



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Avaliação da Psicopatologia num grupo de crianças nascidas prematuramente (RNMBP e EBP)

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana de Azevedo Campos Gonçalves

Porto, Julho de 2013



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

Avaliação da Psicopatologia num grupo de crianças nascidas prematuramente (RNMBP e EBP)

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Mariana de Azevedo Campos Gonçalves

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutora Elisa Veiga

Porto, Julho de 2013

ÍNDICE

Introdução	5
CAPÍTULO I.....	7
1. Enquadramento Teórico	7
1.1 O prematuro.....	7
1.2 Causas e consequências dos nascimentos prematuros.....	8
1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	9
1.4. Pais e a prematuridade.....	10
1.5. Intervenção com os pais no período de Internamento.....	11
1.6. Período pós-alta.....	12
1.7. Risco de Psicopatologia.....	14
2. Objetivos	17
2.1. Objetivo geral.....	17
2.2. Objetivos específicos.....	17
CAPÍTULO II.....	19
1. Metodologia	19
1.1. Hipóteses.....	19
1.2. Amostra.....	19
1.3. Instrumento:.....	21
1.4. Procedimento da recolha de dados.....	22
1.5. Procedimentos no tratamento dos dados.....	22
CAPÍTULO III.....	23
1 Apresentação dos resultados	23
CAPÍTULO IV.....	3
Discussão	3
Conclusão	6
Referências bibliográficas	8

ÍNDICE DE TABELAS

Quadro 1. Resultados relativos à caracterização da amostra	21
Quadro 2. Estudo das Diferenças (T-Test; U – Mann-Whitney) entre género.....	30
Tabela 1. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as variáveis Nível Socioeconómico e Fatores de Internalização.....	24
Tabela 2. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as variáveis Peso e Comportamento Agressivo.....	26
Tabela 3. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as variáveis Tempo de Internamento e Problemas Afetivos.....	27
Tabela 4. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as variáveis Idade Gestacional e Problemas de Internalização.....	29

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Elisa Veiga a disponibilidade, novos conhecimentos e orientação fornecida.

Ao Professor Doutor Pedro Dias pela ajuda e disponibilidade prestada.

Agradeço à minha Mãe, por ser o meu porto seguro, por ter a capacidade de tornar o mundo mais fácil. Por o seu “colo” ser o melhor. Por ser a pessoa que eu gosto de ouvir. Pelos puxões de orelhas. Por acreditar em mim. Pelo amor incondicional...Obrigada Mãe!

Ao meu Pai, pela disponibilidade quando mais preciso, pela sabedoria e pelo apoio prestado nos momentos de stress.

A minha irmã Raquel, pela boa disposição, pelas palavras reconfortantes e ponderadas, pela amizade e por esta nossa relação que é tão nossa...

Ao Nuno, pela capacidade inquestionável de me fazer rir quando mais ninguém consegue, pela energia positiva que emana a todos que o rodeiam. Pela paciência nas horas difíceis, pela cumplicidade...

Aos meus Amigos, de A grande. Fazem de mim uma pessoa muito feliz e completa!

Por fim, AGRADEÇO ao meu Avô Serafim (avô mais bonito do MUNDO) e à minha Avô Rosa (melhor avó do MUNDO), a vida com vocês era mais colorida. Serão Sempre as minhas melhores recordações!

Resumo

Tem-se verificado que a possibilidade de aparecimento de problemas comportamentais, cognitivos e motores podem estar relacionados com condições ambientais, familiares e educacionais as quais determinam a interação entre a criança e o meio.

Objetivo: Analisar se um grupo de crianças prematuras de muito baixo peso (RNMBP) e de extremo baixo peso (REBP), manifestam indicadores de psicopatologia e se estes estão relacionados com fatores sociodemográficos, aspetos da história clínica e/ou desenvolvimental.

Instrumento: Para o presente estudo deu-se privilégio a uma análise quantitativa dos dados, constatando algumas relações entre o perfil obtido do “Child Behavior Checklist para idades 1 ½ - 5” (CBCL 1 ½ - 5”), elementos da ficha demográfica e história clínica.

Resultados: Verificou-se haver uma maior perceção por parte dos pais de problemas de comportamento quando se tem um nível socioeconómico baixo, verificando-se a mesma associação na idade gestacional, ou seja, a uma baixa idade gestacional está a perceção de problemas de comportamento. Da exploração do baixo peso e duração do tempo de internamento, com problemas de comportamento não se verificaram resultados significativos. Relativamente ao género, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Palavras-chave: Prematuridade; Risco; Psicopatologia; CBCL

Abstrat

It has been found that the potential emergence of behavioral, cognitive and motor may be related to environmental, educational and family which determine the interaction between the child and the environment.

Objective: The aim of the study was to analyze a group of premature infants of very low birth weight (VLBW) and extremely low birth weight (ELBW) manifest indicators of psychopathology and whether these are related do socio-demographic factors, aspects of clinical history and/or developmental.

Instruments: For the present study was given a privilege to a quantitative analysis of data, noting some relationship between the profile obtained from the “Child Behavior Checklist for ages 1 ½ - 5” (CBCL 1 ½ - 5”), components of elements of socio-demographic data sheet.

Results: Found to be a greater perception by parents of behavior problems when you have a low socioeconomic level, verifying the same association in gestational age, in a lower gestational age is the perception of behavior problems. Exploitation of low birth weight and duration of hospitalization, whit behavior problems, there were no significant results. Regarding gender differences were statically significant.

Key-words: Prematurity; Risk; Psychopathology; CBCL

Introdução

Nos últimos anos foram conseguidos grandes avanços ao nível dos cuidados intensivos e na assistência perinatal tendo resultado num grande aumento nas taxas de sobrevivência de crianças de muito baixo peso.

Contudo, estes bebés são ainda expostos a condições bastante adversas que podem comprometer o seu sistema nervoso central, como repercussões em alterações ao nível do desenvolvimento (Farooqi, Hägglöf, Sedin, Gothefors & Serenius, 2007).

O nascimento prematuro, com todas as suas vicissitudes daí resultantes, pode deixar, além das sequelas físicas comuns nos casos dos bebés que nascem com muito baixo peso, também sequelas emocionais, devido ao enfraquecimento das relações estabelecidas com o cuidador primário quando uma separação drástica é imposta pela gravidade de um parto prematuro, podendo comprometer seriamente o seu desenvolvimento (Ferrari & Donelli, 2010).

Reconhece-se que à diminuição da mortalidade, é estabelecido em paralelo, uma maior probabilidade de se desenvolverem problemas neuro-desenvolvimentais. Mesmo em crianças pré-termo que não apresentem défices neurológicos, ocorrem anomalias subtis, nomeadamente problemas de comportamento (Bhutta, Cleves, Casey, Gradock, & Anand, 2002).

Foram realizados múltiplos estudos ao longo das últimas décadas e todos eles demonstraram ter haver um impacto significativo ao nível dos fatores demográficos e ambientais (idade, género, etnia e estatuto socioeconómico) na trajetória desenvolvimental dos sujeitos, quer ao nível cognitivo, quer ao nível comportamental, tanto em crianças pré-termo como nas crianças de termo, não se devendo olhar para a prematuridade como um fator de risco em si (Bhutta et al., 2002).

À diversidade teórica que enquadra a investigação sobre o risco, é inerente, em muitos estudos, a ideia de existência de aspetos hereditários e / ou contextuais de algum modo envolvidos no desenvolvimento da **psicopatologia** (Martins, 2004). Segundo Richters & Weintraub (1990), o risco da emergência da doença psíquica, trata-se de uma vulnerabilidade/ suscetibilidade individual, dinamizada por fatores genéticos ou ambientais.

Tendo em consideração esta linha de pensamento, pode-se inferir, que o risco se torna mais expressivo quando se leva em conta o contexto ambiental no qual a criança está inserida, podendo este atuar de modo significativo tanto, a atenuar como a agravar, o desenvolvimento de problemas nas crianças. Deve-se pois, ter cautela em relação à predição linear e determinista entre a presença da extrema prematuridade e o desempenho futuro da criança (Linhares et al., 2000).

Genericamente, com este estudo, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão do conceito prematuridade, em toda a sua complexidade e objetivar-se uma melhor compreensão desta população como contributo favorável para estratégias de formação e intervenção efetivos e adequados.

Ao longo da dissertação iremos debruçar-nos sobre questões relacionadas com a saúde mental de crianças prematuras, valorizando a perceção dos pais acerca das características comportamentais dos seus filhos obtida através da CBCL (Child Behavior Checklist), tendo, este estudo por base, uma natureza quantitativa. Em suma, a pertinência deste trabalho prende-se então com o facto de nos últimos anos o número de nascimentos prematuros ter aumentado, levando consequentemente, a um maior interesse em entender como os pais de bebés prematuros lidam e percecionam a prematuridade dos seus filhos. Nascerem atualmente no mundo 13 milhões de prematuros. Os registos em Portugal no ano de 2008 evidenciam o nascimento prematuro de 1025 bebés abaixo dos 1500gramas e das 32 semanas e 170 nascituros entre as 24 semanas e as 25 semanas de gestação (OMS, 2008).

CAPITULO I

1. Enquadramento Teórico

1.1 O prematuro

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), a prematuridade define-se em relação a um bebé quando o nascimento ocorre antes das 37 semanas de gestação, após o primeiro dia da última menstruação. Note-se, contudo, que não foi só a idade da gestação a ser tida em conta para a definição da prematuridade, mas, também, o peso à nascença um segundo critério atualmente utilizado por investigadores e médicos (Barros, 2001a).

O grupo de prematuros é constituído por todos os bebés que nascem antes das 36 semanas de idade gestacional e pesam menos de 2.200 gramas segundo alguns autores (Nowicki, 1994), ou menos de 2.500 gramas segundo outros (Graça, 1996). Esta classificação baseia-se no grau de manutenção de processos fisiológicos específicos, tais como, as funções respiratória, digestiva e circulatória durante o desenvolvimento fetal (Barros, 2001a).

Os **bebés de baixo peso** pesam entre 1.500 gamas e 2.220 gramas e nascem entre as 32 e 36 semanas de idade gestacional. Cerca de 30% apresentam imaturidade pulmonar, necessitando de suporte respiratório geralmente pouco prolongado. Mais de 90% sobrevivem com taxas de perturbações de desenvolvimento a longo prazo muito baixas (Barros, 2001a).

Os **bebés de muito baixo** - entre 800gramas e 1.500 gramas - nascem entre as 26 e as 32 semanas de idade gestacional. Mais de 60% necessitará de respiração assistida durante várias semanas, e quase sempre apresentam vários graus de imaturidade nos outros sistemas, o que os torna muito dependentes de cuidados médicos para manter o equilíbrio térmico e nutricional. Estão, igualmente, muito mais sujeitos a infeções e outras complicações orgânicas. No entanto, 60% a 80% sobrevivem, e apesar da taxa de perturbações a longo prazo ser mais alta do que no grupo anterior, a maioria pode ter um desenvolvimento adequado (Barros 2001a).

Por último, o grupo de **bebés de peso extremamente baixo**, nascem com menos de 800 gramas e até 26 semanas de idade gestacional. A imaturidade dos vários órgãos e sistemas é enorme, pelo que estes bebés necessitam de assistência médica para a manutenção de todas as suas funções essenciais, por vezes durante vários meses. Embora sejam salvos cada vez em maior número, têm uma probabilidade de sobrevivência inferior a 50% com altas taxas de perturbações de saúde e de desenvolvimento, a longo prazo (Barros, 2001a).

1.2 Causas e consequências dos nascimentos prematuros

É abordada por Justo (2002, cit. in Veiga, 2006) a continuidade entre os fatores de ordem emocional e os aspetos da patologia obstétrica, desencadeados por um parto prematuro. Considerando a natureza interativa entre estes fatores, na opinião de O'Brien, Soliday & McCluskey-Fawcett (1995, cit. in Veiga, 2006), a probabilidade de ocorrência de um nascimento prematuro diminui se a mulher receber precoce e continuamente cuidados peri-natais, se evitar o consumo de drogas, incluindo álcool e tabaco e se manter uma dieta equilibrada durante a gravidez (Veiga, 2006).

No que concerne às causas dos partos prematuros estas podem ser múltiplas. Podem dever-se a aspetos socioeconómicos, desnutrição materna, idade da mãe, doenças maternas não controladas / vigiadas, fatores obstétricos durante a gravidez, como gravidez múltipla ou rutura das membranas (causa mais comum do parto prematuro), infeções urinárias. Podendo haver, de igual modo, complicações obstétricas que obrigam à interrupção da gestação por exemplo: metrorragia, à hipertensão da gravidez, diabetes, fatores fetais tais como malformações congénitas ou infeções adquiridas durante a gravidez (i.g. rubéola, chagas, entre outras) (Ruiz, 2004).

Os fatores psicológicos, são descritos como os responsáveis por um número acrescido de nascimentos prematuros. A ansiedade e o *stress* têm sido mencionados, como os dois principais fatores responsáveis pelo nascimento prematuro (Baião, 2008).

Relativamente às consequências e sequelas orgânicas do nascimento antes do termo devido ao muito baixo peso, são a hemorragia intracraniana, assim como a anóxia prolongada (Ruiz, 2004). Entre as perturbações mais frequentes contam-se as deficiências auditivas e visuais e as perturbações neurológicas como as convulsões, a displasia epástica, a hidrocefalia e a paralisia cerebral (Ruiz, 2004).

À prematuridade está aliada, de igual modo, um potencial risco de não haver maturação do cérebro, resultando num dano cerebral que inclui uma redução da conectividade neuronal, diminuição da arborização dendrítica, enfraquecimento das ligações sinápticas e interfere no processo de maturação neuroquímica e enzimática. Às 34 semanas de gestação, o peso total do cérebro é de apenas 65% do que deveria pesar às 40 semanas de gestação (Bhutta et al., 2002).

De referir, que os tratamentos aos quais estes bebés são sujeitos, para salvar as suas vidas, podem ser a causa de outras perturbações graves. Então, o tipo de patologias provocados pelos tratamentos levantam problemas muito complexos, não só à equipa médica que tem de gerir e dosear estes tratamentos, como aos pais que têm muita dificuldade em compreender como é que o salvamento e o perigo podem ter origem nos mesmos processos de tratamento (Ruiz, 2004).

Os avanços na medicina durante os últimos 25 anos tornaram possível salvar bebés de muito baixo peso e de extremo baixo peso. No entanto, constitui um custo bastante elevado no desenvolvimento

neurológico, saúde debilitada, hospitalizações recorrentes, problemas educacionais e efeitos adversos na família (Ruiz, 2004).

Quanto mais baixo for o peso à nascença, maior será a probabilidade de as crianças desenvolverem problemas ao nível do crescimento com sequelas de difícil reversão. Estas crianças tendem a apresentar, significativamente, mais problemas de deficiência mental e deficiências sensoriais, por exemplo do tipo auditivo, que requerem intervenções educacionais especiais (Linhares et al., 2000). Novello e Cols (1992), referem que as crianças ao nascerem com baixo peso apresentam um risco sete a dez vezes aumentado de desenvolverem os problemas anteriormente referidos.

Estudos realizados demonstram que, crianças pré-termo com muito baixo peso, podem vir a apresentar deficiências ao nível cognitivo, problemas de desempenho escolar, comportamental e social, atrasos na linguagem e no desenvolvimento motor; no entanto, todas estas consequências adversas de um parto prematuro podem ser amenizadas pelas características socio-ambientais nas quais a criança está inserida. De entre as características que podem amenizar o impacto da prematuridade, encontra-se a forma como a mãe lida com a prematuridade do filho e a capacidade de readaptação a uma situação tão inesperada (Ferrari & Donelli, 2010).

Crianças pré-termo com peso inferior a 1500 gramas, constituem um grupo de alto risco por apresentarem problemas de desenvolvimento psicológico (Linhares et al., 2000).

1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) caracterizam-se por um serviço altamente especializado em que uma equipa de profissionais, diversificada, apoiada por uma diversidade de medicamentos sempre em atualização, aparelhos tecnológicos e procedimentos sofisticados, trabalha intensivamente de modo a aumentar as possibilidades de sobrevivência e diminuir a morbilidade destes bebés. A população de uma UCIN é constituída por todos os bebés que, à nascença, apresentam algum risco de vida, ou doença ou perturbação grave. Deste modo, uma população típica numa UCIN inclui, para além de prematuros de vários graus, outros bebés que sofrem de problemas respiratórios, cardíacos e digestivos, ou processos infecciosos, bebés que sofreram anóxia grave durante o período peri-natal ou que nasceram de mães consumidoras de estupefacientes. Estes bebés geralmente estão divididos em duas ou três salas que representam níveis diferenciados de cuidados (Barros, 2001b).

Estudos recentes têm alertado para riscos contidos, no próprio ambiente hospitalar, nomeadamente no que se refere à sobre-estimulação que este representa para os bebés prematuros, não apenas no que concerne ao excesso de estímulos auditivos e visuais, mas também nos aspetos que se prendem com a manipulação frequente e a sujeição a tratamentos médicos intensivos e dolorosos. Estes aspetos parecem, estar associados a determinadas alterações no neuro-desenvolvimento, uma vez que

interferem com o processo de maturação neurológica, influenciando particularmente, os processos de diferenciação do tecido cerebral (Veiga, 2006)

Reconhece-se atualmente que a UCIN representa uma fonte de *stress* muito importante, tanto para o bebê, que pela sua imaturidade tem mais dificuldade de se adaptar à estimulação intensiva e continuada, como para os pais que têm de se adaptar ao seu novo papel numa situação tanto artificial como estranha (Barros, 2001a).

1.4. Pais e a prematuridade

Alguns autores têm demonstrado que a situação da prematuridade não é, por si só, um fator suficiente para compreender o modo como os pais lidam com ela, sendo necessário ter-se em consideração a percepção que os pais têm acerca das suas próprias capacidades para cuidar do bebê bem como o apoio familiar e social (Baião, 2008)

De acordo com relatos de clínicos e de investigadores, o nascimento prematuro é vivido pelos pais como um evento traumático e de interrupção de um processo, não estando os mesmos preparados para a separação que o internamento do recém-nascido requer na UCIN, nem para o choque psíquico de um recém-nascido “especial” e diferente do esperado (Barros, 2001b).

O bebê necessita de 9 meses para a maturação biológica indispensável para reunir as condições necessárias de sobrevivência fora do útero e os pais, também, necessitam de tempo para criar um lugar, tanto físico, como psíquico para a chegada do novo membro da família. De acordo com Ruiz (2004), no momento em que se dá a chegada do prematuro, os pais estariam a atravessar a etapa de “aprendizagem sobre o futuro bebê”, que corresponde aos últimos meses de gravidez. Durante esta etapa dá-se, em ambos os pais, um processo, no qual começam a pensar no bebê como ser diferente, personificado pela escolha de nomes, roupas, compras (Ruiz, 2004).

Por sua vez, o feto mostra sinais de presença através do movimento fetal, começando a adotar uma “taxa” de ciclos e padrões de atividade que permitem que a mãe os comece a reconhecer e a antecipar. Ruiz (2004), menciona que a mãe, próxima do sétimo mês de gravidez, até ao nascimento do filho, ajusta o seu mundo representacional da melhor maneira, com o objetivo de criar um espaço construtivo para as suas representações futuras e proteger intuitivamente o bebê e a si própria de uma possível discordância entre o bebê real e o bebê representado mentalmente. Estes processos são interrompidos devido ao nascimento prematuro, em que a presença real do bebê produz uma lacuna nas representações maternas (Ruiz, 2004).

A prematuridade não só perturba os pais pelo momento inesperado do nascimento e pela vivência *stressante* na UCIN como também, pelo processo de expectativas para o seu novo bebê, constituindo este também um importante fator de stress parental (Hoff, Munck, & Greisen, 2004). O *stress* parental pode definir-se como sendo “uma reação psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai,

que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que são diretamente atribuídos às exigências da parentalidade” (Hoff et al., 2004).

Brazelton (1994, cit. in Linhares et al., 2000) alerta para a possibilidade de os pais destas crianças desenvolverem a “*síndrome da criança vulnerável*”, a qual se deve a uma preocupação distorcida por parte dos pais, os quais se passam a concentrar-se mais nas deficiências do que nos recursos presentes do repertório do bebé, podendo sobre protegê-lo e superestimar a sua vulnerabilidade. Em vez de a mãe considerar a prematuridade, um fato passado, associado apenas ao momento do nascimento, persiste em atualizar a representação da prematuridade, como sinónimo de fragilidade ao longo da história de vida da criança (Linhares et al., 2000).

É consensual e até unânime na literatura que as primeiras relações estabelecidas com a mãe são de extrema importância; no caso destes bebés, estas relações podem ser enfraquecidas quando uma separação drástica é imposta pela gravidade de um parto prematuro, podendo deixar, além de sequelas físicas, também sequelas emocionais, comprometendo o seu desenvolvimento futuro (Linhares et al., 2000).

Foram realizados estudos com o objetivo de analisar os conteúdos temáticos das verbalizações maternas durante a realização de grupos de apoio psicológico, a mães de recém-nascidos pré-termo internados na UCIN. As verbalizações passaram a ser: preocupação com a sobrevivência do filho, preocupação com a separação do bebé devido ao internamento prolongada do mesmo, impotência para desempenhar o papel de mãe, alívio / esperança em relação à sobrevivência, desejo de alta hospitalar, culpa relativa a condições adversas antecedentes ao nascimento, problemas pessoais- familiares da mãe, alívio quanto às condições de saúde e desenvolvimento do bebé, frustração das suas expectativas relativamente ao bebé (bebé imaginário) (Linhares et al., 2000).

Pode concluir-se que se torna primordial apoiar devidamente estes pais, uma vez que são os agentes desenvolvimentais cruciais destas crianças e, desta forma, ajudar a normalizar e a minorar as consequências deste acontecimento de vida.

1.5. Intervenção com os pais no período de Internamento

Urge uma necessidade de intervenção o mais cedo possível junto das famílias, com uma monitorização adequada, podendo haver, uma minimização das consequências que advêm deste acontecimento de vida experienciado por muitos pais como traumático (Patteson & Barnard, 1990).

Barros (2001b, p.243) refere que a “*depressão nos pais surge, muitas vezes, da constatação de que o parto não decorreu como o esperado e que o bebé, pode ser, menos perfeito e saudável do que o esperado, ou da avaliação da perda de qualidade de vida geral*”.

Pode observar-se de igual modo, uma grande labilidade emocional, que muitas vezes flutua em função da perceção das alterações do estado de saúde do bebé, ou das notícias que vão sendo comunicadas

(Barros, 2001b). De igual modo, a irritabilidade, caracterizada pela impaciência e zanga descontrolada, tem sido considerada uma reação emocional crítica para o estabelecimento de uma interação mãe/ bebé satisfatória (Barros, 2001b).

Desta forma, foram criadas sessões para os pais de bebés pré-termo, nas quais são dadas instruções/ informações acerca das características destes bebés, podendo este tipo de intervenção ser realizada através de discussão, panfletos e até mesmo vídeos (Patteson & Barnard, 1990). Um outro exemplo de intervenção é um programa de ensino para os pais, de forma a promover tanto o conhecimento, como a sensibilidade, para as “pistas” tanto psicológicas como comportamentais dos bebés pré-termo, através da promoção do prazer mútuo a brincar e consequente reconhecimento dos padrões comportamentais (Patteson & Barnard, 1990).

Os pais relatam que se sentem apoiados através de programas de atendimento individualizado nos quais se ensina a compreender o comportamento do bebé através da amamentação, cuidados canguru e massagem infantil as quais são, de igual modo, formas de receberem apoio numa fase inicial, pois o contacto induz sentimentos de bem-estar e satisfação nos pais, bem como de maior competência parental (Jotzo & Poets, 2005; Karin, Britt-Marie & Jens, 2006). Pesquisas revelam que educação e apoio em grupo, durante a amamentação na unidade neonatal, sob a forma de aconselhamento e recolha de informação, (livros e vídeo) são, de igual modo, formas de melhorar a confiança relativamente ao seu papel enquanto agentes cuidadores de bebés prematuros (Jotzo & Poets, 2005; Karin, Britt-Marie & Jens, 2006).

O *stress* parental pode ser reduzido através de programas de cuidados individuais de desenvolvimento, psicoterapia e intervenções que ensinam habilidades para enfrentar os problemas emocionais, bem como, a resolução ativa de problemas. A literatura relata que esta intervenção pode melhorar o vínculo mãe-bebé, a reduzir a ansiedade materna bem como, ajudar a proporcionar às mães, uma perceção mais realista dos seus recém-nascidos prematuros (Hoff et al., 2004; Martinet, 2008), Canavarro, 1999).

Os programas de intervenção mencionados anteriormente, são alguns exemplos de como o apoio numa fase inicial, pode constituir uma preciosa forma de ajuda a estes pais.

1.6. Período pós-alta

O período pós-natal é percecionado como um período muito importante, no sentido em que é neste momento que se pode otimizar a futura saúde mental da criança bem como, a qualidade da relação pais/filho durante os primeiros anos de vida. Também demonstra influenciar o impacto no desenvolvimento cerebral da criança (Barros, 2001a).

Os pais destes bebés têm sido descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos de ansiedade, medo e de pressão intensos. A ansiedade explica-se sobretudo pelo medo e

preocupação com a sobrevivência do bebé nos primeiros tempos de vida. Posteriormente está associada a receios com a saúde e desenvolvimento do bebé, assim como com a auto-avaliação negativa que é feita, como a falta de competência para tratar e educar um filho “mais difícil” (Barros, 2001a).

Depois de o bebé estar estabilizado e integrado no ambiente familiar, estas mães foram descritas como apresentando níveis de atividade superior ao de outras mães, embora relatando menos prazer na interação (Barros, 2001). Este nível de estimulação traduz-se, frequentemente, em iniciativas de comunicação pouco sincronizadas com os sinais emitidos pelos bebés como foi, aliás mencionado anteriormente. No entanto, relativamente a esta interação mãe/bebé não há unanimidade: uns autores referem que as mães revelam ser mais ativas e tomar mais iniciativas para provocar a reação do filho e outros autores defendem que estas mães tendem a iniciar menos esse contacto (Barros, 2001).

O facto de ser mais difícil de estimular e ser menos gratificante nas suas respostas, faz com que essa mãe tenha de se esforçar cada vez mais, de cada vez que inicia um contacto, traduzindo-se numa menor interação. Para algumas mães com menos preparação ou com maior perturbação emocional, o esforço em se adaptar a um bebé percebido como mais frágil e difícil pode ser suficiente para originar perturbações graves na interação (Barros, 2001).

Existem programas de intervenção pós-alta que ajudam estes pais a focarem-se no suporte apropriado para os seus filhos, através de padrões comportamentais que, por sua vez, apresentam mais resultados ao nível da dimensão social propriamente dita, do que da cognitiva/ comportamental (Patteson & Barnard, 1990).

Estudos recentes sugerem que os programas de intervenção são eficientes para ensinar as mães a interagir e comunicar melhor com as suas crianças (McCarton, 2008). Segundo McCarton (2008), as Intervenções têm vindo a influenciar o envolvimento parental, aceitação e estimulação destas crianças. Outras têm encontrado um aumento de envolvimento maternal e melhorias a nível da expressividade, contingente à responsividade nas *brincadeiras*, outras revelam, de igual modo, que a intervenção melhora a mudança de comportamento. A importância da interação entre a mãe-criança para o desenvolvimento desta última é fundamentada e enaltecida em várias pesquisas. Os estudos centram-se nas interações mãe-bebé, na esperança de facilitar / melhorar as interações iniciais destas crianças e consequentemente, os resultados desenvolvimentais (McCarton, 2008).

Spiker (1993) e os seus colegas (ano, cit. in McCarton, 2008) focaram-se em melhorar o comportamento interativo materno e as competências sociais destas crianças, criando então um programa de intervenção compreensivo, educacional e desenvolvimental, o qual foi bem-sucedido não só por provar as competências sociais em crianças de baixo peso à nascença aos 3 anos de idade, como em influenciar as características maternas e a interação mãe-criança. Contudo, assim que a intervenção terminou, as diferenças na *performance* comportamental desapareceram. Concluindo que para as intervenções melhorarem o desempenho comportamental, a longo prazo, de crianças

biologicamente vulneráveis, como os autores referem, terá de se estender a intervenção para além dos 3 anos de idade de forma a atingir o máximo de eficácia durante os anos escolares (McCarton, 2008). Em suma, sabe-se pouco sobre os padrões de interação social e familiares posteriores ao internamento. No entanto, parece sensato concluir que enquanto em algumas famílias estas diferenças tendem a cristalizar, mantendo-se como um fator que contribui para um desenvolvimento global menos equilibrado, outras famílias conseguem encontrar os recursos necessários para progressivamente ultrapassarem as vicissitudes iniciais, de forma a compensar as dificuldades destas crianças (Patteson & Barnard, 1990).

1.7. Risco de Psicopatologia

O conceito fator de risco tem vindo a tornar-se recorrente nos domínios contemporâneos e bem delimitado em pesquisas sobre o desenvolvimento mental. Segundo a definição de Eisentein e Sousa (1993) assim como, Masten e Coastworth (1995, cit. in Martins, 2004) “ *os fatores de risco são variáveis ambientais que aumentam a probabilidade de ocorrência de algum efeito indesejável no desenvolvimento mental do sujeito*”.

Na sua origem, a noção de risco é indissociável de uma intenção incipiente de intervenção, inscrita numa perspetiva de prevenção (Martins, 2004). São realizados muitos estudos sobre esta matéria com o intuito de definir quais os fatores de risco, com o intuito de avaliar a sua influência no desenvolvimento de crianças e adolescentes e, primordialmente, delinearem-se intervenções que visem a redução de problemas de comportamento (Spazienza & Pedromônico, 2005).

Entre os fatores identificados como sendo de risco, abrangentes de uma infinidade de domínios, que podem tornar o individuo vulnerável, encontram-se: a prematuridade, desnutrição, baixo peso, lesões cerebrais, atraso no desenvolvimento, família desestruturada, minoria social, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação. Pesquisas realizadas demonstram que alguns indivíduos são mais vulneráveis, quando comparados a outros na mesma situação de risco, quer por diferenças fisiológicas ou por diferenças psicológicas (Spazienza & Pedromônico, 2005).

À diversidade teórica que enquadra a investigação sobre o risco, é inerente, em muitos estudos, a ideia de existência de aspetos hereditários e / ou contextuais de algum modo envolvidos no desenvolvimento da psicopatologia (Martins, 2004). Segundo Richters & Weintraub (1990, p. 74), “o risco da emergência da doença psíquica, trata-se de uma vulnerabilidade/ suscetibilidade individual, dinamizada por fatores genéticos ou ambientais”.

No caso da prematuridade, a leitura da trajetória do desenvolvimento, exige a consideração de aspetos inatos, maturativos, construtivistas e ambientais, parecendo ser resultante da complexa interação de vários fatores (biológicos, transmissão educacional e socio-cultural) (Borges, M., 1987).

Uma vez que o presente estudo pressupõe uma reflexão ao nível do risco desenvolvimental bem como, uma compreensão de como os pais destas crianças percecionam o comportamento dos seus filhos, através do CBCL, importa abordar a Psicopatologia do Desenvolvimento, na qual a perturbação psicológica é concebida numa perspetiva relacional e desenvolvimental, que contempla a continuidade e a descontinuidade da qualidade dos processos (in)adaptativos ao longo da evolução (Achenbach, 1990; Garnezy, 1996; Greenber, 1999, cit. in Carvalho, Dias, Rios, Silva & Soares 2007). Lewer, Walsh e Howard (1990, cit. in Gonçalves & Simões, 2000) referem ser necessário compreender-se a relação entre o sujeito e o contexto desenvolvimental para um melhor diagnóstico.

O Diagnóstico Desenvolvimental refere-se a uma avaliação sistemática, na qual há uma integração das características desenvolvimentais do individuo, como o próprio nome indica, é entendido como a formação de uma base científica que avalia as mudanças psicológicas e elabora medidas e instrumentos para determinar traços de um individuo, atributos e comportamentos ao longo de todo o ciclo de vida (Pertermann & Macha, 2008).

Neste contexto, os conceitos fatores e risco e proteção, assim como o conceito de recursos desenvolvimentais são muito úteis, no entanto enquanto fatores de predição do desenvolvimento ainda contêm uma avaliação subjetiva (Petermann, 2008).

O Modelo Multiaxial de Achenbach, o qual consiste na integração de diferentes fontes de informação privilegiadas, dos contextos específicos nos quais a criança está inserida, permite compreender melhor a psicopatologia infantil (Gonçalves & Simões, 2000). Para que a patologia seja melhor entendida, segundo Achenbach a análise é feita de modo sequencial, determinando, ou não, uma síndrome se se tratar de uma agregação dos problemas de comportamento em subescalas, através da análise fatorial. O que distingue a presença ou não de patologia, é a frequência dos problemas de comportamento, que fazem parte de uma ou mais síndromes, ou seja, muito mais do que o tipo de comportamento é a frequência e a intensidade das queixas que se considera (Gonçalves et. al, 2000).

Os estudos que se seguem representam precisamente uma tentativa de distinção entre o comportamento normal e patológico com recurso ao CBCL.

Na última década, a taxa de sobrevivência em crianças de baixo peso à nascença tem aumentado significativamente, levantando questões subsequentes acerca da saúde e desenvolvimento das mesmas (McCarton, 2008).

Em idades mais avançadas, o nascimento de crianças com baixo peso tendem a apresentar resultados mais baixos em testes de funcionamento cognitivo e demonstram ser mais propensas a apresentar dificuldades ao nível da capacidade de ajustamento, estando de igual modo, em risco de apresentarem problemas de aprendizagem e baixo desempenho escolar, mesmo quando a pontuação em testes cognitivos è normal (McCarton, 2008).

O mesmo autor, ainda refere que o risco de défices cognitivos está presente em todos os nascimentos em que o peso do bebé seja muito baixo (quanto mais baixo o peso maior o risco). A probabilidade de

adversidades ao nível desenvolvimental e de apresentar fracos resultados escolares aumenta, se houver desvantagem a nível socio-económico, considerado como fator de risco para crianças de baixo peso à nascença - esse facto coloca estas crianças em duplo risco, tanto em relação aos fatores biológicos como ambientais (McCarton, 2008).

No que concerne ao funcionamento social, Ross, Lipper e Peter (2010), mencionam um estudo que se focou nesta área específica, para tentar perceber se as crianças prematuras apresentam problemas ao nível do comportamento, que afete a sua capacidade de se ajustar às exigências da escola, família e sociedade. (Ross, Lipper, & Peter, 2010). Os resultados demonstram que ao nível do comportamento quando os grupos foram comparados, as crianças prematuras obtiveram de forma significativa resultados mais elevados para problemas no comportamento, havendo uma grande discrepância de valores especificamente no grupo socioeconómico mais baixo, indicando desta forma uma interação entre grupo socioeconómico e a prematuridade e, de igual modo, revelou que existem diferenças significativas ao nível do género (as raparigas prematuras não diferem significativamente de grupo normativo, contudo os rapazes prematuros têm, de forma significativa, uma pontuação mais elevada ao nível dos problemas de comportamento em relação ao grupo de pares normativo) (Ross et al., 2010).

Segundo este estudo, a análise das condições sociais e neuro-comportamentais do grupo prematuro, sugerem que uma baixa competência social e problemas comportamentais podem não se dever à prematuridade por si só, mas a outros fatores (baixo nível socioeconómico e níveis baixos de Q. I.), estando muitas vezes associados à prematuridade (Ross et al. 2010).

Gray e colegas (2009) pretenderam analisar a prevalência, a estabilidade e a predição ao nível dos problemas de comportamento em crianças de baixo peso à nascença, clinicamente significativos, em 869 crianças com idades entre os 3, 5 e 8 anos de idade (Gray, Indurkha & McCormick, 2009). Para o estudo em questão foi utilizado como instrumento a CBCL / 1½ 5, o qual elenca vários tipos de problemas de comportamento e emocionais que ocorrem em crianças entre 1½ a 5 anos. Verificaram que a amostra apresenta o dobro da prevalência dos problemas de comportamento em relação ao esperado na população infantil em geral e revelaram estabilidade ao longo do tempo (Gray et al, 2009). Fatores como *fumar* aquando do período gestacional, idade da mãe e etnia, revelam ser preditores significativos para o desenvolvimento de problemas de comportamento entre os 3 e 8 anos (Gray et al, 2009).

A prevalência de desordens comportamentais tem sido estudada a curto prazo; no entanto, poucos estudos há que se focam na prevalência / estabilidade dos problemas de comportamento de crianças prematuras a longo prazo. Investigações revelaram que 40% a 50% de crianças de baixo peso à nascença apresentam problemas significativos ao nível do comportamento 3 anos mais tarde (Gray et al, 2009). Em detrimento do anteriormente referido, Gray e colegas (2009) referem que se torna fundamental identificar quais os fatores que podem ser modificados / alterados durante a gravidez ou período neonatal, de forma a reduzir o risco de problemas comportamentais.

Samara, Marlow e Wolke (2008) referiram que, vários estudos na adolescência e no início da idade adulta, indicam que as crianças pré-termo continuam a apresentar mais problemas ao nível da atenção, problemas de hiperatividade, e exibem dificuldades em se relacionar com grupos de pares. Há um grande leque de evidências, em que quando as crianças pré-termo atingem a adolescência, elas também apresentam, mais frequentemente, problemas de internalização, incluindo a ansiedade e a depressão. Evidências mais recentes demonstram, com base no relato dos pais (CBCL), que crianças pré-termo podem apresentar de problemas de internalização com mais frequência a meio da infância. Como foi referido anteriormente, vários estudos demonstram uma correlação entre o género e o comportamento, tanto na população geral como na população pré-termo, em que os rapazes, mais uma vez, exibem mais frequentemente problemas de externalização ou défice de atenção / hiperatividade e as raparigas evidenciam maior risco de problemas de internalização (Samara et al., 2008). As crianças de muito baixo peso à nascença encontram-se em maior risco de ter problemas de comportamento e de ter problemas psicopatológicos. De forma mais consistente, o risco de problemas de atenção, hiperatividade, a nível social, problemas de relacionamento com grupo de pares, foram definidos por uma variedade de grupos (Samara et al., 2008).

No capítulo seguinte pretende-se explorar a relação entre o risco de psicopatologia em crianças prematuras, à luz do que a literatura sugere, ou seja, não olhar apenas para a prematuridade com um fator de risco em si, mas também ter em consideração os fatores ambientais, familiares e educacionais que determinam mutuamente a interação entre a criança e o meio, os quais parecem influenciar o surgimento de problemas de comportamento.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral avaliar a psicopatologia num grupo de crianças nascidas prematuramente, considerando a perceção dos pais acerca das características comportamentais dos seus filhos.

2.2. Objetivos específicos

Mais concretamente, no presente estudo pretende-se analisar se este grupo de crianças prematuras, manifestam indicadores de psicopatologia, e se estes estão relacionados com fatores sociodemográficos, aspetos da história clínica e/ou desenvolvimental.

- Explorar se o nível socioeconómico baixo/ desfavorecido constitui um fator de risco para Problemas de Comportamento;
- Explorar a relação entre o peso e o comportamento Agressivo;
- Explora se as crianças que apresentam um tempo de internamento mais longo apresentam problemas Afetivos;
- Explorar se a idade gestacional está associada à Ansiedade /Depressão;
- Explorar a relação entre o género e o risco de Défice de Atenção / Problemas de Hiperatividade;

CAPÍTULO II

1. Metodologia

O presente trabalho, obedece a um desenho característico de um estudo não experimental, também designado por estudo exploratório descritivo (Canavarro, 1999), tendo em consideração que se pretendeu avaliar a psicopatologia de um grupo de crianças nascidas prematuramente através da descrição que os pais fazem acerca do comportamento dos seus filhos com recurso ao CBCL, e analisar as associações existentes entre as variáveis em estudo.

Expõe-se de seguida as hipóteses definidas, as quais foram formuladas com base nos objetivos anteriormente postulados e na revisão da literatura realizada.

1.1. Hipóteses

As hipóteses que se seguem foram operacionalizadas de acordo com os objetivos específicos.

H1: As crianças cujos pais têm um nível socioeconómico baixo apresentam resultado indicativo de Problemas de Internalização;

H2: As crianças com menor peso apresentam Comportamento Agressivo

H3: As crianças que apresentam um tempo de internamento mais longo apresentam Problemas Afetivos.

H4: As crianças com baixa idade gestacional apresentam problemas de Ansiedade/ Depressão;

H5: Os meninos apresentam maior risco para apresentar Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção comparativamente às meninas.

1.2 Amostra

Trata-se de uma amostra de conveniência, este tipo de amostragem não é representativo da população. Ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência, como o próprio nome indica. Deste modo, o processo amostral não garante que a amostra seja representativa, pelo que, os resultados desta só se aplicam a ela própria. Pode ser usada com êxito em situações nas quais seja mais importante captar ideias gerais, identificar aspetos críticos do que propriamente a objetividade científica (Martins, 2011).

Quadro 1- Resultados relativos à caracterização da amostra			
		N (17)	(%)
Género	Masculino	7	41.18
	Feminino	10	56.82
Idade (em meses)	Até 55 meses	9	52.94
	Após 56 meses	8	47.06
Peso	>1,250g	13	76.47
	<=1,250g	4	23.53
Tempo de Internamento (dias)	<15	-	0
	16-30	7	41.18
	31-60	3	17.65
	>60	1	5.88
Idade Gestacional (semanas)	<=30	6	35.30
	>=31	10	58.82
Nível socioeconómico (Pai)	>12º ano	0	0
	10-12 anos	0	0
	8-9 anos	3	17.64
	6 anos	8	47.06
	Básico/inc./nulo	6	35.30
Nível socioeconómico¹ (Mãe)	>12º ano	2	11.76
	10-12 anos	0	0
	8-9 anos	4	23.53
	6 anos	3	17.64
	Básico/inc./nulo	8	47.06

A amostra é constituída por 17 de crianças com 5 anos de idade que nasceram com MBP e EBP, acompanhados no período pós alta pela consulta de Desenvolvimento, cuja a descrição esquemática se encontra no **Quadro 1**.

Relativamente ao género há 7 participantes do sexo masculino e 10 do sexo feminino.

As idades dos sujeitos variam entre 51 meses e os 62 meses, sendo a média de 56,94 meses. As idades estão organizadas em duas categorias, sendo o grupo com maior expressão o dos participantes até 55 meses ou mais anos (52, 94%).

¹ Ensino universitário ou equivalente (>12º ano)
 Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos)
 Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos)
 Ensino básico completo (6anos)
 Ensino básico incompleto ou nulo

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização da amostra, ao nível do peso, e da idade gestacional, na qual se pode verificar que o grupo com maior enunciação relativamente ao peso é relativo às crianças com > 1, 250 (76, 47%) e no que concerne à idade gestacional é o grupo pertencente \geq 31 semanas (58, 82).

Para se proceder à elaboração esquemática relativa ao nível socioeconómico utilizou-se a Avaliação do NSE de acordo com a Gaffar. Através quadro 1, pode-se ainda verificar, no NSE relativo aos pais, que o ensino básico completo, 6anos, é o que o que tem mais indivíduos (47, 06%) e no NSE das mães é o ensino básico incompleto ou nulo (35,30%).

1.3 Instrumento:

Para a recolha de dados foi utilizado o instrumento Child Behavior Checklist (CBCL), destinado à faixa etária dos 1 ½ a 5 anos (Achenbach, 2001).

O CBCL é parte de um sistema de avaliação desenvolvido por Achenbach e Rescorla (2001) que avalia os comportamentos infantis por faixa etária. Existem duas versões: uma para crianças de 1 ½ a 5 anos e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, em ambos os instrumentos, o informante deverá ser os pais ou cuidadores.

A CBCL consiste num questionário que se insere num conjunto de instrumentos propostos por Achenbach (1991), que compõem o seu Modelo de Avaliação Multiaxial.

Este modelo enfatiza a utilização de diferentes fontes de dados relevantes para a avaliação dos problemas e competências comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes. Segundo a sua perspectiva, tal torna-se necessário, uma vez que o comportamento observável pode diferir de um contexto para outro ou ser percebido de forma distinta pelos diversos informadores. O instrumento é composto por 138 itens, destes, 20 para a avaliação de competências sociais da criança e 118 itens relativos à avaliação de problemas de comportamento. Os resultados obtidos podem ser agrupados em 2 âmbitos: 1) Competência social e 2) problemas e comportamento. A Competência social é composta por 3 escalas: a) Atividade, b) Sociabilidade e c) escolaridade. A pontuação final desta competência obtém-se através dos valores totais das 3 escalas.

Os problemas de Comportamento, contém 7 subescalas que nos fornecem informações gerais respeitantes à natureza e intensidade dos problemas de comportamento, mas que não podem ser consideradas como equivalentes a qualquer diagnóstico clínico. Estas subescalas são agrupadas em 2 fatores: a) Internalização (isolamento, queixas somáticas, e ansiedade/ depressão) e b) Externalização (comportamento delinquente e comportamento agressivo). O CBCL fornece também 5 escalas orientadas de acordo com o Diagnostic and Statistical manual of Disorder (DSM-IV_TR) que nos fornecem uma visão mais geral sobre a psicopatologia na criança e as duas grandes categorias de comportamento, “Internalizante” e “Externalizante”.

1.4 Procedimento da recolha de dados

Os pais seguidos na consulta de Desenvolvimento serão encaminhados para a Consulta de Psicologia, onde para além da avaliação do desenvolvimento da criança, os pais serão acompanhados na dimensão emocional, nas competências parentais. No decorrer da consulta é solicitado aos pais o preenchimento da CBCL.

1.5 Procedimentos no tratamento dos dados

Para o tratamento de dados recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0.

O tratamento de dados consistiu numa análise descritiva de variáveis sociodemográficas e da história clínica das crianças (peso, semanas de gestação) seguindo-se a análise quantitativa, descritiva e fatorial dos dados recolhidos, com recurso à CBCL.

Para a análise dos dados utilizaram-se diferentes procedimentos, dependendo da natureza das variáveis: Coeficiente de correlação de Spearman, o qual consiste num teste de associação que explora se duas (ou mais) variáveis ordinais (ou uma ordinal e uma intervalar) estão associadas, assim como foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, quando há violação dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos (Martins, 2010)

CAPÍTULO III

1 Apresentação dos resultados

Tabela 1. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as varáveis Nível Socioeconómico e Fatores de Internalização

	emocionalidade reativa	Ansioso Deprimido	Queixas Somaticas	Evitamento isolamento	Problemas Sono	Problemas Atenção	Comportamento Agressivo	Problemas Afetivos	Problemas Ansiedade	Problemas com Defice Atenção	Problemas Oposição	PNSE	
Ansioso Deprimido	.517*												
Queixas Somaticas	.688*	.426											
Evitamento isolamento	.375	.618*	.128										
Problemas Sono	.322	.072	.508*	.396									
Problemas Atenção	.365	.575*	.221	.289	-.015								
Comportamento Agressivo	.782*	.663*	.501*	.554*	.427	.599*							
Problemas Afetivos	.367	.641*	.548*	.249	.369	.286	.460						
Problemas Ansiedade	.529*	.824*	.389	.679*	.322	.527*	.707*	.544*					
Problemas Desenvolvimento	.498*	.741*	.341	.893*	.343	.310	.678*	.320	.662*				
Problemas Hiperatividade com Defice Atenção	.674*	.715*	.396	.504*	.129	.797*	.825*	.310	.749*	.551*			
Problemas Oposição	.793*	.446	.780*	.327	.620*	.307	.836*	.586*	.469	.520*	.510*		
PNSE	.509*	.404	.145	.363	.182	-.020	.331	.288	.480	.305	.206	.291	
MNSE	.065	.486*	-.235	.397	-.058	.176	.169	.077	.500*	.290	.273	-.142	.692*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H0: Não existe relação entre o nível socioeconómico baixo e os Fatores de Internalização

H1: Existe relação entre o nível socioeconómico baixo e os Fatores de Internalização

Tal como foi referido anteriormente, os Problemas de Comportamento são agrupados em 2 fatores: a) Internalização (Isolamento, Queixas Somáticas, e Ansiedade/ Depressão) e b) Externalização (comportamento delinquente e comportamento agressivo).

Como se pode observar no **Tabela 1** a correlação encontrada entre o nível socioeconómico (NSE) baixo e os Fatores de Internalização em relação ao NSE do pai é ao nível da escala da Reatividade Emocional ($r_s=.509$ com uma probabilidade associada de $p=.037$), logo a correlação é estatisticamente significativa e na escala Problemas de Ansiedade ($r_s=.500$ com uma probabilidade associada de $p=.051$) com uma correlação considerada “marginalmente significativa”. No que concerne ao NSE da mãe, a correlação encontrada é ao nível da escala Ansioso/Deprimido ($r_s= 0,486$ com uma probabilidade associada de $p= 0,48$), revelando haver uma correlação considerada “marginalmente significativa” e na escala Problemas de Ansiedade ($r_s= 0,500$ e com uma probabilidade associada de $p= 0,041$), de igual modo, com uma correlação é estatisticamente significativa. Em forma de conclusão pode-se inferir que a um nível socioeconómico baixo estão associados problemas de comportamento.

Decisão relativa à Hipótese Alternativa (H1): o valor da probabilidade, $p<.05$, permite-nos reter a hipótese alternativa (H1) e consequentemente concluir que há relação entre o nível socioeconómico baixo e os fatores de Internalização

Tabela 2. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as varáveis Peso e Comportamento Agressivo

	emocionalidade reativa	Ansioso Deprimido	Queixas Somaticas	Evitamento isolamento	Problemas Sono	Problemas Atenção	Comportamento Agressivo	Problemas Afetivos	Problemas Ansiedade	Problemas Desenvolvimento	Problemas Hiperatividade com Defic. Atenção	Problemas Oposição	Peso em gramas
Ansioso Deprimido	.517*												
Queixas Somaticas	.688**	.426											
Evitamento isolamento	.375	.618**	.128										
Problemas Sono	.322	.072	.508*	.396									
Problemas Atenção	.365	.575*	.221	.289	-.015								
Comportamento Agressivo	.782**	.663**	.501*	.554*	.427	.599*							
Problemas Afetivos	.367	.641**	.548*	.249	.369	.286	.460						
Problemas Ansiedade	.529*	.824**	.389	.679**	.322	.527*	.707**	.544*					
Problemas Desenvolvimento	.498*	.741**	.341	.893**	.343	.310	.678**	.320	.662**				
Problemas Hiperatividade com Defic. Atenção	.674**	.715**	.396	.504*	.129	.797**	.825**	.310	.749**	.551*			
Problemas Oposição	.793**	.446	.780**	.327	.620**	.307	.836**	.586*	.469	.520*	.510*		
Peso em gramas	-.072	-.029	-.015	.015	-.146	.014	.130	-.347	-.057	.115	.231	-.030	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H0: Não existe associação entre o baixo peso e o Comportamento Agressivo

H1: Existe associação entre o baixo peso e o Comportamento Agressivo

Relativamente à associação entre as varáveis peso e Comportamento Agressivo, não se encontram resultados estatisticamente significativos, relativamente aos dados dos 17 participantes que foram utilizados nesta amostra (N).

Posto isto toma-se decisão relativa á hipótese nula (H0): não existe relação o baixo peso e o Comportamento Agressivo.

Tabela 3. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as varáveis Tempo de Internamento e Problemas Afetivos

	emocionalidade reativa	Anioso Deprimido	Queixas Somáticas	Evitamento isolamento	Problemas Sono	Problemas Atenção	Comportamento Agressivo	Problemas Afetivos	Problemas Ansiedade	Problemas Desenvolvimento	Problemas Hiperatividade com Defic. Atenção	Problemas Oposição	Peso em gramas
Anioso Deprimido	.517*												
Queixas Somáticas	.688**	.426											
Evitamento isolamento	.375	.618**	.128										
Problemas Sono	.322	.072	.508*	.396									
Problemas Atenção	.365	.575*	.221	.289	-.015								
Comportamento Agressivo	.782**	.663**	.501*	.554*	.427	.599*							
Problemas Afetivos	.367	.641**	.548*	.249	.369	.286	.460						
Problemas Ansiedade	.529*	.824**	.389	.679**	.322	.527*	.707**	.544*					
Problemas Desenvolvimento	.498*	.741**	.341	.893**	.343	.310	.678**	.320	.662**				
Problemas Hiperatividade com Defic. Atenção	.674**	.715**	.396	.504*	.129	.797**	.825**	.310	.749**	.551*			
Problemas Oposição	.793**	.446	.780**	.327	.620**	.307	.836**	.586*	.469	.520*	.510*		
Duração do tratamento do bebé em dias	-.077	-.089	-.145	.099	.143	-.528*	-.126	-.140	.162	.078	-.217	-.131	-.169

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H0: Não existe associação entre o Tempo de Internamento e os Problemas Afetivos

H1: Existe associação entre o Tempo de Internamento e os Problemas Afetivos

Tal como se pode observar, na **tabela 3** acima representada, a correlação encontrada entre o Tempo de Internamento e a escala Problemas Afetivos, não se encontram resultados estatisticamente significativos, relativamente aos dados dos 17 participantes que foram utilizados nesta amostra (N).

Posto isto toma-se decisão relativa á hipótese nula (H0): não existe relação entre o Tempo de Internamento e a escala Problemas Afetivos.

Tabela 4. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman entre as varáveis Idade Gestacional e Problemas de Internalização

	PNSE	MNSE	duração do internamento do bebé em dias	peso em gramas	idade medida em semanas	emoionalidade reativa	Ansiioso Deprimido	Queixas Somaticas	Evitamento	Problemas Sono	Problemas Atenção	Comportamento agressivo	Problemas Afetivos	Problemas Ansiedade	Problemas Desenvolvimento	Problemas Hipertividade com Defice de Atenção	Problemas Oposição	Internalização CBCL	Externalização CBCL
PNSE	.692**																		
MNSE	.253	.692**																	
duração do internamento do bebé em dias	.089	-.169	.294																
peso em gramas	-.146	-.169	.089	.500**															
idade medida em semanas	-.571**	-.264	-.105	-.264	.500**														
emoionalidade reativa	.509**	.024	.065	-.039	-.692**	.576**													
Ansiioso Deprimido	.404	.037	.486**	.000	-.434	.576**	.484**												
Queixas Somaticas	.145	-.009	-.235	-.088	-.567**	.710**	.436**	.233											
Evitamento	.363	.212	.397	.040	-.285	.436**	.667**	.233	.278										
Problemas Sono	.182	.018	-.058	-.174	-.228	.249	-.007	.396	.278	.065									
Problemas Atenção	-.020	.176	.176	.026	-.158	.402	.596**	.266	.334	-.065	.606**								
Comportamento agressivo	.331	.169	.169	.145	-.504**	.791**	.670**	.511**	.559**	.375	.342	.488**							
Problemas Afetivos	.288	.077	.077	-.285	-.579**	.445	.688**	.619**	.375	.246	.342	.488**	.620**						
Problemas Ansiedade	.480	.500**	.500**	-.026	-.511**	.579**	.845**	.468	.732**	.210	.559**	.705**	.620**	.715**					
Problemas Desenvolvimento	.305	.290	.290	.131	-.312	.540**	.769**	.396	.910**	.249	.345	.677**	.427	.715**	.524**				
Problemas Hipertividade com Defice de Atenção	.206	.273	.273	.237	-.281	.654**	.681**	.364	.475	.132	.786**	.814**	.291	.700**	.547**	.523**			
Problemas Oposição	.291	-.142	-.142	0.000	-.661**	.820**	.494**	.775**	.377	.527	.350	.859**	.611**	.515**	.547**	.523**	.701**		
Internalização CBCL	.462	.377	.377	.083	-.539**	.728**	.919**	.671**	.699**	.243	.501**	.776**	.723**	.870**	.809**	.683**	.701**	.797**	
Externalização CBCL	.332	.265	.265	.178	-.451	.762**	.697**	.569	.490	.359	.712**	.952**	.504**	.743**	.592**	.851**	.804**	.797**	.918**
Score Total CBCL	.433	.343	.343	.153	-.519**	.785**	.809**	.608**	.662**	.352	.609**	.944**	.591**	.844**	.766**	.794**	.813**	.918**	.952**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

H0: Não há associação entre a baixa idade gestacional e os Problemas de Internalização.

H1: Há associação entre a baixa idade gestacional e os Problemas de Internalização.

Tal como se pode observar, na Tabela 4, foi encontrada correlação entre a idade gestacional e a Escala de Internalização ($r_s = -.539$ com uma probabilidade associada de $p = .017$) tratando-se de uma correlação negativa estatisticamente significativa, sugerindo que valores mais altos na idade gestacional demonstram não haver probabilidade de apresentar problemas de Internalização, na Escala Externalização ($r_s = -.451$ com uma probabilidade $p = .53$) não se tratando de uma correlação estatisticamente significativa, com a Escala Score Total CBCL ($r_s = -.519$ com uma probabilidade associada $p = .23$) tratando-se, mais uma vez, de uma correlação negativa estatisticamente significativa, revelando que valores mais altos na idade gestacional sugerem não haver probabilidade de apresentar resultados elevados na escala score com total e por fim, com o nível NSE do pai ($r_s = .571$ com uma probabilidade associada de $p = .017$) tratando-se novamente de uma correlação estatisticamente significativa).

Finalmente, podemos ainda concluir que os dados dos 17 participantes foram utilizados nesta análise (N).

Decisão relativa à Hipótese Alternativa (H1): o valor da probabilidade, $p < .05$, permite-nos reter a hipótese alternativa (H1) e consequentemente concluir que há relação entre o Tempo de Internamento e os Ansiedade/ Depressão.

Quadro 2 – Estudo das Diferenças (T-Test; U – Mann-Whitney) entre género

	Masculino (N=10)		Feminino (N=8)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Score Global	51.50	8.85	53.67	17.47	-.335	.743
	Média (DP)		Média (DP)		<i>U</i>	<i>p</i>
Problemas Afetivos	50.50(.71)		58.00(12.13)			

(*) $p \leq .05$

H0: Não há diferenças entre os meninos e as meninas relativamente ao risco de apresentarem Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

H1: Há diferenças entre os meninos e as meninas relativamente ao risco de apresentarem Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

Como se pode verificar através dos valores apresentados nos quadro acima, podemos inferir que estamos perante diferenças de médias significativas entre os dois grupos de comparação relativamente à escala Problemas Afetivos ($U = 17.00; P = .03$) sendo as meninas a apresentar uma maior tendência para exibirem estes problemas de comportamento ($M = 53.67$; $DP = 17.47$).

Decisão relativa à Hipótese Nula (H_0), podendo-se inferir que há de facto diferenças significativas entre as meninas e os meninos, mas não ao nível da Escala de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, mas sim nos Problemas Afetivos.

CAPÍTULO IV

Discussão

Mediante o enquadramento teórico desenvolvido, referente ao primeiro capítulo deste estudo, realizado com base na literatura pertinente encontrada, procede-se agora à discussão dos resultados, proporcionando, assim a reflexão necessária à integração da informação já existente com os resultados alcançados nesta investigação.

Do estudo da hipótese da relação entre o nível socioeconómico (NSE) baixo e os fatores de Internalização, podemos realçar que há uma aceitação face à Hipótese Alternativa (H1), devido aos resultados estatisticamente significativos verificados no NSE do pai relativamente à Escala Reatividade Emocional ($r_s=.509$ com uma probabilidade associada de $p=.037$) e na Escala Problemas Ansiedade ($r_s=.500$ com uma probabilidade associada $p=.051$). No que concerne ao NSE da mãe apresentou, neste caso, valores estatisticamente significativos na Escala Ansioso/Deprimido ($r_s=.486$ com uma probabilidade associada de $p=.048$) e novamente na escala Problemas de Ansiedade ($r_s=.500$ e com uma probabilidade associada de $p=.041$).

Esta aceitação da Hipótese Alternativa (H1) sugere que pais com um nível socioeconómico baixo, revelam uma maior tendência para percecionarem problemas no comportamento dos filhos, mais especificamente, ao nível dos fatores de Internalização.

Os valores obtidos nesta primeira análise vão de encontro aos de estudos realizados por McCarton (2008) e Ross, Lipper e Peter (2010) os quais utilizaram, de igual modo, como um dos instrumentos de estudo o CBCL, os resultados demonstram que ao nível do comportamento, quando os grupos de crianças pré-termo e termo, foram comparados, as crianças prematuras obtiveram de forma significativa, resultados mais elevados para problemas no comportamento, havendo uma grande discrepância de valores especificamente no grupo socioeconómico mais baixo, indicando desta forma, uma interação entre grupo socioeconómico e a prematuridade. Os estudos, ainda sugeriram, que se houver desvantagem ao nível socioeconómico, a probabilidade de adversidades desenvolvimentais aumenta (McCarton, 2008; Ross et al 2010).

Neste contexto, parece importante referir que os resultados obtidos no presente estudo, vão ao encontro do objetivo inicial, no qual se pretendia precisamente, explorar se o nível socioeconómico baixo/ desfavorecido constitui um fator de risco para Problemas de Comportamento, pois na literatura revista os resultados que se obteve com este estudo comprovam a relação entre estas duas variáveis de estudo.

Como segunda análise, explorou-se a relação entre o baixo peso e o Comportamento Agressivo, não revelando resultados estatisticamente significativos, havendo em detrimento do referido, a aceitação da Hipótese Nula (H0), sugerindo não haver relação entre o baixo peso e a escala do Comportamento Agressivo. Segundo a leitura que pode ser inferida através do CBCL, os pais

não associam ao menor peso dos filhos, aquando do nascimento prematuro, problemas de comportamento, mais especificamente ao nível do comportamento agressivo.

Esta rejeição de relação entre as variáveis em causa, não corrobora os resultados de estudos relativos à literatura encontrada, os quais realçam o estreitamento da relação entre o baixo peso e o risco de problemas de comportamento (Gray, Indurkha & McCormick, 2009; McCarton, 2008). Estudos realizados numa variedade de grupos, por Samara, Marlow & Walke (2008) demonstram risco de Problemas de Atenção, Hiperatividade, a Nível Social e Problemas de relacionamento com grupo de pares. Como já foi mencionado no Capítulo 1 deste estudo, Novello e Cols (1992), referem que as crianças ao nascerem com baixo peso, apresentam um risco sete a dez vezes aumentado de desenvolver os problemas anteriormente referidos, em relação a crianças termo.

Torna-se importante salientar que a amostra do presente estudo é constituída por 17 participantes logo, quando é feita a leitura dos resultados relativos à mesma, deve ser-se cauteloso, pois não se trata de uma amostra representativa estatisticamente.

As pesquisas realizadas e os achados na literatura, permitem inferir, que há efetivamente relação entre o baixo peso e a probabilidade de desenvolvimento de problemas futuros ao nível do comportamento, apesar dessa relação não ter sido encontrada na análise feita.

Quis avaliar-se a relação entre o Tempo de Internamento e os Problemas Afetivos, havendo mais uma vez, rejeição da Hipótese Alternativa (H1) e aceitação da Hipótese Nula (H0). Quer isto dizer que, relativamente à amostra em causa, não se encontra relação entre as variáveis supra citadas. No entanto, a literatura relacionada com a prematuridade explora a questão do internamento e suas consequências, alertando para as condições adversas a que o bebé vai estar sujeito em prol da sua sobrevivência, as quais podem comprometer o bebé ao nível do desenvolvimento. Vários são os autores que mencionam o risco de sequelas emocionais, devido ao enfraquecimento das relações estabelecidas com o cuidador primário, as quais podem estar na origem de futuras perturbações ((Bhutta, Cleves, Casey, Gradock, & Anand, 2002; Ruiz, 2004; Ferrari & Donelli, 2010).

Tendo em consideração esta linha de investigação, verificou-se não haver presença de associação entre um maior tempo de internamento e problemas de comportamento, nomeadamente na Escala Problemas Afetivos, no entanto como já foi mencionado deve ter-se em consideração as limitações da amostra em estudo.

Pretendeu-se avaliar a relação entre a baixa idade gestacional e os problemas na escala de Internalização, pois de acordo com a literatura revista, muitos estudos há, que se debruçaram sobre esta associação, nomeadamente pesquisas expõem, com base no relato dos pais (CBCL), que as crianças prematuras obtiveram valores significativos na Escala de Problemas de

Internalização, a qual abrange / engloba a reatividade emocional, queixas somáticas e problemas de atenção (Samara, Marlow & Walke, 2008; Nomi & Weiling, 2011).

Os resultados obtidos através da amostra, permitiu-nos encontrar correlação significativa entre a idade gestacional e a Escala de Internalização ($r_s = -.539$ com uma probabilidade associada de $p = .017$) em que valores mais elevados na idade gestacional demonstram não haver probabilidade de apresentar problemas de Internalização, na Escala Score Total CBCL ($r_s = -.519$ com uma probabilidade associada $p = .23$), revelando que valores mais altos na idade gestacional sugerem não haver probabilidade de apresentar resultados elevados na Escala Score Total e por fim, com o nível NSE do pai ($r_s = 0,571$ com uma probabilidade associada de $p = 0,017$).

De salientar a correlação significativa, encontrada entre o NSE do pai e a idade gestacional, o qual parece influenciar o fenómeno da prematuridade, como foi anteriormente referido, mas desta vez “favorecendo” essa influência, especifica ao pai.

Por fim, pretendeu-se explorar se há diferenças significativas entre as meninas e os meninos ao nível da Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, concluindo-se da análise realizada, que há de facto, diferenças significativas entre género, em que as meninas exibem valores mais significativos ($M = 53.67$; $DP = 17.47$), no entanto ao nível da Escala Problemas Afetivos ($U = 17.00$; $P = .031$), levando á decisão relativa à Hipótese Nula (H_0).

A literatura neste domínio não é tão consensual, há estudos que sugerem relativamente, aos problemas de comportamento, que as raparigas não diferem do grupo de comparação, já os rapazes apresentam diferenças significativas, sendo os meninos prematuros a exibirem resultados mais elevados para Problemas de Comportamento. Os quais parecem evidenciar uma maior propensão para exibirem problemas de Externalização, Hiperatividade com Défice de Atenção, Comportamento Agressivo e Delinvente (Ross et al., 2010).

Samara et al, (2008) realizou, de igual modo, um estudo enfatizando a relação entre o género e o comportamento no qual, estabelece uma comparação entre rapazes e raparigas de extremo baixo peso, comparativamente com o grupo de controle, os quais apresentaram resultados, significativos ao nível do comportamento, em relação ao mesmo género pertencente grupo de controle, incluindo problemas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade.

Os rapazes prematuros, mais uma vez, exibem mais frequentemente problemas de Externalização ou Hiperatividade com Défice de Atenção e as raparigas experienciam maior risco de Problemas de Internalização Samara et al, (2008).

Podemos concluir que não há um consenso entre a literatura comparativamente à maior probabilidade de aparecimento de problemas de comportamento, ao nível do género, no entanto no que concerne aos problemas apresentados parece haver uma maior tendência para problemas de externalização, Hiperatividade com Défice de Atenção (Samara et al, 2008).

Conclusão

Foram muitos os estudos realizados ao longo das últimas décadas os quais demonstraram a existência de um impacto significativo ao nível dos fatores demográficos e ambientais na trajetória desenvolvimental dos sujeitos, tanto ao nível cognitivo, como ao nível comportamental, quer em crianças pré-termo como em crianças de termo, não se devendo olhar para a prematuridade como um fator de risco em si (Bhutta et al., 2002).

Tendo presente esta linha de pensamento relativamente ao estudo realizado, como objetivo principal a avaliação psicopatológica num grupo de crianças nascidas prematuramente, foi considerada a perceção dos pais acerca das características comportamentais dos seus filhos.

Posto isto, e de acordo com a análise dos dados da amostra a que se refere o estudo, podemos constatar ter havido uma maior perceção por parte dos pais relativamente aos problemas de comportamento, quando o nível socioeconómico é baixo ou desfavorecido. O mesmo se verificou na idade de gestação em que uma baixa idade gestacional está associada a uma maior perceção de problemas de comportamento.

Relativamente às diferenças de género verificou-se existirem diferenças entre os meninos e as meninas, em que as meninas revelaram resultados mais significativos ao nível dos problemas afetivos.

Da exploração da relação entre o baixo peso e o tempo de internamento, os resultados sugeriram não haver relação com os problemas de comportamento, não indo ao encontro do exposto na literatura, na qual a relação destas variáveis, como fator de risco de problemas futuros, é realçada.

Podemos concluir que, dos resultados obtidos através da análise aos mesmos, este estudo de cariz exploratório, vai ao encontro da literatura relacionada com o tema em questão, ou seja, se por um lado devemos olhar para a prematuridade com fator de risco em si, por outro, os resultados conduzem-nos ao risco de se desenvolverem problemas psicopatológicos à luz de fatores ambientais, familiares e educacionais os quais determinam, mutuamente, a interação entre a criança e o meio, e que, por conseguinte, parecem influenciar o surgimento de problemas psicopatológicos.

O reconhecimento de que os prematuros comportam um risco acrescido de desenvolver problemas comportamentais, fornece a oportunidade de uma deteção precoce para uma subsequente intervenção.

Estes resultados alertaram-nos para a importância de identificação das variáveis ambientais e familiares, a fim de tornar possível a identificação de preditores deste fenómeno, visando a prevenção do mesmo ao ser contemplado nas linhas orientadoras de intervenções terapêuticas na área de neonatologia.

Contudo, o estudo apresenta algumas limitações nomeadamente ao nível do tamanho da amostra, a qual, no entanto, pela análise dos resultados, os estudos deste género representam uma importante contribuição na definição de novas e mais adequadas formas de atuação.

Dos resultados alcançados, pese embora o facto de não serem estatisticamente significativos, se tivermos em conta o nível da amostra, podem ter implicações pertinentes no estabelecimento de programas de reestruturação e intervenção direcionadas à população em questão.

Neste sentido, não se devem rejeitar as associações e variações que não alcançaram significância neste estudo.

Referências bibliográficas

- 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.
- Barros, L. (2001a). 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.
- Barros, L. (2001b). O Bebé Nascido em Situação de Risco. In Maria Canavarro (Ed) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 236-250). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bhutta, A., Cleves, M., Casey, P., Cradock, M., & Anand, K. (2002). Cognitive and Behavioral Outcomes of School-Aged Children who were Born Preterm: a meta-analysis. *JAMA*, 288(6), 728-737. Doi: 10.1001/jama.288.6.728
- Borges, M. (1987). *Introdução à Psicologia do Desenvolvimento*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Brazelton, T. (2006). *O grande livro da criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., Silva, J., & Soares, I. (2007). Vinculação e Psicopatologia. In I. Soares (Eds.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. (pp. 194-240). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Dalli, W., (2011). Quality early Childhood education for under-two-years-olds: what should it look like? a literature review: Child Development: Neurology Translational Research
- Farooqi, A., Hägglöf, B., Sedin, G., Gothefors, L., & Serenius, F. (2007). Mental health and social Competencies of 10 to 12 years old Children Born at 23 to 25 weeks gestation in the 1990s: A swedish national prospective follow-up study. *Pediatrics*, 120(1), 118-133
- Ferrari, A., & Donelli, T. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebé com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112. Doi: 10.4013/ctc.2010.32.04
- Gonçalves, M. & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares(Ed.) *Psicopatologia do do Desenvolvimento: Trajetórias (in) adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto
- Graça, L. (1996). Parto pré-termo. *Medicina materno-fetal: fundamentos e prática clínica*, 161-178.

- Gray, R., Indurkha, A., & McCormick, M. (2009). 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
- Hoff, B., Munck, H., & Greisen, G. (2004). Assessment of Parental Sensivity Towards Pre-School Children Born With Very low Birth Weight. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 85-89.
- Jotzo, M. & Poets, C. (2005). Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention. *Pediatrics*, 115, 915-919.
- Karin, J., Britt-Marie, M., Jens, S. (2006) Parental stress and toddler Behavior at age 18 months after pre-term birth.
- Linhares, M., Carvalho, A., Bordin, M., Chimello, J., Martinez, F., & Jorge, S. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 60-69.
- Martinet, S. (2008). A prematuridade. In F. Boyle e S. Martinet (Eds.), *Perturbações da parentalidade* (pp.113-120). Lisboa:Climpsi
- Martins, P. (2004). *Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: representações sociais, modos e espaços*. Tese de Doutoramento publicada. Universidade do Minho.
- Martins, C. (2010). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- McCarton, C. (2008). Behavioral Outcomes in Low Birth Weight Infants. *Pediatrics*, 102(5), 1293-1297. Doi: 10.1542/peds.102.5.SE1.1293
- Novello, A., Degraw, C., & Kleinnan, D. (1992). Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. *Public Health Reports*, 107, 3-10.
- Nowicki, P. (1994). Neonatal problems: medical issues. *The sourcebook of pediatric psychology*, 11-16.
- Naomi, K.&Weiling, L. (2011). Health-related quality of life, emotional and behavioral problems in mild to moderate prematures at (pre)-school age. *Early Human Development*.. vol 87(6), 705-709
- Patteson, D., & Barnard, K. (1990). Parenting of Low Birth Weight Infants: A Review of Issues and Interventions. *Infant Mental Health Journal*, 11(1), 37-56.
- Petermann, F., & Macha, T. (2008). Developmental Assessment: A General Framework. *Journal of Psychology*, 216(3), 127-134. Doi: 10.1027/0044-3409.216.3.127
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da Família- Perspectiva Sistémica*. Biblioteca das ciências do Homem. Edições Afrontamento. Porto.

- Richters, J., & Weintraub, S. (1990). Beyond diathesis: toward an understanding of high-risk environments. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 67-96). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ross, G., Lipper, E., & Peter, A. (2010). Social Competence and Behavior Problems in Premature Children at School Age. *Pediatrics*, 126(3), 391-397.
- Ruíz, A. (2004). Un Nacimiento Antes de Tiempo. *Subjetividad Y Procesos Cognitivos*, 6, 250-280.
- Samara, M., Marlow, N., & Wolke, D. (2008). Pervasive Behavior Problems at 6 Years of Age in a Total-Population Sample of Children Born at ≤ 25 Weeks of Gestation. *Pediatrics*, 122(3), 562-572.
- Santos, M., (2001). Conhecer as competências de um recém-nascido. In Maria, Canavarro (Ed) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 132-154) Coimbra: Quarteto Editora.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. (2005). Risco, Protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Stern, M. & Hildebrandt, K. (1986) Prematurity stereotyping: Effects on mother-infant interaction. *Child Development*, 57, 308-315
- Veiga, M. E. (2006). *O processo de transição para a parentalidade: o caso da prematuridade*. Tese de Doutoramento em Psicologia não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Weilewicky, G. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planeamento da intervenção. *Temas em psicologia*, Vol. 19 513-523