamento	15
4.2. Prematuridade e problemas de comportamento. Abordagem da Psicopatologia do desenvolvimento	16
Prematuridade. Impacto nos pais e nas famílias	20
Estudo empírico	24
1. Método	25
2. Objetivos específicos:	25
2.1. Amostra.....	25
2.2. Instrumento	26
3. Resultados.....	28
Discussão dos resultados	33
Conclusão	37
Referências bibliográficas	39

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características da amostra.....	26
--	----

Índice de tabelas

Tabela 1 - Quadro de caracterização do perfil comportamental das crianças avaliadas...29

Introdução

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do estudo Prematuridade e Desenvolvimento, tendo como objetivo o estudo dos diversos fatores de risco associados à prematuridade e uma melhor compreensão destes, nomeadamente nas suas implicações no que diz respeito às características comportamentais das crianças prematuras em idade pré-escolar.

No que diz respeito ao domínio do comportamento, as crianças nascidas prematuramente e com baixo peso evidenciam mais problemas de comportamentos internalizantes (ansiedade e depressão) em relação às crianças a termo, na fase pré-escolar. Para além dos problemas comportamentais internalizantes, também os externalizantes são frequentemente observados entre as crianças prematuras (Botting, Powls, Cooke & Marlow, 1997; Gardner & Shaw., 2008; Horwood, et al., 1998; Roth et al., 2003; Stjernqvist, & Svenningsen, 1999; Sykes, et al., 1997), como por exemplo o comportamento hiperativo.

De facto reconhece-se a necessidade do estudo das implicações do múltiplo risco nos problemas comportamentais nestas crianças. Para que se possa atender às vulnerabilidades associadas à prematuridade e conseguir concretizar intervenções precoces e adequadas, melhorando assim a condição psicológica das crianças nascidas pré-termo e possibilitar a adaptação destas ao meio.

Enquadramento Teórico

1. Classificação da prematuridade

A prematuridade é classificada de acordo com a idade gestacional. Os bebês nascidos prematuramente e de baixo peso, nascem antes de concluírem as 38 semanas de gestação e com um peso inferior a 2500gr. As crianças que apresentam um peso abaixo das 1500gr são bebês com muito baixo peso, nascidos entre 31ª e 36ª semana. Os que têm um peso inferior às 1000gr à nascença, são denominados como extremo baixo peso e com uma idade gestacional menor ou igual a 30 semanas.

A taxa de sobrevivência dos bebês nascidos com baixo peso é de 85%, já as de extremo baixo peso é de 95%¹. Constata-se que os bebês pré-termo de muito baixo peso deparam-se com um enorme risco de mortalidade infantil e de morbidade. Estes encontram-se com um abrangente leque de problemas de saúde, e problemas ao nível do comportamento ao longo do desenvolvimento (Ortiz-Mantilla, Choudhury, Leever, & Benasich, 2008).

Em Portugal no ano de 2007, a taxa de prematuridade relativamente às crianças nascidas antes das 37 semanas de gestação, estima-se que é 9,1%. Isto indica que nasceram 9,296 bebês prematuros, sendo que 87,8 % destes são pré termo entre 33 e 36 semanas de gestação, 9,3% destes são prematuros com muito baixo peso (entre 28 e 32 semanas de gestação) e 2,9 % destes são de extremo baixo peso (antes das 28 semanas de gestação)².

O peso ao nascer e a idade gestacional revelam informações fundamentais, são indicadores determinantes para os fatores prognósticos essenciais da prematuridade, pelo papel que desempenham na maturidade de diversos sistemas no recém-nascido prematuro. Segundo Linhares, Carvalho, & Martinez, (1999, cit. in Linhares, Carvalho, Bordin, Martinez & Jorge, 2000) desvios num desses parâmetros poderá resultar num aumento da morbi-mortalidade neonatal.

¹ Prematuros em Portugal. Disponível na Internet:<URL:xxs-prematuros.com. [Consult. 02 DEZ. 2016]. ² Idem

2. O impacto da prematuridade na saúde

Uma criança nascida prematuramente é biologicamente imatura, comparativamente com outras a termo e está em risco de evidenciar problemas de saúde e de desenvolvimento (Cosentino-Rocha, 2012; Cassiano, 2012; Delobel-Ayoubet al., 2009; Klein, 2009; Vieira & Linhares, 2011, cit. in Gracioli, 2013). A vulnerabilidade biológica pode estar ainda associada a riscos psicossociais de contexto, onde a criança está agregada, colocando-se assim numa condição de múltiplo risco, o que pode ter um impacto negativo no seu desenvolvimento (Spinillo et al., 2009, cit. in Gracioli, 2013).

Crianças nascidas pré-termo têm o risco acrescido de apresentar sintomas respiratórios persistentes durante os primeiros 4-5 anos após o nascimento. Estes problemas incluem sintomas como, a tosse, que pode estar ligada à função pulmonar anormal, podendo verificar-se também problemas como, obstrução das vias aéreas, e hiper-responsividade das vias aéreas a estímulos e exercício direto (Greenough, Giffin, Yuksel, & Dimitriou, 1996). A doença respiratória crónica resulta frequentemente de partos prematuros, especialmente em crianças que desenvolveram displasia bronco pulmonar (Hack, Friedman & Fanaroff, 1996; Fenton et al., 1996; Coalson, 2006). Tem-se defendido que a displasia bronco pulmonar representa uma desordem ao nível do desenvolvimento, onde os pulmões não completam a complexidade estrutural, levando a uma redução da área de superfície para as trocas de gases (Coalson, 2006).

3. Prematuridade e alterações no neurodesenvolvimento

Crianças que nascem com fatores de risco necessitam de acompanhamento e de intervenções de forma a garantir um desenvolvimento pleno e de qualidade. O estudo de Scochi, Riul, Garcia, Barradas, & Pileggi, (2001) indica que, a longo prazo, as crianças nascidas prematuramente podem apresentar um aumento de sequelas incapacitantes, de doenças crónicas e neurológicas. Também demonstram dificuldades de aprendizagem e distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição comportamento. (Scochi, Riul, Garcia, Barradas, & Pileggi, 2001).

Nestas crianças nascidas prematuramente verificam-se problemas motores, que poderão influenciar na maturidade global da criança, no que concerne à qualidade de

exploração ambiental e das possibilidades interativas que norteiam o desenvolvimento dos processos de socialização, autocuidados, cognição e linguagem (Sullivan, & Msall, 2007; Mancini et al., 2002; Caravale, Tozzi, Albino, & Vicari, 2005, cit. in Lamônica & Picolini, 2009).

Segundo Freitas & Kernkraut (2010) ao longo do primeiro ano de vida de uma criança nascida pré-termo, é fundamental estar atento à evolução motora desta. Englobadas nas anomalias neurológicas transitórias encontra-se, a postura, motricidade fina e ampla, a coordenação, equilíbrio, reflexos e distonia, que se dividem em hipertonía, que é quando os músculos se encontram muito contraídos ou hipotonia, quando os músculos se encontram descontraídos (Freitas & Kernkraut, 2010, cit. in Martins, 2013).

Segundo Freitas & Kernkraut (2010) é necessário analisar casos, de desenvolvimento sensório-motor-oral e de alimentação, pois frequentemente verifica-se ocorrências de incoordenação entre a sucção, respiração e deglutição, entre outras dificuldades, nomeadamente na recusa alimentar, a seleção de alimentos por tipo e/ou textura, a recusa de alimentos sólidos, as alterações de padrão motor oral e/ou disfagia. É necessário ter em conta as dificuldades comportamentais, associadas ao refluxo gastroesofágico (Freitas & Kernkraut, 2010, cit. in Martins, 2013).

Ao nascimento prematuro também estão associados diversos défices relacionados com o desenvolvimento neurológico. Entre os principais défices encontram-se; atraso mental grave, deficiências visuais e auditivas, paralisia cerebral (Cunha et al, 2010, cit. in Martins, 2013). As alterações neurodesenvolvimentais que são caracterizadas como menos graves, afetam de forma subtil as funções do sistema nervoso central, conseqüentemente podem dar origem a distúrbios de linguagem, dificuldades de aprendizagem, perturbação de défices de atenção e hiperatividade, disfunção neuro motora menor ou distúrbios de coordenação de desenvolvimento, problemas de comportamento, e as dificuldades sócio emocionais (Martins, 2013).

O desenvolvimento da linguagem é uma das áreas fulcrais na saúde global da criança, pois exerce um impacto em diversas áreas de adaptação: comunicação, aprendizagem, socialização (Lewis, Green, Reichard, Wright, 2002, cit. in Lamônica & Picolini, 2009).

A literatura refere que crianças nascidas pré-termo são mais suscetíveis a apresentarem dificuldades no desempenho da linguagem quando comparadas com crianças a termo, tanto no processamento da linguagem como no processamento da fala (Sullivan, & Msall, 2007; Perissinoto, & Isotani, 2003; Sansavini et al., 2007; Holdgrafer, 1996, Jennische, & Sedin, 1998, citados por Souza, Regina, & Andrade, 2004).

O estudo em causa sublinha a importância para facto de proporcionar a estas um desenvolvimento saudável da linguagem. Dar às crianças a possibilidade de reunirem condições necessárias de comunicação efetiva e inserção social, e por conseguinte aumentar a probabilidade de um futuro sucesso académico e profissional (Perissinoto & Isotani, 2003).

Na dimensão cognitiva, Sansavini, Rizzardi, Alessandroni, & Giovanelli (1996, cit. in Botelho & Leal, 2001) demonstraram que crianças que nasceram com baixo peso e que cujo tempo de gestação foi inferior a 37 semanas, revelaram um QI inferior comparativamente a crianças de termo. Também se verificou que crianças nascidas prematuramente quando comparadas a crianças de termo apresentavam menor capacidade cognitiva, e acentuados problemas na memória e atenção (Sansavini, Rizzardi, Alessandroni, & Giovanelli, 1996, cit. in Botelho e Leal, 2001).

Segundo Méio et al. (2004) crianças nascido pré-termo com muito baixo peso evidenciam dificuldades em áreas como desenvolvimento cognitivo, na coordenação visuo motora e memória, capacidade espacial e visuo perceptiva, coordenação visuo motora e perceptivo-motora e coordenação visuo motora e visuo perceptiva. Assim, crianças nascidas prematuramente demonstram diversos défices cognitivos que habitualmente englobam funções, como a de processamento em simultâneo e processamento de informações complexas, que necessitam do raciocínio lógico e da capacidade de orientação espacial.

Sabe-se que nos primeiros anos de vida destas crianças o atraso no desenvolvimento cognitivo, é entendido como a maior alteração, também se verifica tal alteração na idade escolar, onde estão visíveis dificuldades a nível da aprendizagem e do comportamento.

Segundo o estudo de Graziano & Leone (2005) os prematuros, são suscetíveis de desenvolver problemas ao nível visual, nomeadamente retinopatia, estrabismo e os erros

de refração. Existe também a probabilidade acrescida de ter uma baixa acuidade visual, devido a uma falha a nível cortisol (Graziano & Leone, 2005, cit. in Formiga, 2003).

4. Prematuridade, temperamento e problemas de comportamento

No que diz respeito aos tipos de problemas comportamentais, consideram-se os do tipo internalizante são caracterizados por retraimento, depressão, ansiedade e queixas somáticas. Os do tipo externalizante são descritos por impulsividade, agressão, agitação, características desafiantes e antissociais (Achenback & Rescorla, 2000 cit. in Gracioli, 2013). Quando as crianças manifestam problemas de comportamento do tipo internalizante podem isolar-se socialmente (Coplan, et al., 2004, cit. in Gracioli, 2013). Já no que aponta aos problemas do tipo externalizante verificam-se dificuldades em gerir conflitos e provocar rejeição do “outro” (Patterson, Reid, & Dishion, 2002, cit. in Gracioli, 2013).

Os problemas de comportamento internalizantes (ansiedade e depressão), assim como os externalizantes (impulsividade e agitação), foram identificados em 13% das crianças nascidas pré-termo com muito baixo peso (Woodward et al., 2009, cit. in Gracioli, 2013), nas pré-termo com extremo baixo peso os índices apresentam-se mais elevados, entre os 22% e os 37% (De Groote et al., 2007, cit. in Gracioli, 2013).

4.1. A importância do Temperamento

Através da herança genética é transmitido o temperamento, no entanto este pode ser moldado e influenciado pela experiência específica de cada indivíduo, que integra na personalidade da pessoa (Rothbart et al., 2000, cit. in Gracioli, 2013). Sofia Gracioli (2013) refere que o temperamento é uma “peça” fundamental na construção da personalidade do indivíduo bem como nas relações que estabelece com o meio ambiente.

A abordagem de Rothbart, o temperamento é constituído por três fatores: Afeto Negativo, Extroversão e Controlo com esforço (Rothbart, 2006, cit. in Gracioli, 2013).

Cada fator abarca as seguintes dimensões: para o Afeto Negativo a frustração, medo e a tristeza, no caso da Extroversão, a antecipação positiva, nível de atividade e

impulsividade, no Controlo com esforço, o prazer de baixa intensidade, controlo inibitório e focalização da atenção. O desenvolvimento dos fatores de Afeto Negativo e Extroversão dá-se nos primeiros anos de vida, o fator de Controlo com esforço verificase no final do primeiro ano de vida e torna-se organizado e complexo posteriormente no período pré-escolar do desenvolvimento (Hill-Soderlund & Braungart-Rieker, 2008, cit. in Gracioli, 2013).

O fator Controlo com esforço representa-se relevante relativamente ao estudo do temperamento e do desenvolvimento de crianças na fase pré-escolar (Rothbart, 2004, Cit. in Gracioli, 2013). É caracterizado pelas estratégias cognitivas e de atenção que regulam o comportamento e emoções através da inibição voluntária, modulação de respostas e auto monitoramento (Henderson & Wachs, 2007 cit. in Gracioli, 2013), ou seja, representa a habilidade de suprimir uma resposta comportamental e/ou emocional que emerge de uma forma genuína a fim de obter uma resposta pretendida (Gracioli, 2013).

De acordo com o Calkins (2009, cit. in Gracioli, 2013) o temperamento, os fatores biológicos e sociais representam-se como uma influência, nos problemas de comportamento em fases iniciais de desenvolvimento. Calkins (2009, cit. in Gracioli, 2013) desenvolveu um modelo, em que o modo como os processos de regulação nos níveis fisiológicos e comportamentais funcionam especificamente em cada individuo, ou seja, dependendo destes processos irá exercer influência na formação da personalidade e no comportamento ajustado na primeira infância, a base para uma adaptação bem-sucedida, são características como a autorregulação emocional e comportamental.

4.2. Prematuridade e problemas de comportamento. Abordagem da Psicopatologia do desenvolvimento

Na abordagem da psicopatologia do desenvolvimento (Rutter & Sroufe, 2000; Sameroff, 2000, cit. in Gracioli, 2013) os fatores de risco, incluindo a prematuridade, devem ser considerados como um precursor da probabilidade de ocorrência de efeitos negativos no desenvolvimento, e não como um padrão rígido e fixo (Gutnans et al., 2003, cit. in Gracioli, 2013). A inter-relação entre os fatores de risco e protetores, pode direcionar a criança a tornar-se resiliente, apesar de esta estar exposta a risco e adversidades, e contudo ter desfechos adaptativos no desenvolvimento (Gutnans et al.,

2003, cit. in Gracioli, 2013). Segundo Gracioli (2013), a resiliência para ser alcançada é necessária a existência de relacionamentos sólidos e sustentáveis com outras pessoas.

A trajetória desenvolvimental de crianças prematuras, com muito baixo peso, demonstram alto risco neonatal, e pode condicionar o desenvolvimento psicológico posterior da criança. As crianças nascidas pré-termo com uma idade gestacional inferior a 37 semanas e com um peso ao nascimento igual ou abaixo dos 1500 gramas necessitam de internamento na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal para assegurar a sua sobrevivência. Esta condição, apresenta-se como um fator adverso para a criança, causando-lhe desconforto e dor ao bebê, e conseqüentemente poderá impactar negativamente no seu desenvolvimento psicológico a curto e médio prazo (Grunau, 2000).

No estudo de Stoelhorst et al. (2003, cit. in Arpi & Ferrari, 2013), verificou-se que menor idade gestacional está associada a mais problemas de comportamento, contudo, no estudo de Delobel – Ayoub et al., (2009 cit. in Arpi & Ferrari., 2013) não existe relação significativa (Delobel – Ayoub et al., 2009).

Uma criança nestas condições fica privada de fatores essenciais, tais como restrições aos contactos físicos necessários com a sua mãe e ainda a amamentação (Grunau, Holsti, & Peters, 2006). A exposição aos estímulos que advêm do ambiente extrauterino, têm influência nas respostas ligadas aos processos de autorregulação fisiológica, que diz respeito ao funcionamento do sistema nervoso parassimpático. Sendo assim, o ambiente que circunda o bebê, representa um papel importante na história dos comportamentos regulatórios numa fase inicial, que por conseguinte interferem com os vínculos sociais, como o estado de vigília e sono, com a atividade motora e a emoção (Feldman, 2009).

Contudo, podem ocorrer diferentes trajetórias de desenvolvimento face às adversidades, devido ao interjogo que se estabelece na inter-relação entre os fatores de risco e os de proteção (Yunes & Symanskini, 2001). Assim, podem atuar recursos do próprio indivíduo e os fatores de proteção do ambiente e assim ultrapassar as adversidades, vulnerabilidades e riscos ao desenvolvimento adaptativo da criança. E fruto desta relação entre risco e proteção, o indivíduo pode tornar a sua trajetória desenvolvimental mais adaptada (Rutter & Sroufe, 2000, cit. in Cosentino-Rocha, 2012).

Trabalhos longitudinais (Shapiro-Mendoza et al., 2008, cit. in Jong, 2016), de crianças nascidas pré-termo, demonstraram, quando comparadas às de termo, evidenciaram um maior risco de problemas cognitivos, dificuldades escolares, bem como problemas de comportamento na idade pré-escolar (Jong, Verhoever, & van Baar et al, 2012; cit. in Jong, 2016).

Crianças nascidas prematuramente e com baixo peso demonstram, quando comparadas com crianças a termo, maior incidência nos problemas de comportamento do tipo internalizantes, em idades compreendidas entre os 3-5 anos de idade (Fallang et al., 2005; cit. in Gracioli, 2013). Foram sinalizados problemas de comportamento quer do tipo internalizante, ou externalizante. Estes problemas em 13% das crianças nascidas de pré-termo de muito baixo peso, ou seja, são crianças que tem um peso abaixo das 1500gr, nascidos entre as 32^a e 36^a semana (Woodward et al., 2009, cit. in Gracioli, 2013). As pré-termo de extremo baixo peso, inferior a 1000gr, podemos verificar níveis mais elevados (22% a 37%) (De Groote et al., 2007; cit. in Gracioli, 2013).

A relação entre os fatores de risco biológico inerentes à prematuridade e baixo peso, os fatores ambientais, que são designados por fatores proximais, nomeadamente, alto nível de stress familiar, baixa responsabilidade materna, e dificuldades a desempenhar o papel da maternidade e fatores distais (nível educacional baixo, estatuto socioeconómico dos cuidadores, situação conjugal). Assim, ambos os fatores parecem ser variáveis que podem de facto despoletar problemas de comportamento (Brandt et al., 1992; Gennaro, Brooten, Roncou, & Kuman, 1993; Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman, & Krikler, 1994; Sobotková et al., 1996, cit. in Linhares Carvalho, Bordin, Martinez & Jorge, 2000).

Demonstrou-se que a depressão parental pré-natal, bem como pós-natal, pode interferir no aumento da probabilidade das crianças manifestarem problemas de comportamento significativos de internalização e externalização (Velders et al. 2011, Van Battenburg-Eddes et al. 2013, cit. in Carneiro, Dias, & Soares, 2016). Estudos analisaram a sintomatologia das mães de crianças prematuras, e constatou-se que estas, com sintomas depressivos, por sua vez, aumentava os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, nos respetivos filhos (Poehlmann et al & Paterson et al, 2013, cit. in Carneiro, Dias, & Soares, 2016).

Na idade escolar, trabalhos realizados revelam que crianças pré-termo, evidenciam problemas de comportamento, nomeadamente de desatenção e/ou hiperatividade, dificuldades sociais e emocionais. O distúrbio mais prevalente é o défice de atenção e hiperatividade, com uma prevalência estimada de 7 a 23%, seguido por distúrbios emocionais, como ansiedade (9%) e distúrbios do espectro do autismo (3,68%) (Johnson et al., 2010; Johnson et al., 2011, cit. in Arpi & Ferrari, 2013).

Nas capacidades reguladoras das crianças, existe uma das faculdades, no que diz respeito, ao controlo inibitório, que pode ser caracterizado pela capacidade de suprimir respostas e comportamentos, em prol de respostas mais adequadas (Goldsmith, 1996, Rothbart et al., 2003; cit. in Beijersa et al., 2013). O controlo inibitório começa a desenvolver-se no primeiro ano pós-natal, até aos seis anos de idade, esta componente passa por uma rápida evolução neste período, este padrão de desenvolvimento vai ao encontro, das mudanças que estão relacionadas com a idade da maturação do lobo frontal (Kochanska et al., 1996 e Morasch & Bell, 2011; cit. in Beijersa et al., 2013). Quando o controlo inibitório não se desenvolve adequadamente, as crianças podem evidenciar dificuldades em reproduzir respostas autónomas controladas e adequadas face a situações adversas e/ou desafiadoras e conseqüentemente desenvolvem problemas no domínio sócio-emocional (Kieras et al., 2005 e Utendale & Hastings, 2011, Cit. in Beijersa et al., 2013).

Demonstrou-se que aos dois anos, que o estatuto socioeconómico, bem como a estimulação cultural tendem a minimizar os efeitos do risco biológico de prematuridade e muito baixo peso (Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman, & Krikler, 1994; Sansavini, Rizzardí, Alessandrini, & Giovanelli, 1996, cit. in Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001).

Na Inglaterra, o risco de não atingir um desempenho escolar é considerável aos 5 anos, foi 8% a 12%, com maior prevalência em crianças prematuras nascidas com muito baixo peso (inferior a 1500gr, com uma idade gestacional entre as 32^a e 36^a semanas), quando comparadas com as nascidas termo (Quigley et al., 2012, cit. in van Baar, 2013). Crianças nascidas prematuramente com muito baixo peso, entre 5-7 anos de idade no Reino Unido, demonstram maior propensão a obter resultados menos favoráveis nas avaliações escolares (Peacock et al., 2012; cit. in van Baar, 2013).

No trabalho de Cserjesi et. al realizado na Holanda (Cserjesi et. al 2012, cit. in van Baar, 2013), algumas diferenças significativas foram verificadas em crianças pré-termo, quando comparadas com as de termo. Assim as de pré-termo evidenciaram resultados inferiores, nomeadamente, na inteligência, atenção e funcionamento executivo aos sete anos de idade. Foram encontradas diferenças no que aponta, à memória verbal, visuomotora e habilidades motoras. Crianças com idades compreendidas entre os 8-11 anos, reparou-se que as pré-termo de baixo peso e as de muito baixo peso, precisavam frequentemente de um apoio educativo especial na escola primária quando comparadas com as nascidas a termo (Odd De et al., 2012, cit. in Van Baar, 2013).

Na generalidade, relativos aos problemas escolares, funcionamento cognitivo e problemas de comportamento, verificou-se que crianças de baixo peso e muito baixo peso, apresentavam maior prevalência de transtornos psiquiátricos em adultos, quando comparados aos seus pares a termo (Van Baar et al, 2013, cit. in Jong, 2016).

O risco de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso e de extremo baixo peso, quando comparadas a crianças nascidas a termo, é 30% maior a probabilidade de estas, em adulto manifestarem maior prevalência de transtornos psiquiátricos (Lindstrom et al, 2009, cit. in Jong, 2016). Moster et al. (2008), corroboram que a percentagem é de 30-40% maior probabilidade de desenvolver esquizofrenia em adultos (Moster et al, 2008, cit. in Jong, 2016). Já Buchmayer et al. (2009), indicaram que a probabilidade de crianças nascidas prematuramente de muito baixo peso e extremo baixo peso, é de 50% maior prevalência de autismo, quando comparadas às de termo (Buchmayer et al, 2009, cit. in Jong, 2016).

Prematuridade. Impacto nos pais e nas famílias

Estudos anteriores denominaram a crise emocional vivida pelos pais de crianças prematuras como grave. Pode-se averiguar-se sentimentos, como a ansiedade, medo, crises de choro, dificuldades de alimentação, perturbações do sono, depressão, irritabilidade, que estão associados à preocupação relativa à saúde do seu bebé, bem como a sensação falta de capacidade para cuidar e educar (Barros,1992, cit. in Barros, 2001).

Os pais podem experienciar uma situação de “crise psicológica” face ao nascimento de um bebé prematuro, pois estas passam a enfrentar situações imprevisíveis 20

e ansiogénicas potencializando sentimentos de impotência e de stress, principalmente na mãe (Kennell & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1982).

Os modelos transacionais de desenvolvimento sugerem a análise e o foco dos processos complexos relativas à interação entre pessoa-ambiente ao longo do tempo, bem como as relações bidirecionais entre pais e filhos. Estes processos podem influenciar os mecanismos subjacentes para o desenvolvimento da psicopatologia (Sameroff, 1975, cit. in Ciciolla, Gerstein, & Crnic, 2014). A angústia psicológica materna é um fator de risco chave para o desenvolvimento de problemas de comportamento na infância (Cummings & Davies, 1994, cit. in Ciciolla, Gerstein, & Crnic, 2014).

Nas mães deprimidas verificam-se nas suas crianças, dificuldades na regulação da afeção e maior probabilidade de desenvolverem problemas de internalização e externalização (Goodman & Gotlib, 1999; Luoma et al., 2001, cit. in Ciciolla, Gerstein & Crnic, 2014).

As repercussões a nível bidirecional nas idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos de idade revelaram, que em relação à psicopatologia materna, esta pode causar impacto nestas crianças mais jovens, especialmente nas crianças com um maior risco de atraso desenvolvimental (Sohr-Preston, & Scaramella, 2006, cit. in Batenburg et al., 2013).

Estudos atuais, revelam que os processos transacionais estão associados ao sofrimento materno e ao comportamento das crianças, durante o período pré-escolar precoce (Olsen & Lunkenheimer, 2009, cit. in Batenburg et al., 2013).

Diversos estudos sugerem que as mães que experienciaram a depressão ou ansiedade pré-natal, aumentam assim a suscetibilidade das crianças manifestarem problemas de comportamento e emocionais (Talge, Neal, & Glover, 2007; Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005, cit. in Batenburg et al., 2013).

É de realçar que o funcionamento psicológico dos cuidadores é um aspeto de extrema importância. Se o estado psicológico dos cuidadores estiver comprometido, estes terão maiores dificuldades em apoiar os filhos, bem como transmitir os seus ensinamentos, relativa à regulação das emoções destes (Kersten-Alvarez et al., 2012).

Estes estudos (Lesage et al., 2004, cit. in Batenburg et al., 2013), evidenciam que a exposição do bebé ao stress materno pré-natal pode ter um impacto negativo na saúde, no peso com que nascem e no desenvolvimento cerebral (Lesage et al., 2004, cit. in Batenburg et al., 2013) e no funcionamento comportamental destas crianças (Weinstock, 2001, cit. in Batenburg et al., 2013).

A partir dos anos 70 começaram a emergir pesquisadores com estudos ligados às mudanças internas que o individuo vai tendo, bem como o estudo do ambiente que o rodeia, pois exerce influência sobre o sujeito. Ou seja, existe uma mútua influência, entre as particularidades de cada individuo e os contextos onde este está enquadrado (Bronfenbrenner, 1986). Segundo Bronfenbrenner, a relação do meio ambiente e o desenvolvimento humano, destacando a forma como o espaço ecológico-social em que o individuo se encontra, tem implicações na sua trajetória (Bronfenbrenner, 1996, cit. in Delgado, 2009). O individuo será prejudicado ou por outro lado potencializado, por meio da inter-relações e interações que este estabelece com outros indivíduos, bem como os símbolos e objetos que caracterizam o seu ambiente externo e entre sistemas, mais especificamente, entre a escola e a família, ou entre o ensino superior e o mercado de trabalho. Na perspetiva ecológica, ecossocial ou ecossistémica os indivíduos não se apresentam como seres passivos do ambiente, mas sim agentes dinâmicos que se interrelacionam com o meio (Thomas & Pierson, 1995; Caballo, Candia, Caride, & Meira, 1996, cit. in Delgado, 2009). Os indivíduos ao longo das suas vidas vão se adaptando ao ambiente em que estão envolvidos, podendo existir uma modificação recíproca, ou seja, o individuo ao adaptar-se ao meio, este também vai exercer influência no próprio e assim existindo influência mútua (Caride & Meira, 1995, cit. in Delgado, 2009).

Mães de bebés pré-termo geralmente não recebem apoio adequado, vivenciando durante a gravidez níveis de stress elevados, apresentando maior fragilidade psicológica, e conseqüentemente maior dificuldade em exercer a “maternidade” e estabelecer um padrão de interação adequado com o filho (Carvalho, Loureiro, & Simões, 2006). O bebé pré-termo apresenta-se pouco responsivo aos estímulos visuais e auditivos (Brazelton, 1994; Kennell & Klaus, 1993; Klaus & Kennell, 1982), comprometendo no estabelecimento do vínculo mãe-bebé. Segundo Barros (2001), os bebés que nascem prematuramente, relativamente ao aspeto físico, estes demonstram-se menos atraentes para os pais, com menos capacidades de estabelecer contacto visual, vocalizações ou sorrisos, limitando assim a criação de uma relação inicial saudável e satisfatória. Como já

foi referido, o internamento em Unidades de Neonatologia, também não favorece o estabelecimento de um vínculo afetivo, visto que os pais e a criança se encontram menos próximos fisicamente. A forma como os pais reagem emocionalmente é determinante e vai influenciar o estabelecimento de um vínculo afetivo, através das interações, que podem ser mais positivas ou negativas, e com isto comprometendo ou favorecendo a ligação de ambos (Corter e Minde, 1987, cit. in Barros, 2001).

Crianças nascidas prematuramente apontaram resultados cognitivos inferiores, quando estes se encontram em contextos familiares mais negativos, no entanto, estas crianças evidenciam resultados cognitivos superiores em contextos familiares mais positivos. Estudos mostraram que crianças mais reativas, revelam melhores resultados comportamentais num contexto familiar mais positivo, e por outro lado piores resultados em contextos familiares mais negativos, contudo, estes efeitos não se verificam em crianças menos reativas (Belsky, Hsieh, & Crnic, 1998, Mesman et al., 2009, Stright, Gallagher, & Kelley, 2008, cit. in Shah, Robbins, Coelho, & Poehlmann, 2013).

Assim, Kálmar (1996) apurou que as crianças pré-termo com baixo peso quando inseridas em contextos ambientais, que se representam como fatores de proteção, entre os quais, a responsabilidade parental, aceitação do comportamento da criança e disponibilidade de brinquedos, estes tendem a ter uma predisposição maior a apresentar sinais de resiliência, quando comparadas com crianças sem essas mesmas condições (Kálmar, 1996, cit. in Bordin, Linhares, & Jorge, 2001).

Também a pobreza é reconhecida por estar associada como um fator de risco para o funcionamento cognitivo na infância, e possivelmente, no nível educacional futuramente (Ackerman, Brown, & Izard, 2004; Botting, Powls, Cooke & Marlow, 1997; Klebanov & Brooks-Gunn, 2006; Shaw, Winslow, Owens & Hood, 1998).

Estudo empírico

1. Método

O projeto em questão insere-se na linha de investigação Prematuridade e Desenvolvimento. Procura acompanhar o desenvolvimento de crianças nascidas prematuramente de muito baixo peso e extremo baixo peso, procurando fazer uma leitura de fatores de risco para o seu desenvolvimento.

O presente estudo foca-se na descrição das características comportamentais de crianças nascidas prematuramente com muito baixo peso e extremo baixo peso e explorar as suas características comportamentais no cruzamento com fatores de risco biológico e ambiental presente na sua trajetória.

2. Objetivos específicos:

- Descrever o perfil comportamental das crianças prematuras
- Identificar indicadores de problemas de comportamento
- Relacionar os fatores de risco biológico (Peso à nascença/ Idade Gestacional/ tempo de internamento) a indicadores de problemas de comportamento nas crianças.
- Relacionar fatores de ordem familiar (nível educacional dos pais e das mães, profissão dos pais e das mães, e idade dos pais e das mães) a indicadores de problemas de comportamento nas crianças.

2.1. Amostra

O estudo que desenvolvemos é de natureza descritiva, onde a amostra é não probabilística de conveniência, e é constituída por crianças nascidas prematuramente numa unidade de neonatologia no norte do país.

A amostra é constituída por 6 crianças, onde a caracterização desta se encontra na tabela, a seguir ao seguinte texto. Três crianças (50%) são do género masculino e três crianças (50%) do género feminino. Relativamente à idade gestacional, três crianças

nasceram com 29 semanas (50%), duas crianças nasceram com 31 semanas (33,33%), uma das crianças nasceu com 25 semanas (16,66%).

Relativamente ao peso à nascença, 4 crianças entre os 1310gr e 1094gr, designando-se por crianças de muito baixo peso, já duas estão entre os 842gr e 948gr, designando-se assim, como extremo baixo peso.

Assim da amostra em questão, 66, 66% das crianças são classificadas como tendo muito baixo peso, e 33,33% denominados como, extremo baixo peso. A idade média destas crianças são de 60 meses.

Crianças	Género	IG	Peso (gr)	TI	IC2	Mprof	Pprof	Mhab	Phab	Id.M.	Id.P.
A.C.	F	29	1194	69	60	Op. Fabril (calçado)	Desempregado (carpinteiro)	6º Ano	4º Ano	38	38
M.C. (MMm)	F	29	1026	69	60	Op. Fabril (calçado)	Desempregado (carpinteiro)	6º Ano	4º Ano	38	38
R.C.	M	29	1094	69	60	Op. Fabril (calçado)	Desempregado	9º Ano	12º Ano	38	38
G.C.	M	31	1310	37	56	Op. Fabril (calçado)	Comercial	6º Ano	9º Ano	34	34
R.A.	F	25	842	26	56	Desempregada	Comerciante	9º Ano	9º Ano	38	36
T.S.	M	31	948	46	54	Administrativa	Tecelão			32	31

Tabela 1 – Características da amostra.

IG (Idade gestacional), TI (Tempo de internamento em dias), IC2 (Idade cronológica em meses), Mprof (Profissão das mães das crianças) / Mhab (Habilitações das mães), Pprof (profissão dos pais das crianças) / Phab (Habilitações dos pais). Id.M. (idade da mãe), Id.P. (idade do pai).

2.2. Instrumento

Na nossa amostra para traçar o perfil comportamental das nossas crianças foi utilizado o questionário de comportamento da criança-CBCL ½- 5 (Child Behavior Checklist) que integra o modelo ASEBA (Achenbach, 2000, 2001) recentemente validado para a população portuguesa.

A CBCL é um questionário constituído por 118 itens que tem o objetivo de avaliar os problemas internalizantes e externalizantes da criança/adolescente, onde os informadores são os pais ou os cuidadores.

A CBCL nas suas questões abrange problemas comportamentais, emocionais e sociais. Por fim, são recolhidos dados, relativamente aos problemas físicos e outro tipo de problemas incomuns, que os pais considerem importante expor (Nogueira, 2013).

No inventário, as escalas são formadas por problemas de comportamento externalizante, constituídas pelas escalas de problemas de atenção e comportamento agressivo, no que concerne aos problemas de comportamento do tipo internalizante, são pelas escalas de reação emocional, ansiedade/ depressão, queixas somáticas e retraimento. Assim a CBCL relativa há informação que nos dá relativamente aos problemas de comportamento externalizante, que se referem a scores que manifestam comportamentos disruptivos e antissocial. Os problemas internalizantes que diz respeito a tendências neuróticas (Achenbach & Rescorla, 2000).

Inclui ainda itens de competência onde a informação é recolhida através da escolha múltipla, bem como itens de preenchimento livre, ou seja, existe uma pergunta e os cuidadores respondem segundo suas perceções em relação aos seus filhos. Assim os dados adquiridos não apenas pontuações para as escalas, mas também incluem informação descritiva específica relativa à criança a ser avaliado (Achenbach & Rescorla, 2000).

Os comportamentos são pontuados numa escala tipo Likert de 3 pontos (0= Não é verdadeira; 1= Algumas vezes verdadeira; 2= Muitas vezes verdadeira).

As escalas são constituídas por um score total dos problemas de comportamento internalizante e externalizante, também se pode avaliar o score separadamente, ou seja, obter o score dos problemas internalizante e externalizante separadamente. É também constituído por escalas relacionadas ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, entre os quais, problemas de ansiedade, problemas afetivos, défices de atenção/problemas de hiperatividade, problemas invasivos do desenvolvimento e problemas oposicionais desafiantes. É necessário e importante frisar que os scores que dizem respeito a estas escalas não correspondem a um diagnóstico, assim referem-se a sua incidência do problema em questão e não à sua duração (Achenbach & Rescorla, 2000).

Procedimentos de recolha de dados

A recolha de informação ocorreu no contexto da consulta pré termo de um hospital na zona norte do país, sendo solicitada aos pais informação relativamente ao contexto familiar, às rotinas e aos cuidados parentais, estimulação proporcionada à criança, preocupações, dificuldades e perceção de competências da criança. Simultaneamente era solicitado às mães que respondessem à CBCL com a finalidade de avaliar os comportamentos internalizantes e externalizantes dos seus filhos. Foram ainda consultados os processos clínicos das crianças para reunir informação sobre a história clínica e desenvolvimental da criança.

3. Resultados

Começaremos por o primeiro objetivo que consiste apresentar o perfil comportamental considerando os valores t- score para cada uma das subescalas. Estes valores determinam as seguintes categorias: *normativo* para valores abaixo de 65; *borderline* para valores entre 65 e 69 e *com significado clínico* para valores acima dos 70.

No quadro da figura 1, representa a caracterização do perfil comportamental das crianças avaliadas, está graficamente representado a caracterização do perfil comportamental considerado os valores t- score para cada uma das subescalas. No gráfico cada cor representa, cada uma das crianças a ser avaliadas.

Assim no quadro que segue a criança A.C, que esta caracterizada no quadro pela cor azul-I, no respeito á Reatividade Emocional tem uma pontuação de 59. Para a ansiedade/Depressão a pontuação é de 56, Queixas somáticas é de 57, Isolamento é 63, Problemas de Sono é de 53, Problemas de atenção é de 50 e para os problemas de comportamento Agressivo a pontuação é 50.

A criança M.C que no quadro está representada pela cor de laranja-II, relativamente á Reatividade Emocional tem uma pontuação de 50. Já para a ansiedade/Depressão a pontuação é de 51, Queixas somáticas é de 62, Isolamento é 56, Problemas de Sono é de 51, Problemas de atenção é de 50 e os problemas de comportamento Agressivo a pontuação é 50.

O R.C está representado pela cor cinzenta-III, a Reatividade Emocional tem uma pontuação de 55. A ansiedade/Depressão a pontuação é de 52, Queixas somáticas é de 53, Isolamento é 63, Problemas de Sono é de 50, Problemas de atenção é de 51 e os problemas de comportamento Agressivo a pontuação é 50.

A criança G.C está representado pela cor amarela-IV, a Reatividade Emocional tem uma pontuação de 55. A ansiedade/Depressão a pontuação é de 51, Queixas somáticas é de 53, Isolamento é 56, Problemas de Sono é de 53, Problemas de atenção é de 57 e para os problemas de comportamento Agressivo a pontuação é 52.

A criança R.A é representada pela cor azul-escuro-V, a Reatividade Emocional tem uma pontuação de 52. A ansiedade/Depressão a pontuação é de 53, Queixas somáticas é de 50, Isolamento é 51, Problemas de Sono é de 51, Problemas de atenção é de 53 e os problemas de comportamento Agressivo a pontuação é 50.

A criança T.S está representada pela cor verde-VI, a Reatividade Emocional tem uma pontuação de 50. A ansiedade/Depressão a pontuação é de 56, Queixas somáticas é de 63, Isolamento é 64, Problemas de Sono é de 62, Problemas de atenção é de 53 e os

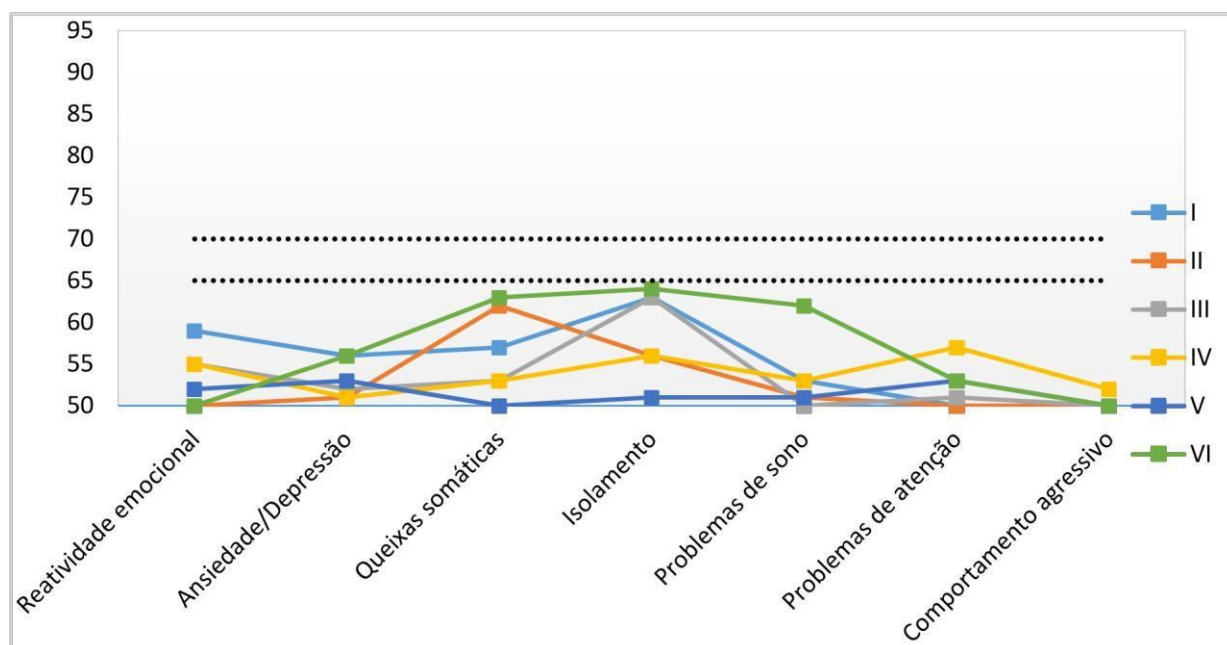


Figura 1. Quadro de caracterização do perfil comportamental das crianças avaliadas

I-azul (A.C.), cor laranja-II (M.C), cor cinzenta-III (R.C), cor amarela-IV (G.C), cor azul escuro-V (R.A), cor verde-VI (T.S)

Seguidamente procuraremos explorar estes dados considerando a informação relativa à história clínica, desenvolvimental das crianças bem como aos fatores de natureza ambiental, em concordância com os objetivos do nosso estudo.

Qual a relação com a sua trajetória desenvolvimental? Qual a relação com as características dos pais?

A criança A.C. que corresponde à cor azul claro-I, não apresenta no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. No entanto, no que diz respeito à escala do isolamento, aproxima-se do limiar inferior, com uma pontuação de 63.

Da sua história clínica salienta-se a trigemelaridade. No período de internamento regista-se a necessidade de suporte ventilatório por um período superior a 96 horas. Não se registam fatores de risco neurológico (hemorragia intraventricular grau III ou IV, ecografia transfontanelar com alterações). Não há registo de internamentos posteriores. Vive com os pais, a avó e os seus dois irmãos gémeos. Esteve aos cuidados da avó materna até à entrada no Jardim de Infância. Foi acompanhada por fisioterapia aos 12 meses durante cerca de 8 meses por hipotonia generalizada. Inicia aos 40 meses apoio terapia da fala. Inicia a frequência do Jardim de Infância aos 41 meses tendo revelado uma evolução favorável na sua adaptação. No contexto do Jardim-de-infância recebe também apoio de terapia ocupacional. É descrita pela mãe como uma menina autónoma na alimentação e nos cuidados pessoais (higiene, vestir/despir). Do ponto de vista do desenvolvimento a mãe refere que tem algumas preocupações sobretudo na área da linguagem por dificuldades de articulação. É descrita como uma criança curiosa e com interesses adequados à sua faixa etária. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações graves no neurodesenvolvimento.

M.C. corresponde à cor laranja-II, não apresenta alterações no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. Apenas no que diz respeito, à subescala queixas somáticas o nível é mais elevado, apresentando uma pontuação de 62.

Da sua história clínica salienta-se a trigemelaridade. No período de internamento não se registam fatores de risco neurológico. Vive com os pais, a avó e os seus dois irmãos

gêmeos. Esteve aos cuidados da avó materna até à entrada no Jardim de Infância. Foi acompanhada por fisioterapia aos 12 meses durante cerca de 8 meses por hipotonia generalizada. Inicia aos 40 meses apoio em terapia da fala. Inicia a frequência do Jardim de Infância aos 41 meses tendo revelado uma evolução favorável na sua adaptação. Segundo a mãe coopera em tarefas de vida diária, é autónoma na alimentação e nos cuidados pessoais. É descrita como uma criança curiosa e atenta. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar, no enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações graves no neurodesenvolvimento.

A criança R.C. corresponde à cor cinzenta-III também não apresenta no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. Na escala do isolamento demonstra um nível mais elevado, com uma pontuação de 63.

Da sua história clínica salienta-se a trigemelaridade. Não se registam fatores de risco neurológico. Vive com os pais, a avó e os seus dois irmãos gêmeos. Iniciou fisioterapia aos 10 meses de idade e durante 10 meses devido a hipotonia generalizada. Inicia aos 40 meses apoio em terapia da fala. Até aos 41 meses esteve aos cuidados da avó materna altura em inicia a frequência do Jardim de Infância tendo revelado uma evolução favorável na sua adaptação. No contexto do J.I. é apoiada por terapia ocupacional. É descrita pela mãe como uma criança autónoma na alimentação e nos cuidados pessoais. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar, no enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações no neurodesenvolvimento.

A criança G.C. corresponde à cor amarela-IV, não apresenta no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. Na sua história clínica não se registam fatores de risco neurológico. Não há registo de internamentos posteriores. Vive com os pais e é o único filho do casal. Esteve aos cuidados da avó até á entrada no J.I. que iniciou quando completou os 3 anos. De acordo com a descrição da mãe é uma criança autónoma na alimentação e cuidados pessoais, coopera na arrumação dos brinquedos e em pequenas tarefas de vida diária. É uma criança bem-disposta e brincalhona. As preocupações da mãe assentam no fato de considerar G.C. uma criança distraída e algo imatura. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar no enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações no neurodesenvolvimento.

A criança R.A. corresponde à cor azul-escuro-V, não apresenta no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. Na sua histórica clínica não se registam fatores de risco neurológico, contudo na ecografia transfontanelar, realizada aos 24 meses apresentava algumas alterações. R.A. vive com os pais e dois irmãos (irmã com 16 anos e irmão com 12 anos). Esteve aos cuidados da mãe até aos 3 anos altura em iniciou o Jardim de Infância, tendo apresentado bastantes dificuldades de adaptação. É descrita pela mãe como uma criança organizada colaborando já em algumas tarefas domésticas. Revela já alguma autonomia nas tarefas de cuidado pessoal. É bastante dependente dos irmãos. A mãe descreve-a como uma criança muito meiga e amiga dos outros e não aponta preocupações com o desenvolvimento da filha. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar no enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações no neurodesenvolvimento.

A criança T.S. corresponde à cor verde-VI, não apresenta no seu perfil comportamental alterações com significado clínico. Relativamente às escalas reatividade emocional, ansiedade/depressão, problemas de atenção e comportamento agressivo, os níveis encontram-se na normalidade. Contudo, nas restantes escalas os níveis aproximam-se do limiar inferior. No respeito às queixas somáticas, verifica-se um percentil de 63. Já no isolamento, observa-se um percentil de 64. Nos problemas de sono o nível do percentil é de 62. Na sua história clínica, regista-se uma hemorragia intraventricular grau IV. Iniciou fisioterapia aos 12 meses por atraso no desenvolvimento motor e durante cerca de 4 meses. Não há registo de internamentos posteriores. T.S. vive com os pais e é o único filho do casal. Esteve aos cuidados da avó materna e iniciou a creche aos 2 anos de idade real. Teve inicialmente uma adaptação muito difícil pelo que a sua frequência foi interrompida. Foi reintegrado um ano depois, mantendo as mesmas dificuldades que evoluíram positivamente. Os pais caracterizam-no como tendo sido sempre uma criança muito tímida, estabelecendo habitualmente pouca comunicação verbal com o adulto, apresentando algumas dificuldades de articulação. Revela alguma intolerância à frustração. Revela já alguma autonomia nas tarefas de cuidado pessoal, mas é ainda dependente do adulto no momento da refeição. Está envolvido numa equipa desportiva local. A criança tem sido acompanhada, desde a sua alta hospitalar no enquadramento da consulta pré-termo, não apresentando alterações no neurodesenvolvimento.

Como podemos verificar, na nossa amostra não foram detetados indicadores de psicopatologia no perfil comportamental das crianças avaliadas. Porém, em determinadas

crianças, existem valores próximos do limiar inferior para a categoria borderline, pelo que, desta forma, deve-se estar atento a estas áreas ao longo do desenvolvimento destas crianças.

Discussão dos resultados

A amostra é constituída por crianças prematuras de muito baixo peso e extremo baixo peso e com idade gestacional compreendida entre as 25 e 35 semanas, não se verificam alterações comportamentais com significado clínico. No que se refere à relação entre a idade gestacional e problemas de comportamento, muito embora exista uma vasta literatura que evidencia menor idade gestacional, maiores problemas de comportamento, veja-se, que trabalhos longitudinais (Shapiro-Mendoza et al., 2008, cit. in Jong, 2016), de crianças nascidas pré-termo, demonstraram, quando comparadas às de termo, estas evidenciaram um maior risco de problemas cognitivos, dificuldades escolares, como problemas de comportamento na idade pré-escolar (Jong, Verhoever, & van Baar et al, 2012; cit. in Jong, 2016). No estudo de Stoelhorst et al. (2003, cit. in Arpi & Ferrari, 2013), verificou-se que menor idade gestacional está associada a problemas de comportamento. No entanto, também encontramos inconsistência nos resultados, ou seja, esta variável parece não estar diretamente proporcional aos problemas de comportamento. Veja-se no estudo de Delobel – Ayoub et al., (2009 cit. in Arpi & Ferrari., 2013) não existe relação significativa entre as variáveis, ou seja, da menor idade gestacional estar ligada a problemas de comportamento (Delobel – Ayoub et al., 2009 cit. in Arpi & Ferrari., 2013). Num estudo onde se analisaram 25 crianças com extremo baixo peso (peso inferior a 1000gr, com uma idade gestacional menor ou igual a 30 semanas), 3 anos de idade, não se encontram diferenças significativas a nível comportamental (Arpi & Ferrari., 2013).

Reijneveld (2006, cit. in Arpi & Ferrari., 2013) averiguou que crianças com extremo baixo peso com hemorragia intraventricular de grau 3 ou 4 apresentam maiores problemas de comportamento relativo às queixas somáticas. Na amostra apenas uma das crianças apresentava este fator de risco na sua história clínica (T.S.), não se registando nas restantes, a presença de fatores de risco neurológico. Um dos fatores que beneficiou bastante as crianças pré-termo foi o avanço da medicina. Desde a invenção da incubadora, nutrição intravenosa. As práticas médicas e hospitalares contribuíram no apoio parental e

consequentemente atenuar o stress vivenciado pelos cuidadores, e desta forma a sua influência na trajetória dos seus filhos seja mais positiva (Schappin, 2013). Podemos verificar na nossa amostra o contributo do acompanhamento por equipas especializadas e multidisciplinares que possibilitaram uma intervenção precoce. Veja-se no caso de R.C. que apresentava hipotonia generalizada, e teve a oportunidade de ter acesso a fisioterapia aos 10 meses de idade, durante dez meses. Teve ainda apoio na terapia da fala. O T.S. realizou fisioterapia aos 12 meses por atraso no desenvolvimento motor durante cerca de 4 meses. De facto, os avanços da medicina nos meios de diagnóstico e tratamento e a mobilização de recursos são fundamentais e apresentaram-se como fatores de proteção, relativamente ao seu desenvolvimento.

No nosso caso, os fatores de risco biológico identificados (da idade de gestação entre 29 e 31 semanas, tempos de internamento entre 26 e 69 semanas), foram atenuados pelo acompanhamento e intervenção atempada ao nível da intervenção terapêutica (fisioterapia, terapia da fala e Terapia ocupacional) e ao nível da estimulação do desenvolvimento designadamente através da frequência do Jardim de infância a partir dos 3 anos.

Neste contexto relacional, um dos fatores de enorme relevância é o estado psicológico do cuidador. Assim, quando o funcionamento psicológico dos cuidadores está comprometido, existe uma tendência para não beneficiar o desenvolvimento dos seus filhos, bem como uma menor capacidade para ensinar estes a regular as emoções (Carneiro, Dias, & Soares, 2016). Em dois estudos verificou-se que o mal-estar materno influencia negativamente os resultados comportamentais dos respetivos filhos (ForcadaGux, 200 & Treyvaud, 2009, cit. in Arpi & Ferrari., 2013). Demonstrou-se que o padrão interativo entre os pais e filhos se for negativo, prejudicará em vários domínios da criança, nomeadamente, nos problemas de alimentação, menor competência socioemocional, nível cognitivo mais baixo, maiores problemas de comportamentos de internalização (Forcada-Guex, 2006, cit. in Arpi & Ferrari., 2013).

Para além do risco biológico e da condição médica (p. ex. rehospitalização após o período neonatal), a perceção das vulnerabilidades das crianças (PVC), por parte das mães, está associada aos problemas de desenvolvimento dos seus filhos (Allen et al., 2004, cit. in Potharst et al., 2015). Constatou-se quanto mais a mãe tem a crença de que o seu filho pré-termo é vulnerável e/ou suscetível a doenças, mais o pai descrevia problemas

de comportamento (Potharst et al., 2015). Quanto mais as mães eram superprotetoras e tinham níveis mais elevados de PVC, bem como o stress paterno, maior era o fator de risco para as crianças evidenciarem problemas de comportamento (De Ocampo et al., 2003, cit. in Potharst et al., 2015).

Estudos indicaram que, as crianças pré-termo e com baixo peso, relativamente ao domínio cognitivo, desenvolveram-se adequadamente, desde que o ambiente que as circunda seja devidamente estimulante. Os efeitos dos fatores perinatais no desfecho do desenvolvimento podem ser moderados pela qualidade do ambiente familiar (Willerma et al., 1970, cit. in Bordin, Linhares, & Jorge, 2001).

No nosso estudo os fatores de natureza ambiental concretamente através do acompanhamento longitudinal em consulta pré-termo que poderá ter contribuído para diminuir o stress parental e proporcionar um melhor ajustamento das expectativas das mães e por conseguinte a perceção das vulnerabilidades das mães relativamente às suas crianças, poderão ter contribuído como fator de proteção no que aponta ao desenvolvimento dos seus filhos. Nas nossas crianças não se registam internamentos após o período neo-natal na sua história clínica e simultaneamente está evidenciado um acompanhamento atento e pertinente aos sinais de risco apresentados na sua trajetória desenvolvimental.

As nossas crianças, ainda as características particulares dos pais: nível educacional das mães entre o 6º e o 12º ano; idade das mães tem entre 32 e 41 anos, puderam ter sido fatores de proteção face ao risco da condição de prematuridade. Segundo o estudo de Schappin, a idade das mães influencia o stress parental. Mães com idades compreendidas entre os 26 e 31 anos de idade, ou seja, média de idade de ser mãe. Mães mais velhas sentiam-se menos isoladas, ou seja, com humor mais positivo, com mais apoio social, bem como mais saudáveis. Os resultados deste estudo realça que mães com mais de 30 anos, por norma já se encontram com uma rede social mais estruturada, tendo um suporte maior para lidar com a situação problemática. Mães mais velhas têm a tendência a ter a sua situação socioeconómica mais estável e assim ter a perceção, que têm mais recursos para ajudar os seus filhos, e com isto, diminui o stress parental (Schappin, 2013).

No caso das crianças da nossa amostra os fatores de natureza familiar parecem estar a beneficiar as crianças e assim representar-se como fatores de proteção, veja-se, as crianças vivem com ambos os pais e irmãos, as avós apoiam as famílias no cuidado

netos antes da entrada no jardim infantil, assim parece existir uma certa estabilidade familiar e rede de suporte presente. Os modelos transacionais de desenvolvimento sugerem a análise e o foco dos processos complexos no que aponta à interação entre pessoa-ambiente ao longo do tempo, bem como as relações bidirecionais entre pais e filhos. Estes processos podem influenciar os mecanismos subjacentes para o desenvolvimento da psicopatologia (Sameroff, 1975, cit. in Ciciolla, Gerstein, & Crnic, 2014).

No período dos 0 aos 5 anos deve-se investir numa intervenção precoce pois o desenvolvimento neuropsicológico, bem como as competências sócio-emocionais e comportamentais, pois a personalidade da criança ainda não está totalmente estruturada e sendo assim, existe maior probabilidade de exercer mudanças positivas (Potharst et al., 2015).

Estudos recentes mostraram que as habilidades comportamentais e sociais das crianças podem ser aperfeiçoadas, por meio de intervenções específicas (Potharst et al. 2015). Dado o possível enviesamento da perceção da vulnerabilidade dos pais, é imprescindível uma atenção particular a estes. É crucial para a criança durante a infância o desenvolvimento da autorregulação dos comportamentos, tendo o contexto familiar e através das interações mãe-filho-pai uma grande importância (Potharst et al. 2015).

No desenvolvimento humano “normal” e “anormal”, verificam-se condicionantes várias, entre os quais, os fatores de risco, vulnerabilidade, fatores de proteção e resiliência. A vulnerabilidade, diz respeito à fragilidade do indivíduo em causa. Assim sujeitos que se encontram mais vulneráveis, são aqueles que estão inseridos em contextos desfavorecidos, e consequentemente os fatores de risco aumentam e desta forma existindo maior propensão a desfechos desenvolvimentais negativos (Masten & Gerwitz, 2006, cit. in Cosentino-Rocha, 2012). Os fatores de risco correspondem à própria condição de prematuridade, bem como os ambientais ou interação entre eles, quando estes estão presentes nas trajetórias dos indivíduos, aumenta a probabilidade de problemas desenvolvimentais (Masten & Coatworth, 1995, cit. in Cosentino-Rocha, 2012). Embora condição da prematuridade e de baixo peso representem fatores de risco significativos para o desenvolvimento destas crianças, pode observar-se em estudos sobre a resiliência, que não significa que esta condição por si só comprometa o desenvolvimento psicológico destas (Werner, 1986, cit. in Bordin, Linhares, & Jorge, 2001).

Desta forma, a nossa amostra corrobora com a literatura, ou seja, a prematuridade sem dúvida que se representa como fator de risco ao desenvolvimento destas crianças. Contudo, não é diretamente proporcional, veja-se a nossa amostra sem alterações comportamentais com significado clínico, pois para além dos fatores que impactam negativamente a trajetória desenvolvimental, existem outros fatores de proteção que por outro lado beneficiam. Como já vimos no decorrer do texto, os fatores ambientais tem um peso significativo na estruturação da personalidade das crianças. Para além, destes fatores, também temos que ter em conta as características individuais de cada criança, ou seja, os processos de resiliência que estas possam ter intrinsecamente. Como a literatura refere, o interjogo entre os fatores de proteção e de risco, podem conduzir a desfechos desenvolvimentais positivos e por conseguinte não apresentarem alterações comportamentais com significado clínico, tal como a nossa amostra em questão.

Conclusão

Com este trabalho é necessário salientar que a idade gestacional, o peso à nascença, o longo tempo de internamento, são por si só fatores de risco inerentes à prematuridade e, uma condição negativa para a manifestação de problemas de comportamento, e por essa razão deve-se estar alerta, em especial os pais e os profissionais de saúde.

No nosso estudo, a informação obtida baseou-se na classificação dos pais, e por vezes a análise dos comportamentos dos seus filhos pode ser enviesada. Desta forma, é necessário, para além, de obter informação através dos pais, é necessário fazer um diagnóstico da criança através de outros informantes, para termos dados mais fidedignos e concretos. Para que seja possível intervir eficazmente com este público-alvo.

Ou seja, como há pais que estão predispostos a classificar os comportamentos dos seus filhos de uma forma mais positiva, também existem pais que analisam os comportamentos destes, de um modo demasiado negativa (Carneiro, Dias, & Soares, 2016). Assim, o enviesamento da informação e da classificação dos comportamentos destas crianças, é de facto provável.

Para complementar informação obtida, seria pertinente incluir nestes estudos o *Questionário de rastreio do ambiente familiar dos 3-6 anos* (Pessanha & Bairrão, 2008,

cit. in Sousa, 2014). Assim juntamente com instrumento que no nosso estudo utilizamos, este questionário seria bastante importante, pois como já vimos na literatura para além da caracterização da idade e nível educacional dos pais seria importante avaliar o ambiente familiar pois esta é uma variável importante e de grande influência na trajetória desenvolvimental deste público-alvo.

Desta forma, o investimento dos estudos, nos ambientes familiares, poderá ser frutífero, no que diz respeito aos problemas de comportamento social e problemas de internalização (Carneiro, Dias, & Soares, 2016).

Referências bibliográficas

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Als, H., Duffy, F., Mcanulty, G., Rivkin, M., Vajapeyam, S., Mulkern, R., Warfield, S., Huppi, P., Butler, S., Conneman, N., Fisher, C., & Eichenwald, E. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, *113*(4), 846-857.

Arpi, E., & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool- age children: a review of the recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *55*(9), 788-796.

Barratt, M. S., Roach, M. A. & Leavitt, L. A. (1996). The impact of low-risk prematurity on maternal behavior and toddler outcomes. *International Journal of Behavioral Development*, *19*(3), 581-602.

Barros, L. (2001). O bebê nascido em situação de Risco. In Canavarro, M. C (Eds.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (1 ed., Vol.1, pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora.

Batenburg-Eddes, T., Brion, M., Henrichs, J., Jaddoe, V., Hofman, A., Verhulst, F., & Tiemeier, H. (2013). Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *Journal of Child psychology and psychiatry and allied disciplines*, *54*(5), 591-600.

Beijers, R., Riksen-Walraven, J., & de Weerth, C. (2013). Cortisol regulation in 12-month-old human infants: Associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *Stress-the International Journal on the Biology of Stress*, *16*(3), 267-277

Belsky, J., Hsieh, K., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: differential susceptibility to rearing experience?. *Development psychopathology*, 10(2), 301-319.

Bordin, M., Linhares, M., & Jorge, S. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57.

Bowlby, J. (1989). *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (J.L. Camargo, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1992).

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Calkins, S. (2009). Regulatory competence and early disruptive behavior problems: the role of physiological regulation. In: S. L., Olson & A. J. Sameroff (Eds), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems* (pp. 86115). New York: Cambridge University Press.

Caride, J. & Meira, P. (1995). A perspectiva ecológica: referências para o conhecimento e a praxis educativa. In A. Carvalho (Org.), *Novas Metodologias em Educação* (pp. 135-170). Porto: Porto Editora.

Carneiro, A., Dias, P., & Soares, I. (2016). Risk Factors for Internalizing and Externalizing Problems in the Preschool Years: Systematic Literature Review Based on the Child Behavior Checklist 1½–5. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.

Carvalho, A., Linhares, M., & Martinez, F. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 1-33.

Ciciolla, L., Gerstein, E., & Crnic, K. (2014). Reciprocity among maternal distress, child behavior, and parenting: transactional processes and early childhood risk. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 751-764.

Coalson, J. (2006). Pathology of new bronchopulmonary dysplasia. *Seminars in Perinatology*, 30, 179-184.

Cosentino-Rocha, L. – *Temperamento em crianças: efeito do nascimento prematuro e gênero*. São Paulo: [s.n.], 2012. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado.

Delgado, P. (2009). O acolhimento familiar numa perspectiva ecológico-social. *Revista Lusófona de Educação*, (14), 157-168.

Fenton, A., Mason, E., Clarke, M., & Field, D. (1996). Chronic lung disease following neonatal ventilation - II. Changing incidence in a geographically defined population. *Pediatric Pulmonology*, 21(1), 24-27.

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

Formiga, C. – *Programa de Intervenção com Bebês Pré-Termo e suas Famílias: Avaliação e Subsídios para Prevenção de Deficiências*. São Carlos: [s/n], 2003. Universidade Federal de São Carlos. Centro de Educação e Ciências Humanas. Dissertação de Mestrado.

Freitas, M., & Kernkraut, A. (2010). Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. *einstein*, 8(2 Pt 1), 180–186.

Carvalho, P., Loureiro, M., & Simões, M. (2006). Adaptação psicológica à gravidez e maternidade. *Psicologia e educação*, 2 (V), 39-49.

Gracioli, S. – Temperamento e comportamento de crianças nascidas pré-termo extremo e moderado na fase de 18 a 36 meses. São Paulo: [s.n.], 2013. Universidade de São Paulo. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Dissertação de Pós-Graduação.

Graziano, R., & Leone, C. (2005). Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1), 95-100.

Greenough, A., Giffin, F., Yuksel, B., & Dimitriou, G. (1996). Respiratory morbidity in young school children born prematurely—chronic lung disease is not a risk factor?. *European journal of pediatrics*, 155(9), 823–826.

Grunau, R. (2000). Long-term consequences of pain in human neonates. In Anand, K., Stevens, B., McGrath, P. (Edt.), *Pain in neonates and Infants*. Amsterdam : Elsevier Science. Vol. 10. p. 55-76.

Grunau, R., Holsti, L., & Peters, J. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(4), 268-275.

Hack, M., Friedman, H., & Fanaroff, A. (1996). Outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 98, 931-937.

Jong, M. (2016). Moderately preterm children need attention! Behavior and development of moderately preterm born children at toddler age. Ridderkerk: Ridderprint.

Kálmar, M. (1996). The course of intellectual development in preterm and fullterm children: an 8-year longitudinal study. *Internacional Journal of Behavioral Development*, 19(3), 491-516.

Kennell, J.H. & Klaus, M.H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In M. Klaus, & J. Kennell, *Pais/Bebês - a formação do apego* (pp. 245-275) (D.

Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Kersten-Alvarez, L., Hosman, C., Riksen-Walraven, J., van Doesum, K., Smeekens, S., & Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), 201-218

Klaus, M. & Kennell, J. (1982). Assistência aos pais. In M. Klaus & A. Fanaroff, *Alto risco em neonatologia* (pp. 141-165) (L. E. Vaz Miranda, Trad.). Rio de Janeiro: Interamericana.

Lamônica, D., & Picolini, M. (2009). Habilidades do desenvolvimento de prematuros. *Rev CEFAC*, 11(2), 145-53.

Linhares, M., Carvalho A., & Martinez, F. (1999). Programa de Apoio Psicológico a mães de RN prematuros e muito baixo peso (< 1500g) em UTI-Neonatal e seguimento longitudinal do desenvolvimento psicológico dos bebês. *Resumos de Comunicação Científica da XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia* (p. 255), Campinas.

Linhares, M., Carvalho, A., Bordin, M., Chimello, J., Martinez, F., & Moyses, J. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação-Paidéia*, 10(18), 60-69.

Linhares, M., Chimello, J., Bordin, M., Carvalho, A., & Martinez, F. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicol. reflex. crit*, 18(1), 109-117.

Martins, J. – *Caracterização do perfil desenvolvimental de um grupo de crianças prematuras avaliadas no terceiro ano de vida*. Porto: [s.n.], 2013. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Educação e Psicologia. Dissertação de Mestrado.

Mancini, M., Teixeira, S., Araújo, L., Paixão, M., Magalhães, L., Coelho, Z., Gontijo, A., Furtado, S., Sampaio, R., & Fonseca, S. (2002). Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq Neuropsiquiatr*, 60(4), 974-80.

McCarton, C., Brooks-Gunn J., Wallace I., Bauer C., Bennett F., Bernbaum J., Broyles, R., Casey, P., McCormick, M., Scott, D., Tyson, J., Tonascia, J., & Meinert, C. (1998). Results at 8 years of intervention for low birthweight premature infants: The Infant Health and Development Program. *The Journal of the American Medical Association*, 277(2), 126-132.

Méio, M., Lopes, C., Morsch, D., Monteiro, A., Rocha, S., Borges, R., & Reis, A. (2004). Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, 80(6), 495-502.

Mesman, J., Stoel, R., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., Juffer, F., Koot, H., & Alink, L. (2009). Predicting growth curves of early childhood externalizing problems: differential susceptibility of children with difficult temperament. *J Abnorm Child Psychol*, 37, 625-636.

Nogueira, J. – *Avaliação da Psicopatologia em Crianças e Adolescentes: contributos para a aferição da Bateria ASEBA para o período escolar*. Porto: [<http://hdl.handle.net/10400.14/16948>], 2013. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Educação e Psicologia. Dissertação de Mestrado.

Perissinoto, J., & Isotani, S. (2003). Desenvolvimento da linguagem: programa de acompanhamento de recém nascidos de risco. In: Hernandez A., *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato*. São José dos Campos (SP): Pulso. p. 113-21.

Potharst, E., Houtzager, B., Wassenaer- Leemhuis, A., Kok, J., Koot, H., & Last, B. (2015). Maternal and Paternal Perception of Child Vulnerability and Behaviour Problems in Very Preterm Born Children. *Infant and Child Development*, 24(5), 489-505.

Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Development Psychopathol*, 12(3), 265-296.

Sansavini, A., Guarini, A., Alessandroni, R., Faldella, G., Giovanelli, G., & Salvioli, G. (2007). Are early grammatical and phonological working memory abilities affected by preterm birth? *Journal of Communication Disorders*, 40(3), 239-256.

Sansavini, A., Rizzardi, M., Alessandroni, R. & Giovanelli, G. (1996). The development of italian low – and very low – birthweight infants from birth to 5 years: The role of biological and social risks. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 533-54.

Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M., & Jongmans, M. (2013). Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(2).

Schermann, L. (2001). Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas em Psicologia da SBP*, 9(1), 55-61.

Scochi, C., Riul, M., Garcia, C., Barradas, L., & Pileggi, S. (2001). Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14(1), 9-16.

Shah, P., Robbins, N., Coelho, R., & Poehlmann, J. (2013). The paradox of prematurity: The behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behavior and Development*, 36(1), 50-62.

Souza, R., Regina, C., & Andrade, C. (2004). O perfil da influência de fala e linguagem de crianças nascidas pré-termo. *Pediatria*, 26(2), 90-96.

Sternqvist K. (1993). The early mother-infant interaction in the highly technological care environment. *Acta Paediatrica*, 82(11), 981-982.

Stjernqvist, K., & Svenningsen, N. (1999). Ten-year follow-up of children born before 29 gestational weeks: health, cognitive development, behaviour and school achievement. *Acta paediatrica*, 88(5), 557-562.

Stright, A., Gallagher, K., & Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child development*, 79(1), 186-200.

Sullivan, M. C. & Msall, M. E. (2007). Functional performance of preterm children at age 4. *Journal Pediatric Nurse*, 22(4), 297-309.

Yunes, M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: SP Cortez.

