



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Adaptação Escolar:

Trajetórias de um grupo de crianças nascidas prematuramente

Filipa Raquel Sousa Macedo

Faculdade de Educação e Psicologia

2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Adaptação Escolar:

Trajetórias de um grupo de crianças nascidas prematuramente

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

- Especialização em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano -

por

Filipa Raquel Sousa Macedo

sob orientação de

Professora Doutora Elisa Veiga

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, julho, 2014

Agradecimentos

Hoje, penso em todas as pessoas que me ensinaram algo e que estiveram, sempre, ao meu lado durante esta caminhada pessoal e profissional, contribuindo para que me fosse possível chegar até aqui.

O meu muito obrigada, especial:

À minha *família*: Pais, Avós, Tios e Primos, pelos valores transmitidos, pela paciência e pelo apoio diário, incondicional. Por fazerem com que tudo seja mais fácil. Por serem o meu refúgio e o meu suporte.

Ao *Rúdi*, pela confiança, dedicação, paciência e disponibilidade nos momentos mais difíceis.

A todos os *meus amigos e amigas*, principalmente à Jú e à Sara, pela presença constante, partilhas diárias e sorrisos provocados.

À *Professora Elisa*, pela disponibilidade, apoio, oportunidades de crescimento pessoal e profissional e pela confiança em mim durante todo este processo.

À *Professora Lurdes*, pela confiança e segurança que transmite.

A todos os meus *professores da FEP-UCP*, que fomentaram todos os conhecimentos que tenho hoje.

À *minha turma*, pelo que fomos durante os cinco anos e por tudo o que vivemos.

Resumo

A prematuridade é uma temática que tem originado diversas investigações, sobretudo pelo seu impacto no desenvolvimento infantil, estando muitas vezes associada a dificuldades cognitivas, académicas e comportamentais. Neste sentido, afigura-se como um fator de risco para o desenvolvimento e para a aprendizagem, apresentando, assim, um risco para a transição e adaptação escolar.

O presente estudo apresenta como objetivos: caracterizar a adaptação escolar de crianças nascidas prematuramente através do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*, e relacionar estes resultados com outros dados da história clínica, desenvolvimental e familiar das crianças, mais concretamente: a idade gestacional, o peso à nascença, o tempo de internamento, os resultados do perfil desenvolvimental obtido através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* administrada aos cinco anos de idade, e ainda o nível de escolaridade e profissão dos pais.

A recolha de dados foi realizada junto de professores de 15 crianças nascidas prematuramente e que iniciaram a escolaridade obrigatória no ano lectivo 2013/2014. Os instrumentos utilizados foram a *Ficha Clínica e Sociodemográfica* da criança e o *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*, validado e adaptado para a população portuguesa por Pinto e Morgado, em 1998 (Morgado, 1998).

Os principais resultados revelam que as crianças presentes na amostra apresentam valores médios mais elevados relativamente à Integração social e ao Comportamento e valores médios mais baixos em relação aos Requisitos Básicos e à Linguagem Receptiva. Verifica-se que a *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* apresenta relações significativas com o *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*, bem como com as competências linguísticas. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola* e os dados clínicos (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento) e sociodemográficos (nível de escolaridade e profissão dos pais).

No final do presente estudo, são discutidas as implicações e limitações do mesmo e realizadas sugestões para futuras investigações.

Palavras-Chave: Prematuridade; Adaptação Escolar; Transição Escolar; Fatores de risco biológico; Fatores de risco ambiental.

Abstract

Prematurity is a thematic that has led many investigations, mainly for its impact on child development. This impact is several times associated with cognitive, academic and behavioral issues. In this sense, it appears as a risk factor for development and learning, being a high risk to transition and scholar adaptation.

The present study presents the following objectives: characterize the scholar adaptation of prematurely born children through “*Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*” and relate these results with other data of children clinical history, developmental and familiar, specifically gestational age, birth weight, length of hospitalization, the results of the developmental profile obtained by “*Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*” (administered to five years old), and the level of education and occupation of parents.

The data collection was done with help of teachers of 15 prematurely born children that started compulsory school in the years of 2013 and 2014. The instruments used were a “*Ficha Clínica e Sociodemográfica da criança*” and the “*Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*”, validated and adapted for Portuguese population by Pinto and Morgado, 1998 (Morgado, 1998).

The main results show that children in the sample have higher average values regarding social integration and behavior, and lower mean values compared with the Basic Requirements and Receptive Language. It is verified that the “*Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*” presents significative relations with “*Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*” as well as the level of language skill. It is not verified statistically relevant differences between the “*Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*” results and the clinical data (gestational age, birth weight and length hospitalization) and sociodemographic (Academic degree and parents occupation).

In the end of the study, there is discussed the implications and the limitations of it and made suggestions for future investigation.

Key-words: Prematurity, scholar adaptation, scholar transition, biological risk factors and environmental risk factors.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. PRONTIDÃO E ADAPTAÇÃO ESCOLAR	3
2. PREMATURIDADE: FATOR DE RISCO PARA A ADAPTAÇÃO ESCOLAR	8
2.1. O Nascimento Prematuro	8
2.2. Causas do Nascimento Prematuro	9
2.3. Papel dos fatores de risco biológico	9
2.4. A interação com os fatores de risco ambiental: efeitos do ambiente no desenvolvimento da criança	12
III. METODOLOGIA	15
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	15
2.1. Objetivos Gerais	15
2.2. Objetivos Específicos	15
2.3. Hipóteses	17
2.4. Amostra	17
2.4.1. Caracterização da amostra	18
2.4.2. Caracterização dos Pais presentes na amostra	19
3. INSTRUMENTOS	21
4. PROCEDIMENTOS	23
4.1. Recolha de Dados	23
4.2. Procedimentos na Análise dos Dados	23

5. RESULTADOS	24
5.1. Resultados das subescalas do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i>	24
5.2. Resultados do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i> e os Dados Clínicos	34
5.3. Resultados do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i> e da <i>Escala do Desenvolvimento Mental de Griffiths</i>	38
5.4. Resultados do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i> e os Dados Sociodemográficos	42
5.4.1. Resultados do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i> e o Nível de escolaridade dos Pais	42
5.4.2. Resultados do <i>Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola</i> e a Profissão dos Pais	47
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
6.1. Limitações do Estudo	57
6.2. Investigações Futuras	57
IV. CONCLUSÕES	58
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
VI. ANEXOS	66

ÍNDICE DE SIGLAS

IG – Idade gestacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

GR – Gramas

RNBP – Recém nascidos de baixo peso

RNMBP – Recém nascidos de muito baixo peso

RNEBP – Recém nascidos de extremo baixo peso

PG – Peso gestacional

BPG – Baixo peso gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

QAAE – Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola

IRS – *Infant Rating Scale*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra;

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos pais;

Tabela 3. Subescalas do QAAE;

Tabela 4. Estatística descritiva do QAAE;

Tabela 5. Correlações entre as subescalas e o resultado médio global do QAAE;

Tabela 6. Correlações entre itens de uma mesma subescala ou de subescalas distintas do QAAE;

Tabela 7. Relação entre o resultado médio global do QAAE e os dados clínicos;

Tabela 8. Relação entre as diferentes subescalas do QAAE e os dados clínicos;

Tabela 9. Distribuição das médias das categorias da Idade Gestacional, do Peso à nascença e do Tempo de internamento com as subescalas do QAAE;

Tabela 10. Estatística Descritiva da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*;

Tabela 11. Correlações entre as subescalas da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e as subescalas do QAAE;

Tabela 12. Relação entre o resultado médio global do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola* e os Dados Sociodemográficos;

Tabela 13. Relação entre as diferentes subescalas do QAAE e o nível de escolaridade das mães e dos pais;

Tabela 14. Distribuição das médias das categorias do nível de escolaridade da mãe e do nível de escolaridade do pai, com as subescalas do QAAE;

Tabela 15. Relação entre o resultado médio global do QAAE e o nível profissional dos pais;

Tabela 16. Relação entre as diferentes subescalas do QAAE e o nível profissional dos pais;

Tabela 17. Distribuição das médias das categorias da profissão da mãe e da profissão do pai, com as subescalas do QAAE.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. *Escala de Graffar Adaptada*

Anexo 2. *Questionário de Avaliação e Adaptação à Escola*

Anexo 3. *Consentimento Informado*

I. INTRODUÇÃO

A prematuridade tem tido um grande impacto no desenvolvimento infantil, estando associada a dificuldades cognitivas, académicas e comportamentais (Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez & Jorge, 2003). Define-se segundo dois critérios principais: a idade gestacional e o peso à nascença (Botelho & Leal, 2001). Neste sentido, são considerados três subgrupos: os recém nascidos de baixo peso (RNBP), que pesam entre 1500 e 2500 gr., os de muito baixo peso (RNMBP), que pesam entre 1000 e 1500 gr., e os de extremo baixo peso (RNEBP), que apresentam um peso inferior a 1000 gr. (Barros, 2001; WHO, 2001).

A prontidão escolar resulta da combinação de dois conceitos distintos (Carlton & Winsler, 1999): prontidão para aprender e prontidão para a escola (Lewit & Baker, 1995), enquanto o termo adaptação é comumente utilizado para designar um processo ou mecanismo necessário para enfrentar novas situações, como por exemplo, o período de ingresso das crianças numa nova etapa escolar (Rapoport, Sarmiento, Nornberg, & Pacheco, 2008). A adaptação escolar depende de vários fatores, sendo estes cognitivos, instrumentais ou motores, de linguagem, de comportamento e, ainda, de desempenho escolar, que se traduz na percentagem de sucesso ou insucesso escolar de cada aluno. (Laucht et al., 2002; Thompson, 1975).

O presente estudo tem como objetivo a caracterização da adaptação escolar de crianças nascidas prematuramente e que iniciaram o 1º ano, do 1º Ciclo do Ensino Básico, no ano letivo 2013/2014.

A pertinência deste estudo prende-se, essencialmente, com três fatores. O primeiro está relacionado com o facto de o momento de transição para o 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico ser um momento crucial, pois destaca-se por marcar o início da relação da criança com um novo sistema: a escola (Relvas, 1996). O segundo fator prende-se com o facto de ser pertinente realizar este estudo com crianças nascidas prematuramente, uma vez que a percentagem de recém nascidos prematuros tem aumentado em Portugal, nos últimos anos (INE, 2012) e, ainda, pelo facto de a prematuridade se afigurar como um fator de risco para o desenvolvimento e para a aprendizagem (Laucht et al., 2002), apresentando, neste sentido, um risco para a transição e adaptação escolar. O terceiro fator diz respeito ao facto de, a partir da revisão bibliográfica realizada, não termos conhecimento da existência de estudos acerca da referida temática, nomeadamente em Portugal.

A presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: num primeiro momento explora-se o conceito de prontidão e adaptação escolar e as características das crianças aos seis anos de idade, segundo autores clássicos da Psicologia, como Jean Piaget e Eric Erikson. Para além disto é feita ainda referência à prematuridade como fator de risco para a adaptação escolar, abordando o nascimento prematuro e as suas causas, bem como o papel dos

fatores de risco biológico e a interação com os fatores de risco ambiental e os efeitos do ambiente no desenvolvimento da criança.

Num segundo momento apresenta-se o método, seguido dos objetivos deste estudo, as hipóteses formuladas, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados para avaliar a adaptação escolar e os procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Seguidamente, é realizada a descrição dos resultados, na qual se faz a caracterização da adaptação escolar, através do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola* (Pinto & Morgado, 1998), relacionando-os com os dados clínicos (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento) e sociodemográficos (nível de escolaridade e profissão dos pais) e com o perfil de desenvolvimento obtido através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (Griffiths, 2006).

Por último é apresentada a discussão de resultados e conclusões, refletindo-se acerca da obtenção dos mesmos e integrando-os com a revisão da literatura realizada. Faz-se, ainda, referência às limitações do estudo e sugestões para investigações futuras acerca desta temática.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PRONTIDÃO E ADAPTAÇÃO ESCOLAR

A entrada no primeiro ano do 1º Ciclo do Ensino Básico constitui na nossa cultura, um marco histórico cada vez mais importante. Trata-se de uma transição na vida das crianças, uma vez que a entrada na escola marca o início da relação com um novo sistema, bem organizado e altamente significativo (Relvas, 1996). As crianças aprendem novas regras e rotinas, estabelecem relações com o professor e outros significativos da escola, bem como, com os pares, com quem desenvolvem competências sociais e de autoconhecimento. Para além de ser o início da relação com um novo sistema é também um momento crucial de abertura do sistema familiar a este novo sistema (Relvas, 1996) e requer um processo de adaptação não só da parte das crianças, mas também dos seus pais, professores e da organização escolar que vão frequentar (Rapoport, Sarmiento, Nornberg & Pacheco, 2008).

Em Portugal, a entrada de uma criança para a escola acontece quando esta completa seis anos de idade. Tal não é consistente com todos os países, em que nuns, este acontecimento é possível aos cinco anos e noutros acontece um ano mais tarde, ou seja, aos sete anos de idade, não havendo assim um consenso sobre qual a idade mais adequada para a entrada na escola (Eurydice).

Para a criança a entrada no 1º Ciclo vem associada a mudanças de estatuto e a uma aproximação ao mundo dos adultos e à cultura que o rodeia (Alarcão, 2000).

Desta forma, a prontidão e a adaptação escolar são fundamentais, para que a criança integre este novo modelo de ensino.

A prontidão escolar resulta da combinação de dois conceitos distintos (Carlton & Winsler, 1999): **i)** a prontidão para aprender (Lewit & Baker, 1995), entendida como o nível de desenvolvimento de um indivíduo, no qual este está pronto para realizar a aprendizagem de matérias específicas. Esta compreensão permaneceu por muito tempo como a única dimensão da prontidão, especialmente com a valorização dos aspetos cognitivos e a exclusão das relações sociais (Andrada, 2008) e; **ii)** a prontidão para a escola, que indica a capacidade do indivíduo para ser bem sucedido no contexto escolar (Lewit & Baker, 1995).

Assim, segundo Dockett & Perry (2009) (NEGP, 1997, cit. in Dockett & Perry, 2009), existem três componentes da prontidão escolar: **i)** a prontidão da criança para a escola; **ii)** a prontidão da escola para a criança e; **iii)** a comunidade alargada que contribui para a prontidão das crianças.

Para que uma criança esteja “pronta” para ingressar o 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico são necessárias determinadas competências desenvolvimentais, tanto a nível cognitivo, físico, comportamental e emocional (Thompson, 1975). A criança deverá obedecer a uma série

de características individuais, tais como, o bem estar físico (presença de doença ou deficiência); as competências motoras (coordenação global: tarefas de autonomia e adaptação social; a coordenação óculo-manual: manipulação do lápis e da tesoura); as competências linguísticas (competência para aprender e seguir instruções e mensagens verbais transmitidas pelo professor, competência para se expressar verbalmente); a concentração e o ajustamento emocional (capacidade para se concentrar e prosseguir na realização das tarefas individuais, compreender e ajustar-se a regras, seguir as instruções do professor, lidar com mudanças e transições, capacidade para realizar tarefas num ambiente formal de ensino) e por último a independência (autonomia para realizar tarefas com um mínimo de supervisão do adulto).

Todas estas competências podem e devem ser observadas e posteriormente avaliadas. Cooley, M. (2010) considera que as avaliações da prontidão académica devem envolver a avaliação direta da criança em diferentes dimensões, da mesma forma que a entrevista aos pais e ao educador do Jardim de Infância devem ser feitas para a recolha de mais informação. No momento em que se “avalia” a prontidão escolar de uma criança, deve-se ter em conta: a constituição física da criança (indicador do amadurecimento neurológico da criança), o estado anímico e social, o desenvolvimento cognitivo e o suporte familiar que se encontra diretamente ligado ao desenvolvimento saudável de uma criança. Por outro lado, o desempenho da criança em atividades como o desenho, a música, os trabalhos manuais, a modelagem são indicadores do maior ou menor grau de maturidade e de preparação da criança para “avançar para uma nova etapa” (Cooley, 2010).

No que diz respeito à adaptação escolar, esta pode ser um processo particularmente stressante para a criança, no sentido em que são necessárias, também, algumas exigências pessoais, sociais e emocionais e intelectuais, para que esta se adapte a novas circunstâncias, a novos professores e a uma nova turma, bem como a novas rotinas e novas regras (Bartolini, 1985; Rapoport et al., 2008).

De acordo com Rapoport et al. (2008), o termo adaptação é comumente utilizado para designar um processo ou mecanismo necessário para enfrentar novas situações, como por exemplo, o período de ingresso das crianças numa nova etapa escolar.

São identificadas por Thompson (1975) três áreas principais de comportamento que são indicativas da adaptação escolar de uma criança: **i)** adaptação pessoal que reflete em que medida a criança é independente, auto confiante e capaz de aceitar críticas ao seu trabalho e comportamento; **ii)** adaptação emocional e social, que reflete se a criança se relaciona satisfatoriamente com os seus pares e professores. Estas exigências emocionais requerem uma maior atenção no período de entrada da criança para a escola, uma vez que vão interferir no processo de ensino aprendizagem e no desenvolvimento psíquico da criança (Rapoport et al., 2008), sendo o professor um elemento chave neste processo. A criança poderá apresentar resistências à saída de casa, medos e inseguranças excessivas relativamente ao novo sistema que

terá de enfrentar (Relvas, 2004), e por fim; **iii**) adaptação às exigências intelectuais e linguísticas da escola que reflete em que medida é que a criança está interessada no seu trabalho e no ambiente e, ainda, o uso que esta faz das oportunidades que lhe são oferecidas. Estas exigências são resultados do começo das atividades escolares formais (Hughes, 1979, cit. in Bartolini, 1985), sendo o foco destas atividades, no primeiro ano do 1º Ciclo do Ensino Básico, centrado nas questões de aprendizagem, nomeadamente na leitura e na escrita (Rapoport et al., 2008), competências essas que são requeridas e avaliadas e se não forem bem aprendidas pela criança, mais tarde poderão sofrer repercussões (Kirkegaard et al., 2006).

Tendo em conta a importância deste marco histórico na vida da criança, a adaptação da mesma, pode ser um processo complexo e gradual, no qual cada criança necessita de um período de tempo diferente para se adaptar. Neste sentido, a adaptação de uma criança não é igual à de outra, sendo necessário, em algumas das vezes, que se adequem os procedimentos às particularidades de cada caso (Rapoport, 2003).

Assim sendo, tendo em conta a importância do contributo de dois grandes autores clássicos da Psicologia: Jean Piaget e Eric Erikson e das suas respectivas teorias: Teoria do Desenvolvimento Cognitivo e a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, referidas como cruciais para a prontidão e a adaptação escolar das crianças, seguidamente, procura-se fazer uma descrição do seu perfil desenvolvimental.

Tendo em conta a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget, faz todo sentido integrá-la na descrição desenvolvimental das crianças, visto que a construção do ser humano é um processo que vai acontecendo ao longo da vida e por isso, influencia a prontidão e adaptação escolar das mesmas.

A entrada na escola corresponde ao Estágio Operatório Concreto, de acordo com a teoria de Piaget. Segundo este autor, a criança, nesta etapa, encontra-se num importante momento do seu desenvolvimento cognitivo (Piaget, 1978, cit. in Oliveira, 2006), já com a capacidade de fazer operações mentais, transformando-se, neste estágio em operações concretas. O desenvolvimento da capacidade da criança para pensar de forma lógica leva, ainda, a que a criança não procure apenas compreender o conteúdo do pensamento das outras pessoas, mas também se empenhe em transmitir o seu próprio pensamento de modo a que a sua argumentação seja aceite pelos outros (Palangana, 2001).

Neste período a criança desenvolve hábitos, valores, competências e motivos que a tornam membro responsável e produtivo da sociedade em que está inserida, admitindo relações de cooperação e onde as regras e leis são usadas, em comum, por todas as pessoas. (Palangana, 2001; Piaget, 1978, cit. in Oliveira, 2006).

Nesta fase, a assimilação e a acomodação ocorrem de forma mais ágil (Piaget, 1978, cit. in Oliveira, 2006). De acordo com Piaget (1973), a assimilação e a acomodação representam dois pólos de uma interação entre o organismo e o meio. Estas atuam em conjunto para

incrementar o desenvolvimento cognitivo (Papalia, Olds, & Feldman, 2001), sendo que o conhecimento é sempre um processo de assimilação e acomodação (Piaget, 1973). A acomodação diz respeito às modificações numa estrutura cognitiva já existente, de modo a incluir nova informação, sendo então, a origem do processo de aprendizagem (Piaget, 1973). A assimilação diz respeito à incorporação de nova informação numa estrutura cognitiva já existente. Esta informação não sofre transformações, sendo apenas integrada nas estruturas cognitivas.

Neste período, ocorrem, ainda, algumas aquisições importantes, tais como, distinção entre fantasia e realidade, classificação, raciocínio indutivo e dedutivo, seriação e interferência transitiva, pensamento espacial, número e matemática, e conservação (Papalia et al., 2001).

No que diz respeito à teoria do desenvolvimento psicossocial de Eric Erikson, esta prediz que o crescimento psicológico ocorre através de estágios e fases, dependendo da interação da pessoa, com o meio que a rodeia. Assim, iremos abordar de seguida o contributo deste autor, relativamente à descrição do perfil desenvolvimental das crianças nascidas prematuramente e à importância do mesmo, para a sua prontidão e adaptação escolar.

Erikson (1972) refere que nesta etapa de desenvolvimento “*a criança está mais pronta para aprender rápida e avidamente, no sentido de compartilhar de obrigações, disciplina e desempenhos...*” (Erikson, 1972, p.120). A entrada da criança para a escola vai-lhe permitir viver um grande número de experiências.

Erikson (1972) define o conflito que a criança vivencia nesta etapa como o sentimento de indústria *versus* inferioridade. Indústria no sentido de produtividade, de mestria, de desenvolvimento de capacidades. Uma vez que o sentimento de indústria “*envolve fazer coisas ao lado de outros e com outros*” (Erikson, 1972, p.126), neste período, desenvolve-se o sentido de divisão de trabalho (Erikson, 1972).

Quando o conflito é resolvido de forma positiva, a criança desenvolve um sentimento de competência (Erikson, 1972), construindo uma visão de si própria como sendo capaz de concluir as tarefas que lhe são propostas, o que contribui para um aumento da sua auto-estima (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Porém, este conflito nem sempre é superado de forma positiva, surgindo, assim, o sentimento de inferioridade, que se traduz no “*desenvolvimento de uma alienação de si mesma e das suas tarefas*” (Erikson, 1972, p.124). Tal pode acontecer devido à falta de preparação dada pelos pais e pelo pré-escolar, antes da entrada na escola (falta de estimulação de alguns pré-requisitos), ou por outro lado, pela inadequação da escola para receber o aluno. De acordo com este autor, outra possibilidade para este sentimento de inferioridade é a não resolução das dicotomias referentes às etapas anteriores do desenvolvimento.

Erikson (1972) considera que cabe aos professores a grande responsabilidade de favorecer o desenvolvimento do sentido de indústria nas crianças.

Neste sentido, a experiência escolar das crianças afeta e é afetada por todos os aspectos do seu desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional. São cruciais as diferenças relativas às capacidades cognitivas, no entanto, os fatores relacionados com o temperamento, com as atitudes e com as emoções afetam, igualmente, a adaptação escolar das crianças e a sua capacidade de se aplicarem (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

As crianças que estão “prontas” para a escola, que alcançam os níveis de maturidade emocional, social e física e apresentam uma adaptação inicial satisfatória têm uma maior probabilidade de serem bem sucedidas no seu percurso educacional do que as crianças que, por não estarem “prontas”, encontram dificuldades em se adaptar e lidar com as situações escolares (Thompson, 1975).

Todas estas componentes indicam que as características da criança são um fator importante para a prontidão e adaptação escolar, porém não são o único, sendo, neste sentido, fundamental considerar, ainda, a família, a comunidade e o contexto escolar, tendo em conta que as definições de prontidão são influenciadas por todos estes fatores (Carlton & Winsler, 1999; Dockett & Perry, 2009).

A família terá de ser suficientemente flexível para dar autonomia à criança e também para alterar as normas do seu dia-a-dia como horários, espaços e responsabilidades. Tendo os pais que reforçar o seu papel de educadores, orientando e impondo limites, uma vez que o código de conduta até então estabelecido como único e imperturbável vai ter que se adaptar ao código do novo sistema, neste caso o escolar, que também terá as suas especificidades e que é muitas vezes transportado para casa pelas crianças (Relvas, 2004). Para isso, é essencial que a comunicação entre os dois sistemas seja satisfatória e que permita a compreensão de ambos, não deturpando o sentido das mensagens enviadas, muitas vezes pela criança que é mensagem e mensageira (Relvas, 2004). Assim sendo, esta fase do ciclo vital da família é cheia de dificuldades e potencialidades, é o alargar do sistema e a readaptação do seu funcionamento para abarcar novos desafios (Relvas, 2004). Assim, de acordo com Austin e Lafferty (1968, cit. in Thompson, 1975), a prontidão e a adaptação escolar são, igualmente, necessárias não só para o ingresso, mas para o sucesso, e estes, dependem também das competências desenvolvimentais, como das características sócio-emocionais, como do contexto onde a criança está inserida.

Tendo em conta que um dos principais objetivos deste estudo é a caracterização da adaptação escolar de um grupo de crianças nascidas prematuramente, de seguida, iremos explorar o conceito de prematuridade como fator de risco para a adaptação escolar, abordando o nascimento prematuro e as suas causas, bem como o papel dos fatores de risco biológico e a interação com os fatores de risco ambiental.

2. PREMATURIDADE: FATOR DE RISCO PARA A ADAPTAÇÃO ESCOLAR?

2.1. O Nascimento Prematuro

Segundo a maioria dos autores, é definido como bebê prematuro, aquele que nasce antes das 36 semanas de idade gestacional (IG) e pese menos de 2200 gr. (Nowicki, 1994). De acordo com outros autores o peso deverá ser inferior a 2500 gr. (Graça, 1996). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009) prematuro é todo o nascimento de recém nascidos, ocorrido antes das 37 semanas completas de gestação, após o primeiro dia da última menstruação (Martinet, 2008).

Posto isto, existem dois critérios para a definição de nascimento prematuro ou pré-termo: **i)** a IG, que reúne maior consenso, e; **ii)** o peso à nascença (Botelho & Leal, 2001). Relativamente ao segundo critério, são considerados três subgrupos: recém nascidos de baixo peso (RNBP), recém nascidos de muito baixo peso (RNMBP) e recém nascidos de extremo baixo peso (RNEBP), com base no grau de maturação de processos fisiológicos específicos, tais como, as funções respiratória, digestiva, e circulatória, durante o desenvolvimento fetal (Barros, 2001; WHO, 2001). Assim, são caracterizados RNBP, aqueles que nascem entre as 32 e 36 semanas e com um peso entre 1500 e 2500 gr. (Barros, 2001). Mais de 90% destes bebês sobrevivem com taxas de perturbações de desenvolvimento a longo prazo muito baixas. RNMBP, aqueles que nascem entre as 26 e as 32 semanas e com um peso entre 800 e 1500 gr.. Por volta de 60 a 80% destes bebês sobrevive e a maioria pode desenvolver-se adequadamente, apesar da taxa de perturbações a longo prazo ser mais elevada do que no grupo anterior. Por último, os RNEBP aqueles que nascem até às 26 semanas e que pesam menos de 800 gr.. A taxa de sobrevivência destes bebês é inferior a 50% e apresentam uma elevada taxa de perturbações de desenvolvimento a longo prazo (Barros, 2001).

Verifica-se que cerca de 5% dos nascimentos prematuros ocorrem com menos de 28 semanas de gestação (prematividade extrema); aproximadamente 10-15% ocorrem entre as 28 e 30 semanas de gestação (prematividade severa); cerca de 20% ocorrem entre as 31 e 34 semanas de gestação (prematividade moderada); aproximadamente 60-70% ocorrem entre as 35 e 36 semanas de gestação (prematividade limítrofe) (Goldenberg, Culane, Iams & Romer, 2008; Moutquin, 2003).

O primeiro grupo é o que mais contribui para o aumento da mortalidade e morbidade neonatal (Moutquin, 2003). A prática de denominar um recém-nascido como prematuro, baseado apenas no peso gestacional (PG) ou na IG, já não é utilizada atualmente, uma vez que é difícil determinar com exatidão a IG do bebê e os índices mais altos de mortalidade e de morbidade ocorrem em recém nascidos com baixo peso gestacional (BPG) (Gallahue & Ozmun, 2005). Tendo como critério o PG, sabe-se que, em média, 15,5% dos nascimentos no mundo são

de recém-nascidos com BPG e, desses, 95,6% ocorrem em países desenvolvidos (United Nations Children's Fund & WHO, 2004). Atualmente, nos países desenvolvidos, a taxa de sobrevivência de crianças que nascem com 32 semanas de gestação é semelhante à das crianças nascidas de termo (Beck et al., 2010). Deste modo, e segundo os mesmos autores, ambos os critérios devem ser tidos em consideração como indicadores mais precisos da prematuridade.

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), entre 2003 e 2008 verificou-se um aumento da percentagem de nados vivos prematuros, tendo aumentado de 6,9% em 2003 para 8,9% em 2008. De modo semelhante, também o número de prematuros nascidos com BPG sofreu um ligeiro acréscimo de 7,4% para 7,7% entre 2003 e 2008. Em relação a estes dados, o INE (2009) verificou que, nesse período, foi sobretudo nas mães adolescentes e de idade mais elevada que se registaram as maiores incidências de nascimentos prematuros.

Assim sendo, visto que cada vez é maior o número de nascimentos prematuros e que as taxas de sobrevivência dos RNMBP e dos RNEBP estão em constante crescimento, é necessário dar igual importância a todos os tipos de recém nascidos (Bayless & Stevenson, 2007).

2.2. Causas do Nascimento Prematuro

Existe uma multiplicidade de causas que originam o nascimento prematuro de um bebé, entre as quais podemos salientar: **i)** as causas biológicas, identificadas muitas vezes ainda durante o período da gravidez, tais como, uma doença crónica da mãe (hipertensão materna, diabetes); **ii)** as causas obstétricas, geralmente relacionadas com a gravidez (gravidez múltipla, deslocamento da placenta, ruptura prematura de membranas, infeção ou inflamação no utero, nascimento por indução ou cesariana, técnicas de reprodução assistida), com o trabalho de parto (distress fetal), ou ocorrências durante o período neonatal (asfixia, hipotensão) (Beck et al., 2010; Staton, Lawn, Rahman, Wilczynska-Ketende & Hill, 2006); **iii)** as causas psicológicas e sócio-económicas (níveis de stress familiar elevado, acesso a cuidados de saúde, consumo de substâncias tóxicas, gravidez na adolescência, nascimentos em mulheres com mais de 35 anos de idade, gravidez repetida com intervalos curtos, má nutrição materna) (Barros, 2001; Goldenberg, 2008; Moutquin, 2003).

Todos estes fatores, são apontados como responsáveis, pelo aumento dos nascimentos prematuros, no entanto, ainda não é claro se o nascimento prematuro resulta da interação de vários mecanismos ou do efeito independente de cada um (Murphy, 2007).

2.3. O papel dos fatores de risco biológico

Este nascimento é considerado uma circunstância que engloba uma variedade de riscos médicos, genéticos, económicos, sociais e educacionais (Barros, 2001). O risco evolui no

sentido inverso ao peso à nascença, ou seja, o risco aumenta à medida que o peso à nascença diminui (Hack, Taylor, Klein, Eiben, Schatschneider, & Mercuri- Minich, 1994), sendo que tal ocorre igualmente com a idade gestacional (Pinto, Silva, Munari, Almeida, & Resende, 2008). Em geral, os bebés prematuros necessitam de cuidados neonatais especializados, na medida em que apresentam uma imaturidade generalizada no seu funcionamento fisiológico.

Salientamos, alguns dos problemas mais comuns, pelo facto de estarem associados a problemas posteriores no desenvolvimento destes bebés e de algum modo a sua caracterização pode contribuir para a compreensão da problemática em estudo, uma vez que o nascimento prematuro acarreta possíveis consequências orgânicas e psicológicas ao longo do desenvolvimento da criança.

Estão muitas vezes presentes complicações de natureza orgânica, tais como: problemas respiratórios, gastrointestinais, hemorragias cerebrais, sepsis e retinopatia (Barradas, 2008; Colvin et al., 2004; Machado, Costa, Saldanha, Abreu, Fraga, Pinto, Matos, Neto, Serelha, Henriques, Rocha, Silva, Virella, Duarte, Nunes, Faria Guimarães, Vasconcellos, Mussi-Pinhata & Rego, 2005, Clemente, & Martins, 2002), devido principalmente à imaturidade dos órgãos associados (Zelkowitz, 2004).

Para além dos problemas associados à prematuridade, durante o internamento neonatal, os tratamentos que são utilizados com estas crianças para resolver situações graves, podem trazer alguns problemas associados. Assim, podemos dar como exemplo, a hemorragia intraventricular (Machado et al., 2001) e a leucomalácia periventricular (Machado, Costa, Saldanha, Abreu, Fraga, Pinto, Matos, Neto, Serelha, Henriques, Rocha, Silva, Virella, Duarte, Nunes, Faria, Guimarães, Vasconcellos, Clemente, & Martins, 2002).

A hemorragia intraventricular é uma lesão neuropatológica (Khodapanahandeh, Khosravi, & Larijani, 2008), que ocorre no período entre o nascimento e o quarto dia de vida (Thorburn, Lipscomb, Stewart, Reynolds, & Hope, 1982), e está associada a elevadas taxas de morbidade e mortalidade em RNMBP e RNEBP, sendo uma importante causa de graves sequelas ao nível cognitivo e motor (Linder, Haskin, Levit, Klinger, Prince, Naor, Turner, Karmazyn, & Sirota, 2003). Os RNMBP e RNEBP apresentam um risco elevado de desenvolver esta patologia, principalmente na matriz germinativa subependimal e nos ventrículos laterais (Machado et al., 2002).

A leucomalácia periventricular é uma necrose isquémica da substância branca cerebral, com ou sem enfarte hemorrágico, que apresenta uma distribuição predominante nas áreas adjacentes aos ângulos externos dos ventrículos laterais, sendo geralmente bilateral (Machado et al., 2002; Silveira & Procianoy, 2005). Ocorre comumente em recém nascidos com uma idade gestacional inferior a 35 semanas (Silveira & Procianoy, 2005), sendo uma das mais importantes causas de problemas de desenvolvimento ao nível motor, cognitivo e sensorial (Machado et al., 2002).

Estes problemas desencadeiam a possibilidade de estas crianças apresentarem várias sequelas. Neste sentido, no que diz respeito aos riscos para o desenvolvimento nestas crianças, são de salientar: **i)** os riscos sensoriais, como as sequelas visuais, auditivas, neurológicas (convulsões) e a motricidade fina; estes riscos, para além de afetarem o desenvolvimento sensorial, afetam também o desenvolvimento cognitivo, o comportamento social e as competências académicas, existindo uma maior probabilidade destes bebés desenvolverem perturbações cognitivas (Barros, 2001; Linhares, Carvalho, Machado, & Martinez, 2003), problemas de desempenho escolar, sobretudo dificuldades de aprendizagem (Barros, 2001; Colvin et al., 2004) e perturbações emocionais e comportamentais (Colvin et al., 2004; Linhares et al., 2003); **ii)** os riscos cognitivos, nomeadamente a perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção, sendo a mais frequente, bem como as dificuldades na interpretação de informações, a resolução de problemas e; **iii)** os riscos emocionais e comportamentais que podem dar origem a perturbações emocionais e comportamentais (Colvin et al., 2004; Linhares et al., 2003), apresentando, neste sentido, um risco para a adaptação escolar.

Linhares et al. (2000) mencionam vários projetos de investigação desenvolvidos concretamente com o objetivo de avaliar estas questões. No seu estudo, foram alvos de avaliação, o nível intelectual, as competências académicas, os indicadores emocionais e de comportamento de 34 crianças prematuras, com menos de 37 semanas e com um peso inferior a 1500 gr.. Foram utilizadas diferentes escalas para avaliação do nível intelectual e dos indicadores emocionais. Para além disto, também através de uma escala, foram ainda consideradas as perceções das mães na avaliação do comportamento. Na amostra estudada apenas 18% das crianças (seis crianças) apresentam sequelas de desenvolvimento. O nível intelectual da maioria das crianças encontrava-se na média, no limite ou acima da média. São os problemas emocionais e comportamentais que apresentaram indicadores mais elevados. Estas crianças apresentavam-se, comparativamente com a amostra representativa da respectiva população escolar, mais agitadas, inquietas, impacientes, dependentes da mãe e com recusa escolar.

Também no estudo de Anderson & Dole (2003), junto de crianças em idade escolar (oito anos de idade), que nasceram na década de 1990, prematuramente, o objetivo foi a avaliação dos resultados cognitivos, educacionais e comportamentais obtidos, quando comparados com bebés que nasceram no tempo normal e com peso normal. Os resultados observados traduzem-se na existência de capacidades cognitivas (raciocínio verbal e raciocínio visuo-espacial, progressos educacionais (leitura, ortografia e aritmética) e problemas de ordem comportamental que avaliam o contexto doméstico ou escolar, as capacidades adaptativas da crianças e os problemas de comportamento.

2.4. A interação com os fatores de risco ambiental: efeitos do ambiente no desenvolvimento da criança

Bendersky & Lewis (1994) consideraram o impacto de fatores de risco biológico e fatores de risco ambiental, em 175 crianças prematuras. Este estudo procurou contribuir para a compreensão que o impacto do contexto pode ter no desenvolvimento de crianças prematuras com características médicas de risco muito específicas (elevada incidência de hemorragia intraventricular). Os autores questionaram os níveis de risco familiar, sejam a composição familiar, o apoio/suporte social, acontecimentos stressantes e as variáveis de interação (pais-criança) por um lado e, por outro, os riscos da classe social (educação parental e ocupação) como capazes de se refletirem nos resultados do desenvolvimento da criança prematura. Foi possível observar que a qualidade da interação mãe-criança ou o número de brinquedos disponíveis revelou-se importante, afetando o desenvolvimento. O desenvolvimento pode também ser afetado por variáveis do contexto familiar, tais como a existência ou não de apoio social disponível para amortecer as tensões. Os resultados do presente estudo indicam que há um grande impacto do risco familiar no desenvolvimento, mas também confirma o princípio de que as características individuais mediam este efeito.

Kalmar (1996) e Bradley e colaboradores (1993) demonstraram que crianças pré-termo e de muito baixo peso, que vivem em condições de pobreza, se experienciarem um ambiente familiar com três ou mais fatores protetores (variedade da estimulação, suporte emocional, responsividade parental e aceitação do comportamento infantil) são mais propensas a apresentar sinais de resiliência do que crianças que não contam com esses mecanismos protetores (Bordin et. al. 2005, p.115).

Este estudo acrescenta que as crianças pré-termo de muito baixo peso estão, à partida, mais comprometidas nas suas competências e, por este mesmo motivo, o acompanhamento das mesmas ao longo da sua trajetória, bem como da família, é determinante no sentido de antever as situações de risco e atuar de modo preventivo na sua resolução, diminuindo, deste modo, os efeitos nefastos e potenciando o sucesso do seu desenvolvimento.

Um estudo Longitudinal realizado por Cherkes-Julkowski (1998), que comparou o desenvolvimento de bebés prematuros e bebés de termo, concluiu que a percentagem de perturbações de aprendizagem, perturbações de hiperatividade, défice de atenção e perturbações de linguagem era elevada. Contudo, urge referir que existem variáveis mediadoras que poderão ter um papel fulcral no desenvolvimento destas crianças, onde se destaca o ambiente familiar (Greenberg & Crnic, 1988, cit. in Cherkes-Julkowski, 1998). Os pais que apoiem os seus filhos a autorregular os seus sistemas, contribuem para a adequação do seu Sistema Nervoso, potenciando desta forma as suas competências e facilitando o processo de aprendizagem (Thoman, 1987, cit. in Cherkes-Julkowski, 1998).

De acordo com a revisão da literatura, a prematuridade tem sido identificada como um fator de risco para o desenvolvimento e para a aprendizagem (Laucht et al., 2002), apresentando, neste sentido, um risco para a adaptação escolar das crianças nascidas prematuramente.

No caso de um nascimento prematuro, a vivência do parto origina sentimentos de stress, depressão e preocupação (Borghini, Pierrehumbert, Miljkovitch, Muller-Nix, Forcada- Guex & Ansermet, 2006). Os pais sentem-se responsáveis pelo sofrimento do filho, e culpabilizam-se pela sua condição frágil. Estes são pais que despertam cedo demais do sonho imaginário que a gravidez representa (Relvas, 2004), descobrindo de forma traumática quem é o filho idealizado.

O parto pré-termo pode ainda trazer consequências secundárias para o desenvolvimento do bebé, nomeadamente no que respeita à formação da relação com os pais, uma vez que afeta as suas atitudes e expectativas. Por exemplo, a prematuridade está associada a uma longa permanência na unidade de cuidados intensivos, o que interfere com a construção de laços de vinculação (Feldman, Weller, Leckman, Kuint & Eidelman, 1999, cit. in Borghini et al., 2006).

Um estudo realizado por Affleck, Tennen, & Rowe (1991) citado no estudo de Jotzo & Poets (2005) refere que uma elevada percentagem de mães de bebés prematuros apresentam sintomas de trauma muito depois da alta do bebé e descrevem memórias dolorosas do período pós-parto. Estas memórias são sobretudo intrusivas e desagradáveis e são muitas vezes evitadas pelas mães, podendo ter impactos a longo termo no bem estar, atitudes e comportamentos parentais (Jotzo & Poets, 2005). O pouco contac

to estabelecido entre os pais e o prematuro, que se mantém na unidade de cuidados intensivos (UCI) por motivos de saúde, pode tornar os cuidados demasiado dolorosos, fazendo com que os pais se afastem emocionalmente do bebé. As diferenças de reatividade e responsividade do bebé prematuro levam a que a sua relação com os pais seja mais complexa e difícil, sendo os momentos gratificantes na relação pais-filho escassos (Barros, 2001, cit. in Canavarro, 2006). O nascimento de um bebé prematuro condiciona o plano realizado pelos pais, representando assim um risco adicional para a família e para o seu bem estar.

Desta forma, é importante salientar a influência quer das variáveis proximais (stress na rotina familiar, oportunidades para a estimulação, materiais lúdicos disponíveis, responsividade materna), quer das variáveis distais (vizinhança, tipo de residência, recursos ambientais, nível educacional da mãe, suporte social da mãe, estrutura familiar) do ambiente familiar no desenvolvimento da criança (Bendersky, M. et al. 1994. p485).

Kalmar (1996) e Bradley e colaboradores (1993) reconheceram o status sócio económico como uma variável distal, isto é, aquela que afeta indiretamente as crianças através do estilo de vida da família e a disponibilidade de recursos, incluindo comida e atenção médica.

Outros estudos comprovam que outras variáveis, nomeadamente a assistência médica e as condições familiares, desempenham um papel determinante contribuindo para o

agravamento ou para a minimização das condições adversas iniciais. Para além disto, o acompanhamento que é dado à criança e o contexto de que esta favorece, influenciam a sua trajetória de desenvolvimento (Linhares et.al., 2000).

Vários estudos de Linhares et al. (2000), acima referidos, permitiram verificar que, em simultâneo com a prematuridade destas crianças, existiam condições psicológicas adversas passíveis de interferir e repercutir no desenvolvimento, sejam: “(...) a situação ansiogénica vivenciada pelas mães no período em que se estabelece o vínculo inicial mãe-bebé. As preocupações da mãe com a sobrevivência do bebé e com a separação devido à internação prolongada (...) interferindo no cuidado à criança no curso do seu desenvolvimento (...)” (Linhares et. al. 2000, p.66).

São estas crianças que serão alvo, ao longo da sua trajetória de desenvolvimento, de cuidados excessivos (super proteção), limitações e restrições impostas e simultaneamente limitadoras. Em termos comportamentais, atendendo à suposta vulnerabilidade destas crianças – síndrome da criança vulnerável – ser-lhes-ão tolerados determinados comportamentos com efeitos nefastos na sua formação nomeadamente no que concerne a “(...) adiar gratificações, tolerar situações de espera e de frustrações (...)” (Linhares et. al. 2000, p.69), o que naturalmente irá comprometer a aquisição de competências pessoais.

Com o objetivo de compreender os contornos da vivência parental e das dinâmicas familiares decorrentes do nascimento de um filho prematuro, foram realizadas várias entrevistas a seis mães e a dois pais cujos bebés tinham nascido com < 32 semanas e < 1500 gramas e tinham cerca de dois anos de idade. Com este estudo, constatou-se que estes pais mantêm presente na sua memória toda a vivência, carregada de sofrimento e angústia, do internamento da criança. Para além disso, o bebé frágil e vulnerável do passado permanece no pensamento dos pais repercutindo-se na sua forma de agir. Neste sentido, as crianças são protegidas de forma exagerada e colocadas em primeiro plano, ficando a relação conjugal esbatida. As preocupações relativas à saúde e desenvolvimento da criança estiveram presentes ao longo dos dois anos, assumindo a equipa de saúde um papel fundamental enquanto suporte informacional. O cônjuge foi referido como o principal suporte destes pais, nomeadamente emocional. (Amorim & Veiga,). Contudo, estas famílias apresentam uma visão positiva do futuro (Amorim & Veiga,).

O ambiente/contexto no qual a criança se encontra inserida é determinante para o seu desenvolvimento (D’Avila-Bacarji, Marturano & Elias, 2005).

De acordo com o estudo de Andrada, Rezena, Carvalho, e Benetti (2008) desenvolvido com crianças prematuras, existem alguns fatores de risco e de proteção para a prontidão escolar e, conseqüentemente para a adaptação escolar. Foram considerados quatro fatores de proteção, sendo que, no seu inverso, podem, também, representar fatores de risco. O primeiro é o suporte parental, uma vez que se verificou que o sucesso inicialmente alcançado pela criança na escola

se deve ao ambiente de suporte e à aprendizagem desenvolvida no lar (Andrada et al., 2008). O segundo fator de proteção prende-se com a escolaridade materna, uma vez que mães com maior escolaridade demonstram um envolvimento maior no estudo dos filhos, estando este envolvimento associado a um melhor desempenho da criança (Stevenson & Baker, 1987, cit in., Andrada, et al., 2008). Paralelamente, segundo Andrada (2007), a escolaridade paterna também representa um fator protetor, no sentido em que promove a prontidão escolar e, conseqüentemente, a adaptação escolar. O terceiro fator de proteção é a idade do pai, sendo que se verificou que crianças com níveis mais elevados de prontidão eram filhas de pais mais jovens. Relativamente à profissão dos pais, esta também pode ser considerada um fator de proteção, visto que pais com um nível profissional mais elevado tendem a proporcionar um maior apoio aos filhos, quer na escola quer em atividades extracurriculares (Moreira, 2006). O último fator é o salário mensal familiar, dado que foi encontrada uma correlação positiva entre o salário mensal e a prontidão escolar, ou seja, conforme o aumento do salário mensal a prontidão tende, igualmente, a aumentar (Andrada et al., 2008). Por outro lado, a variável famílias numerosas representa, no estudo de Andrada et al. (2008), um fator de risco, uma vez que a prontidão e a adaptação escolar tendem a ser maiores em famílias com um menor número de filhos, verificando-se, nestas famílias, uma tendência para um maior suporte parental. De acordo com outros estudos (e.g. Macedo, 2010; Rapoport et al., 2008), um outro fator de risco é o género masculino, uma vez que se verificou que os rapazes são mais suscetíveis a limitações cognitivas, bem como a dificuldades de adaptação, quando comparados com raparigas da mesma idade.

Desta forma, é importante ter em conta o Modelo Ecológico e Transaccional. O desenvolvimento do ser humano depende não só das características biopsicológicas, mas também das características dos diferentes contextos, desde o microssistema (contexto em que o indivíduo participa diretamente e do qual fazem parte a família, os amigos, a escola) ao cronossistema (permite incorporar no contexto, uma dimensão temporal; eg. a influência do microssistema família, não é a mesma para uma criança ou adolescente) (Gonlaves, 1993). O desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas e da experiência providenciada pela sua família e pelo contexto social. O desenvolvimento não pode ser descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança, o que implica aceitar por um lado que os fatores do ambiente podem modificar falhas biologicamente determinadas e, por outro, que há vulnerabilidades desenvolvimentais que têm uma etiologia ambiental, o que se torna de extrema importância no trabalho com crianças em situação de risco. Desta forma, tornam-se fundamentais processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais, que devem ser analisados na sua dimensão temporal (Gonçalves, 1993).

O estudo que pretendemos desenvolver tem como propósito compreender as diferentes trajetórias de um grupo de crianças nascidas prematuramente e o impacto que a prematuridade

poderá ter nos processos de desenvolvimento da criança que se irá refletir na prontidão escolar da criança prematura (Barros, 2012).

III. METODOLOGIA

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como base uma metodologia quantitativa correlacional, sendo que este se situa entre os métodos descritivos e os métodos experimentais. Este método tem como vantagem ir mais além da descrição dos fenómenos (Almeida & Freire, 2007).

De acordo com a revisão da literatura realizada, é clara a noção de que a prematuridade tem sido identificada como um fator de risco para a trajetória desenvolvimental da criança (Laucht et al., 2002), apresentando, neste sentido, um risco para a adaptação escolar das crianças nascidas prematuramente.

A prematuridade, por si, não determina a trajetória de desenvolvimento da criança prematura, existindo outros fatores, nomeadamente os fatores de risco ambiental.

Foram formulados, para este estudo, objetivos gerais e específicos, que são apresentados de seguida.

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1. Objetivos Gerais

- Caracterizar a adaptação escolar de crianças nascidas prematuramente e que iniciaram a escolaridade obrigatória no ano letivo 2013/2014, através do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola (QAAE)*;
- Explorar associações dos resultados obtidos no QAAE das crianças nascidas prematuramente, com fatores de risco biológico (idade de gestação, peso gestacional e tempo de internamento), com fatores de risco ambiental (escolaridade dos pais e profissão dos pais) e com a avaliação do desenvolvimento administrada aos cinco anos de idade, através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths*.

2.2. Objetivos Específicos

- Relacionar os resultados da caracterização da adaptação escolar com outros dados da história clínica, como a idade gestacional, o peso à nascença e o tempo de internamento;

- Relacionar os resultados da caracterização da adaptação escolar com os resultados da *Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths* administrada aos cinco anos de idade;
- Relacionar os resultados da caracterização da adaptação escolar com os dados sociodemográficos, mais concretamente, o nível de escolaridade e a profissão da mãe e do pai.

2.3. Hipóteses

Neste estudo foram formuladas hipóteses, com base na revisão da literatura e nos objetivos anteriormente apresentados.

1. Crianças com uma idade gestacional mais baixa apresentam resultados igualmente mais baixos ao nível da adaptação escolar;
2. Crianças com menor peso à nascença apresentam resultados mais baixos ao nível da adaptação escolar;
3. Crianças com um maior tempo de internamento apresentam resultados mais baixos ao nível da adaptação escolar;
4. Resultados mais baixos na *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* estão associados a resultados igualmente mais baixos ao nível da adaptação escolar;
5. Crianças cujos pais possuem um nível de escolaridade mais elevado apresentam resultados mais elevados ao nível da adaptação escolar;
6. Crianças cujos pais apresentam um nível profissional mais elevado apresentam resultados mais elevados ao nível da adaptação escolar.

2.4. Amostra

Este estudo tem como objetivo geral caracterizar a adaptação escolar de 15 crianças, que iniciaram o 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico no ano letivo 2013/2014 e que nasceram num Centro Hospitalar no Norte do país, com peso inferior a 1500 gr. e/ou menos de 32 semanas, sendo estes os critérios de inclusão na amostra. Esta revelou-se uma amostra de conveniência, considerando que estas crianças têm sido acompanhadas desde o seu nascimento, em Consulta de Desenvolvimento, no referido Centro Hospitalar.

2.4.1. Caracterização da Amostra

Tabela 1. Descrição da amostra^a

Características					
Crianças	Gênero	IG (semanas)	P (gr.)	TI (semanas)	JJ
1	F	<=30 semanas	>1500 gr.	4 semanas	Sim
2	M	>=31semanas	1001-1250 gr.	2 semanas	Sim
3	F	<=30 semanas	1001-1250 gr.	s/ informação	Sim
4	F	>=31 semanas	1251-1500 gr.	s/ informação	Sim
5	F	>=31 semanas	1001-1250 gr.	s/ informação	Sim
6	F	<=30 semanas	1251-1500 gr.	2 semanas	Sim
7	F	>=31 semanas	1251-1500 gr.	2 semanas	Sim
8	M	>=31 semanas	1251-1500 gr.	3 semanas	Sim
9	M	>=31 semanas	1001-1251 gr.	s/ informação	Sim
10	M	>=31 semanas	1251-1500 gr.	2 semanas	Sim
11	M	>=31 semanas	1251-1500 gr.	3 semanas	Sim
12	M	>=31 semanas	1251-1500 gr.	2 semanas	Sim
13	F	<=30 semanas	751-1000 gr.	s/ informação	Sim
14	M	>=31 semanas	1251-1500 gr.	s/ informação	Sim
15	M	<=30 semanas	>1500 gr.	2 semanas	Sim

Nota. IG = Idade Gestacional; P = Peso à nascença; TI = Tempo de Internamento; JJ = Jardim-de-Infância.

^aEscala de Graffar Adaptada (Amaro, 1990)

Na presente amostra, adaptada de acordo com a *Escala de Graffar* (cf. anexo 1), oito crianças (53.4%) são do género masculino e sete crianças (46.6%) são do género feminino.

Relativamente à idade gestacional, cinco crianças nasceram com uma idade gestacional inferior ou igual a 30 semanas (33.3%) e dez crianças nasceram com uma idade gestacional superior ou igual a 31 semanas (66.7%).

Em relação ao peso à nascença, apenas uma criança nasceu com peso inferior a 1000 gr. (6.7%), correspondendo a RNEBP, quatro crianças nasceram com um peso entre 1001 e 1250 gr. (26.7%), o que corresponde a RNMBP, oito crianças nasceram com um peso entre 1251 e 1500 gr. (53.3%) e duas crianças nasceram com peso superior a 1500 gr. (13.3%) correspondendo a RNBP.

No que diz respeito ao tempo de internamento, seis crianças estiveram internadas durante duas semanas (40%), duas crianças estiveram internadas durante três semanas (13.3%), uma criança, apenas, esteve internada durante quatro semanas (6.7%) e não obtivemos informação sobre o tempo de internamento de seis crianças (40%).

Todas as crianças frequentaram o Jardim-de-Infância. Atualmente, todas as crianças (100%) se encontram a frequentar escolas do Ensino Básico pertencentes à rede pública da sua zona de residência.

A idade cronológica das crianças presentes na amostra varia entre os 72 meses (6.1 anos) e os 84 meses (7.4 anos), tendo uma média de 81.2 meses e um desvio-padrão (DP) de 7.9. Na presente amostra, no momento de avaliação, 14 crianças tinham 86.4 meses (7.2 anos) e apenas uma criança tinha 87.6 meses (7.3 anos).

Para além disto, ainda obtivemos, através das respostas ao QAAE, por parte dos Profesores, uma informação adicional sobre as crianças, relacionadas com a visão, a audição, problemas de saúde, assiduidade e a idioma materno. Relativamente à audição e à visão, duas crianças (13.23%) foram avaliadas pela professora como não tendo uma boa audição e sete crianças (46.6%) foram avaliadas como tendo problemas de visão; no que diz respeito à saúde, apenas uma criança (6.6%) se encontra com problemas; respetivamente à assiduidade nenhuma das avaliações foi considerada preocupante e em todas as crianças presentes na amostra a língua materna é portuguesa.

2.4.2. Caracterização dos pais das crianças

Na Tabela 2 figuram as frequências e percentagens relativas ao nível de escolaridade e profissões dos pais das crianças, segundo a *Escala de Graffar* adaptada.

Tabela 2. Dados Sociodemográficos dos Pais^a

Dados Sociodemográficos	Mãe ^b	Pai ^b
	n (%)	n (%)
Nível de Escolaridade		
Grau 1. Ensino universitário ou equivalente (>12ºano)	1 (6.8%)	0 (0%)
Grau 2. Ensino médio ou técnico superior (10 a 12 anos)	5(33.3%)	6 (40%)
Grau 3. Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos)	2(13.3%)	4(26.7%)
Grau 4. Ensino básico completo (6 anos)	4(26.6%)	3 (20%)
Grau 5. Ensino básico incompleto ou nulo	3 (20%)	2(13.3%)
Profissão		
Desempregados	0 (0%)	0 (0%)
Grau 1. Grandes empresários; Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); Professores universitários; Brigadeiro, general, marechal; Profissões liberais (curso superior); Altos dirigentes políticos.	2(13.4%)	0 (0%)
Grau 2. Médios empresários; Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público e privado; Oficiais das forças armadas; Professores do Ensino Básico e Secundário.	5(33.3%)	5(33.2%)
Grau 3. Pequenos empresários (≤ de 50 empregados); Quadros médios; Médios agricultores; Sargentos e equiparados.	0 (0%)	2(13.4%)
Grau 4. Pequenos agricultores e rendeiros; Técnicos Administrativos; Operários semi-qualificados; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas.	5(33.3%)	6 (40%)
Grau 5. Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados.	3 (20%)	2(13.4%)

Nota. ^aEscala de Graffar Adaptada (Amaro, 1990)

^bn =15

Relativamente ao nível de escolaridade, verifica-se que apenas uma mãe (6.8%) é licenciada (Grau 1), 33.3% das mães e 40% dos pais têm entre dez a doze anos de escolaridade (Grau 2), 13.3% das mães e 26.7% dos pais têm entre oito a nove anos de escolaridade (Grau 3), 26.6% das mães e 20% dos pais têm o ensino básico completo (Grau 4) e 20% das mães e 13.3% dos pais têm o ensino básico incompleto ou nulo (Grau 5). É possível constatar que, em

relação às mães, a predominância do nível de escolaridade situa-se entre os dez e os doze anos de escolaridade e nos pais este também é o nível preponderante (Grau 2).

Em relação ao nível profissional, é possível constatar que nenhum dos pais se encontra desempregado. Verifica-se que 13.4% das mães encontram-se no primeiro grau, 33.3% das mães e 33.3% dos pais encontra-se no segundo grau, 13.4% dos pais encontra-se no terceiro grau, 33.3% das mães e 40% dos pais encontra-se no quarto grau e 20% das mães e 13.4% dos pais encontra-se no quinto grau. Relativamente ao nível profissional das mães percebe-se um predomínio das profissões inseridas no segundo e quarto grau (33.3%), enquanto que nos pais, o nível profissional preponderante encontra-se no quarto grau (40%), sendo que o segundo nível profissional mais elevado é também o segundo grau (33.3%).

3. INSTRUMENTOS

- Ficha Clínica e Sociodemográfica

Os dados clínicos e sociodemográficos relevantes constam de uma base de dados já existente e foram registados a partir dos processos clínicos das crianças. Estes dados incluem a Idade Gestacional, o Peso Gestacional, o Tempo de Internamento e a caracterização do seu perfil desenvolvimental, obtido através da administração da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (Griffiths, 2006), no quinto ano de vida.

- Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola

O QAAE foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa, em 1998, por Pinto e Morgado (Morgado, 1998). O instrumento original denomina-se *Infant Rating Scale (IRS) – For Screening and Early Intervention* e o autor é Geoff Lindsay. A IRS foi construída para professores, com o objetivo de estes avaliarem a adaptação dos seus alunos ao primeiro ano da escolaridade básica obrigatória, considerando diferentes áreas de desenvolvimento, tais como alguns aspetos de socialização e do desenvolvimento geral da criança, e ainda competências académicas.

Existem duas versões da IRS: Nível 1, para crianças que frequentam o pré-escolar (5 anos), e Nível 2, para crianças que frequentam a escolaridade obrigatória (7 anos). Neste estudo foi utilizado o QAAE – Nível 2 (cf. anexo 2). Este é constituído por 24 itens, cotados de 1 a 5, que abrangem sete subescalas. Estas encontram-se apresentadas na Tabela 3.

Para além dos 24 itens, existem cinco itens suplementares, de resposta binária sim/não, relativos à audição, visão, saúde, assiduidade e idioma materno. A consistência interna dos itens que constituem a escala é muito elevada, sendo o alpha de Cronbach de 0.940.

Em relação aos critérios de cotação, as crianças são avaliadas segundo uma escala de lickert (0-5 pontos), sendo que o valor 1 corresponde ao nível mais baixo de realização e o valor 5 ao nível mais elevado. A pontuação escolhida deve ser a que melhor reflete o desempenho da criança em sala de aula, naquele momento, e não o que a criança pode fazer, no futuro, numa situação diferente (Morgado, 1998).

Tabela 3. Subescalas do QAAE

Subescalas	Itens
<i>I. Linguagem Expressiva</i>	<i>A. Articulação; B. Vocabulário; C. Construção de frases; D. Expressão</i>
<i>II. Linguagem Receptiva</i>	<i>A. Compreensão de instruções; B. Compreensão de palavras; C. Memória de informação oral</i>
<i>III. Requisitos Básicos</i>	<i>A. Escrita-conteúdo; B. Leitura; C. Número</i>
<i>IV. Motricidade Fina</i>	<i>A. Coordenação fina; B. Desenho</i>
<i>V. Comportamento</i>	<i>A. Temperamento; B. Atitude face ao professor; C. Relacionamento com os colegas; D. Concentração e capacidade de organização; E. Interesse pela aprendizagem; F. Atenção e distração</i>
<i>VI. Integração Social</i>	<i>A. Participação nas atividades da classe; B. Aceitação pelos colegas; C. Desejo de integração</i>
<i>VII. Desenvolvimento Geral</i>	<i>A. Motricidade global; B. Resposta a situações novas; C. Grau de preocupação que o caso inspira</i>

● *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*

Embora não tenha sido utilizada neste estudo, apresenta-se a *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (Griffiths, 2006), uma vez que os seus resultados serão utilizados nesta investigação, tendo em conta que esta escala foi administrada às crianças no seu quinto ano de vida.

Existem duas versões da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*: dos zero aos dois anos e dos dois aos oito anos. As *Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths* são designadas como um teste de desenvolvimento, mais do que uma prova cognitiva ou de inteligência.

Neste estudo foram usados os resultados da versão dos dois aos oito anos. As seis subescalas da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* dos dois aos oito anos são as seguintes: A. Locomoção; B. Pessoal-Social; C. Linguagem; D. Coordenação Olho-Mão; E. Realização e; F. Raciocínio Prático.

Na *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* os valores compreendidos no intervalo de 85-115 encontram-se dentro da média.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Recolha de Dados

Todas as informações relativas às crianças, foram consultadas nos processos clínicos das mesmas. A recolha de dados foi realizada em Maio, considerando que as crianças já terão consolidado a sua transição para o contexto escolar e também pelo facto de os professores já conhecerem melhor os seus alunos e poderem avaliá-los com um maior rigor.

Foi realizado um primeiro contacto telefónico com os pais das crianças, no sentido de explicar o objetivo do estudo, o instrumento a ser utilizado, obter a sua autorização para fazer o contacto com os professores e ainda obter os contactos dos mesmos. Obtida a concordância, foram enviados aos pais, via correio, os consentimentos informados (cf. anexo 3) que elucidavam acerca dos objetivos e implicações do estudo. Os consentimentos foram devolvidos à equipa de investigação via correio e os questionários via email.

Num segundo momento, os professores das crianças foram contactados também telefonicamente, no sentido de explicar o objetivo do estudo e saber da sua disponibilidade para participar no mesmo. Assim, foram enviados aos professores os questionários, também via email.

Os procedimentos éticos necessários foram cumpridos, tendo sido dado aos pais das crianças a garantia da confidencialidade dos dados, no tratamento e análise dos mesmos. Os pais foram, ainda, informados do carácter voluntário da sua participação na presente investigação, sendo que poderiam abandonar a mesma em qualquer momento do estudo. Toda a informação recolhida foi tratada de forma a preservar o anonimato e a privacidade de cada um dos participantes.

Houve ainda o compromisso de, posteriormente, partilhar os resultados com os pais através de um relatório dos resultados obtidos.

4.2. Procedimento na Análise dos Dados

Relativamente ao procedimento de tratamento de dados, estes foram tratados através do programa estatístico IBM SPSS Statistics 19. Foram realizados testes não paramétricos, dado o reduzido número de crianças da amostra. Para avaliar se duas variáveis se encontravam associadas foi realizado o Teste Coeficiente de Correlação de Spearman e para comparar mais de dois grupos independentes foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis.

5. RESULTADOS

5.1. Resultados das Subescalas do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*

Realizou-se uma análise detalhada de cada subescala e dos itens que a compõem, com o objetivo de se perceber quais os itens que apresentam valores médios mais baixos ou mais elevados, e que poderão encontrar-se mais associados à média global de cada subescala (Tabela 4).

Tabela 4. Estatística Descritiva do *Questionário de Avaliação e Adaptação à Escola*

Subescalas	Média	Mediana	Moda	Valor Mínimo	Valor Máximo	DP _a
<i>I.Linguagem Expressiva</i>	3.20			1.75	4.75	1,00534
<i>A.Articulação</i>	3.27	3.00	3	2	5	
<i>B.Vocabulário</i>	3.07	3.00	3	2	4	
<i>C.Construção de frases</i>	3.27	4.00	4	1	5	
<i>D.Expressão</i>	3.20	3.00	4	1	5	
<i>II.Linguagem Receptiva</i>	2.95			1.00	4.67	1,09012
<i>A.Compreensão de Instruções</i>	3.07	3.00	3	1	5	
<i>B.Compreensão de Palavras</i>	2.93	3.00	3	1	4	
<i>C.Memória de Informação Oral</i>	2.87	3.00	3	1	5	
<i>III.Requisitos Básicos</i>	3.00			1.67	4.33	,80672
<i>A.Escrita-Conteúdo</i>	2.80	3.00	3	1	4	
<i>B.Leitura</i>	2.93	3.00	3	2	4	
<i>C.Número</i>	3.27	3.00	3	2	5	
<i>IV.Motricidade Fina</i>	3.26			2.00	4.50	,77613
<i>A.Coordenação fina</i>	3.40	3.00	3	2	5	
<i>B.Desenho</i>	3.13	3.00	4	2	4	
<i>V.Comportamento</i>	3.34			1.50	4.83	,90296
<i>A.Temperamento</i>	3.53	4.00	2	2	5	
<i>B.Atitude face ao professor</i>	3.67	4.00	4	2	5	
<i>C.Relacionamento com os colegas</i>	3.80	4.00	4	2	5	
<i>D.Concentração e capacidade de organização</i>	3.13	3.00	3	1	5	
<i>E.Interesse pela aprendizagem</i>	3.53	3.00	3	1	5	
<i>F. Atenção e distração</i>	2.40	2.00	2	1	4	
<i>VI. Integração Social</i>	3.66			2.67	4.67	,71270
<i>A.Participação nas atividades da classe</i>	3.80	4.00	4	3	5	
<i>B.Aceitação pelos colegas</i>	3.33	4.00	3	1	4	
<i>C.Desejo de integração</i>	3.87	4.00	4	3	5	
<i>VII.Desenvolvimento Geral</i>	3.13			2.33	4.67	,72155
<i>A.Motricidade global</i>	3.20	3.00	3	2	5	
<i>B.Respostas a situações novas</i>	3.07	3.00	3	2	5	
<i>C.Grau de preocupação que o caso inspira</i>	3.13	3.00	2	2	5	
Escala Global do QAAE	3.22			1.84	4.63	1.8457

Nota ^aDesvio Padrão

O resultado médio global do QAAE é de 3.22 (DP = 1.8457), correspondendo a um valor médio da escala, se se considerar como valor médio o valor 3, visto ser o número médio

entre 1 e 5. A Escala Global do *QAAE* apresenta um valor mínimo de 1.84 e um valor máximo de 4.63.

É possível constatar-se que as médias das diferentes subescalas têm valores próximos, compreendidos entre 2.95 e 3.66.

Considerando-se como valor médio o valor 3, as médias dos resultados relativas às diferentes subescalas é sempre positiva, à exceção da subescala *II. Linguagem Receptiva*, que apresenta um valor médio de 2.95 (DP = 1.09012).

Verifica-se como valores mais elevados as médias das Subescalas *V. Comportamento* (M = 3.34; DP = .90296), e a Subescala *VI. Integração Social* (M = 3.66; DP = .71270). Ambas as subescalas, conjuntamente com a subescala *VII. Desenvolvimento Geral* (M = 3.13; DP = .72155), apresentam uma menor dispersão de resultados e valores mínimos notavelmente mais altos do que as restantes subescalas.

Por outro lado, as subescalas *III. Requisitos Básicos* (M = 3.00; DP = .80672) e *II. Linguagem Receptiva*, são as que apresentam valores médios mais baixos. Em ambas as subescalas houve crianças que foram avaliadas no nível mínimo (valor um). Constatou-se também que em todas as subescalas existem crianças que alcançam o valor quatro.

Subescala I. Linguagem Expressiva

A partir da observação da Tabela 4 pode-se concluir que todos os itens que compõem a subescala *I. Linguagem Expressiva* apresentam valores médios aproximados.

O item *B. Vocabulário* é o item que apresenta um valor médio mais baixo, enquanto o item *A. Articulação* e *C. Construção de Frases* apresentam uma média mais elevada do que os restantes itens. Constatou-se, igualmente, que o item *A. Articulação* e *C. Construção de Frases* apresentam como moda os valores três e quatro, correspondendo respetivamente ao nível médio, uma vez que, no item *A. Articulação*, cinco crianças (33.3%) foram avaliadas pelos seus professores como “*Satisfatória*” (valor três), quatro crianças como “*Articulação boa; erros ocasionais.*” (valor quatro) e duas crianças (13.3%) como “*Articulação excelente*” (valor cinco); no item *C. Construção de Frases*, três crianças (20%) foram avaliadas pelos seus professores como “*Satisfatória*” (valor três), quatro crianças (26.6%) como “*Poucos erros gramaticais; usa frases longas com subordinadas.*” (valor quatro) e uma criança (6.6%) como “*Utiliza quase sempre frases gramaticais corretas.*” (valor cinco).

É ainda importante salientar que no item *D. Expressão* cinco crianças (33.3%) foram avaliadas com o valor quatro, “*Boa capacidade para lembrar histórias; utiliza sequências lógicas para relatar factos.*”, sendo esta a moda.

No item *B. Vocabulário* verifica-se que as crianças foram avaliadas com valores entre dois e quatro, sendo que quatro crianças (26.6%) são avaliadas pelos professores como

“Vocabulário limitado.” (valor dois) e cinco crianças (33.3%) como “Usa muitas palavras e frases descritivas.” (valor quatro). Este é um domínio mais específico do que os restantes itens, cujos valores se encontram compreendidos entre um e cinco.

Subescala II. Linguagem Receptiva

O valor médio da subescala II. *Linguagem Receptiva* corresponde ao valor mais baixo, comparativamente às restantes subescalas. O item C. *Memória de Informação Oral* apresenta um valor médio mais baixo, enquanto o item A. *Compreensão de instruções* apresenta uma média mais elevada.

Verifica-se, ainda, que no item A. *Compreensão de instruções* a moda é três, dado que cinco crianças (33.3%) foram avaliadas como “Satisfatória”. No item C. *Memória de informação oral* as crianças presentes na amostra foram avaliadas com valores entre um e cinco, sendo um domínio mais específico do que os restantes itens, cujos valores se encontram compreendidos, também, entre um e cinco.

Subescala III. Requisitos Básicos

Na subescala III. *Requisitos Básicos*, o item A. *Escrita-conteúdo* é o item que apresenta um valor médio mais baixo. Por outro lado, o item C. *Número* apresenta a média mais elevada desta subescala. Este item, respetivamente, apresenta como moda o valor três, uma vez que nove crianças (60%) foram avaliadas como “Progresso no conceito de números, mas precisa de prática com materiais concretos.” (valor dois). É importante ainda salientar, que neste mesmo item, duas crianças (13.3%) foram avaliadas com o valor cinco “Excelente domínio do conceito de número; capaz de adquirir rapidamente novos conceitos e processos; faz trabalho independente sem ajudas concretas.”

Subescala IV. Motricidade Fina

Os dois itens que compõem esta subescala apresentam valores médios muito aproximados, no entanto, o item A. *Coordenação fina* é o item que apresenta a média mais elevada. Os respetivos itens apresentam uma moda de três (A. *Coordenação Fina*) e de quatro (B. *Desenho*), visto que no item A. *Coordenação fina* nove crianças (60%) são avaliadas como “Satisfatório”, e no item B. *Desenho* seis crianças (40%) foram avaliadas como “Acima da média (ex.: boa apresentação da figura humana); os desenhos representativos têm vários componentes.” É, ainda, de notar que, neste último item, quatro crianças (26.6%) foram avaliadas como “Execução e imaginação de baixo nível.” (valor dois).

Subescala V. *Comportamento*

O valor médio da subescala V. *Comportamento* corresponde a um dos valores mais elevados, comparativamente às restantes subescalas, como já acima referido.

O item C. *Relacionamento com os colegas* é o item que apresenta um valor médio mais elevado, seguido do item B. *Atitude face ao professor*, estando estes dois itens relacionados com a interação social. Verifica-se que tanto o item B. *Atitude face ao professor* como o item C. *Relacionamento com os colegas* apresentam o valor quatro como moda, dado que, no item B. *Atitude face ao professor* oito crianças (53.3%) foram avaliadas como “*A maior parte da vezes é prestável e colaborador.*” (valor quatro) e no item C. *Relacionamento com os colegas* seis crianças (40%) foram avaliadas como “*Normalmente delicado e com consideração.*” (valor quatro).

Os itens D. *Concentração e capacidade de organização* e F. *Atenção e distração* apresentam os valores médios mais baixos, embora no item D. *Concentração e capacidade de organização* uma criança da amostra (6.6%) tenha sido avaliadas com o valor cinco “*Quase sempre concentrado na tarefa até ao fim; perfeitamente capaz de se organizar sozinho.*”

Relativamente ao item F. *Atenção e distração*, este é o que apresenta valores médios mais baixos. As crianças presentes na amostra foram avaliadas com valores entre um e quatro, sendo um domínio mais restrito do que o do item D. *Concentração e capacidade de organização*, cujos valores encontram-se compreendidos entre um e cinco. É importante salientar que em todos os itens, com exceção dos que apresentam os valores médios mais baixos e que foram acima referidos, os valores se encontram entre dois e cinco.

Subescala VI. *Integração Social*

O valor médio da subescala VI. *Integração Social* corresponde ao valor mais elevado, comparativamente às restantes subescalas.

Os três itens que compõem a subescala apresentam valores médios aproximados. O item C. *Desejo de integração* é o item que apresenta um valor médio mais alto, enquanto o item B. *Aceitação pelos colegas* apresenta uma média mais baixa do que os restantes itens. Constata-se, igualmente, que no item B. *Aceitação pelos colegas* as crianças presentes na amostra foram avaliadas com valores entre um e quatro, sendo um domínio mais específico do que os restantes itens, cujos valores se encontram compreendidos entre três e cinco (item C. *Desejo de integração*) e três e cinco (item A. *Participação nas atividades da classe*).

Verifica-se, igualmente, que o item A. *Participação nas atividades da classe* e C. *Desejo de Integração* têm a mesma moda (quatro), dado terem sido avaliadas cinco crianças da amostra (33.3%) com valor cinco no item A. *Participação nas atividades da classe* como

“*Gosta de trabalhar com os outros.*” e duas crianças (13.3%) com valor cinco no item *C. Desejo de Integração* como “*Sociável e tem muitos amigos.*”

Relativamente ao item com média mais baixa (*B. Aceitação pelos colegas*), este apresenta valores entre o um e o quatro, em que dez crianças (66.6%) foram avaliadas com valor quatro “*Membro bem aceite no grupo de colegas.*”

Subescala VII. Desenvolvimento Geral

Os itens que compõem a subescala *VII. Desenvolvimento Geral* apresentam valores médios muito aproximados, no entanto o item *A. Motricidade Global* apresenta uma média mais elevada do que os restantes itens.

Constata-se que o item *B. Respostas a situações novas* apresenta como moda o valor três, visto que nove crianças (60%) foram avaliadas como “*Satisfatória*”; relativamente ao item *C. Grau de preocupação que o caso inspira*, este apresenta uma moda com valor dois, visto que cinco crianças (33.3%) foram avaliadas com valor dois como “*Sente-se alguma preocupação com o desenvolvimento geral; abaixo da média.*”

É possível verificar que em todos os itens as crianças presentes na amostra foram avaliadas com valores entre dois e cinco.

No sentido de perceber se existem, ou não, correlações entre as várias subescalas e o resultado médio global do QAAE realizou-se uma análise, apresentada seguidamente na Tabela 5.

Tabela 5. Correlações entre as subescalas e o *Resultado Médio Global do Questionário de Avaliação e Adaptação à Escola (Teste Coeficiente de Correlação de Spearman)*;

	Subescalas															
	I		II		III		IV		V		VI		VII		QAAE	
Subescalas	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
I	1															
II	.968**	<.001**	1													
III	.921**	<.001**	.901**	<.001**	1											
IV	.832**	<.001**	.828**	<.001**	.859**	<.001**	1									
V	.871**	<.001**	.815**	<.001**	.83**	<.001**	.795**	<.001**	1							
VI	.888**	<.001**	.864**	<.001**	.913**	<.001**	.857**	<.001**	.942**	<.001**	1					
VII	.849**	<.001**	.834**	<.001**	.894**	<.001**	.856**	<.001**	.732**	<.001**	.824**	<.001**	1			
QAAE	.969**	<.001**	.952**	<.001**	.948**	<.001**	.913**	<.001**	.899**	<.001**	.941**	<.001**	.913**	<.001**	1	

Nota. * p < .05; ** P < .001

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade

É possível verificar-se uma correlação muito significativa entre o resultado médio global do QAAE e todas as subescalas (*I. Linguagem Expressiva; II. Linguagem Receptiva; III. Requisitos Básicos; IV. Motricidade Fina; V. Comportamento; VI. Integração Social e; VII. Desenvolvimento Geral*).

Foi ainda, realizada uma análise com o objetivo de perceber se existem correlações entre itens de uma mesma subescala ou de subescalas distintas do QAAE (Tabela. 6) relacionadas com competências linguísticas ou com o comportamento, uma vez que de acordo com a revisão da literatura estas revelam-se áreas críticas perspetivando a prontidão e a adaptação escolar.

Tabela 6. Correlações entre itens de uma mesma subescala ou de subescalas distintas do QAAE (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Subescalas <i>Rô de Spearman</i>	Correlações																									
	A (I)		B (I)		C (I)		D (I)		A (II)		B (II)		C (II)		A (V)		B (V)		C (V)		D (V)		E (V)		F (V)	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
A (I)	1		.944	.000**	.899	.001**	.881	.000**	.927	.000**	.937	.000**	.905	.000**	.652	.000**	.659	.000**	.708	.000**	.821	.000**	.874	.000**	.813	.000**
B (I)	.944	.000**	1		.866	.000**	.905	.000**	.872	.000**	.992	.000*	.887	.000**	.690	.000**	.709	.000**	.703	.000**	.850	.000**	.842	.000**	.754	.000**
C (I)	.899	.000**	.866	.000**	1		.913	.000**	.858	.000**	.851	.000**	.824	.000**	.867	.000**	.764	.000**	.777	.000**	.779	.000**	.808	.000**	.701	.000**
D (I)	.881	.000**	.905	.000**	.913	.000**	1		.862	.000**	.913	.000**	.904	.001**	.774	.000**	.624	.013*	.568	.027*	.750	.000**	.651	.000**	.633	.011*
A (II)	.927	.000**	.872	.000**	.858	.000**	.862	.000**	1		.884	.001**	.799	.000**	.621	.013*	.531	.042*	.587	.022*	.686	.000**	.762	.000**	.735	.000**
B (II)	.937	.000**	.992	.000**	.851	.000**	.913	.000**	.884	.000**	1		.896	.000**	.684	.000**	.683	.000**	.677	.000**	.801	.000**	.799	.000**	.732	.000**
C (II)	.905	.000**	.887	.000**	.824	.000**	.904	.000**	.799	.000**	.896	.000**	1		.698	.000**	.679	.000**	.611	.000**	.676	.000**	.652	.000**	.646	.000**
A (V)	.652	.008**	.690	.004**	.867	.004**	.774	.001**	.621	.013*	.684	.005**	.698	.004**	1		.863	.000**	.794	.000**	.514	.050	.595	.019*	.411	.128
B (V)	.659	.008**	.709	.003**	.709	.003**	.624	.013**	.531	.042*	.683	.005**	.679	.005**	.863	.000**	1		.919	.000**	.597	.019*	.692	.004**	.554	.032*
C (V)	.708	.003**	.703	.003**	.703	.003**	.568	.027**	.587	.022*	.677	.016**	.611	.016**	.794	.000**	.919	.000**	1		.603	.017*	.805	.000**	.630	.012*
D (V)	.821	.000**	.850	.000**	.850	.000**	.750	.001**	.686	.005**	.801	.000**	.676	.008**	.514	.050	.597	.019*	.603	.017*	1		.866	.000**	.866	.001**
E (V)	.874	.000**	.842	.000**	.842	.000**	.651	.009**	.762	.001**	.799	.000**	.652	.008**	.595	.019**	.692	.004**	.805	.000**	.866	.000**	1		.837	.000**
F (V)	.813	.000**	.754	.001**	.754	.000**	.633	.011*	.735	.002**	.732	.002**	.646	.009**	.411	.128	.554	.032*	.630	.012*	.866	.000**	.837	.000**	1	

Nota. * p < .05; ** p < .01

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; ; V = V. Comportamento

A (I) = Articulação; B (I) = Vocabulário; C (I) = Construção de Frases; D (I) = Expressão; A (II) = Compreensão de Instruções; B (II) = Compreensão de Palavras; C (II) = Memória de Informação Oral; A (V) = Temperamento; B (V) = Atitude face ao professor; C (V) = Relacionamento com os colegas; D (V) = Concentração e capacidade de organização; E (V) = Interesse pela aprendizagem; F (V) = Atenção e distração

Relação entre o item A. *Articulação* e o item C. *Construção de frases* da subescala I. *Linguagem Expressiva*.

A partir da análise da Tabela 6 é possível constatar que existe uma correlação positiva significativa ($r_s = .899$; $p < .001$) entre o resultado do item A. *Articulação* e o resultado do item C. *Construção de frases* da subescala I. *Linguagem Expressiva*. Neste sentido, verifica-se que um baixo nível de articulação poderá estar associado a uma maior dificuldade em escrever frases gramaticalmente corretas.

Relação entre o item D. *Expressão* da subescala I. *Linguagem Expressiva* e o item C. *Memória de informação oral* da subescala II. *Linguagem Receptiva*.

A partir da análise da Tabela 6 é possível constatar que existe uma correlação positiva significativa ($r_s = .904$; $p < .001$) entre o resultado do item D. *Expressão* da subescala I. *Linguagem Expressiva* e o resultado do item C. *Memória de Informação Oral* da subescala II. *Linguagem Receptiva*.

Assim, uma maior capacidade para lembrar, recontar e relacionar ideias de forma lógica (item D-Expressão) poderá estar associada a uma maior capacidade de memorização de informação oral (item C-Memória de informação oral).

Relação entre o item A. *Compreensão de instruções* e o item B. *Compreensão de palavras* da subescala II. *Linguagem Receptiva*.

A partir da análise da Tabela 6 é possível constatar que existe uma correlação positiva significativa ($r_s = .884$; $p < .001$) entre o resultado do item A. *Compreensão de instruções* e o resultado do item B. *Compreensão de palavras* da subescala II. *Linguagem Receptiva*.

Neste sentido, constata-se que uma maior dificuldade em compreender muitas palavras poderá estar associada a uma maior dificuldade em seguir instruções.

Relação entre o item D. *Concentração e capacidade de organização* e o item F. *Atenção e distração* da subescala V. *Comportamento*.

A partir da análise da Tabela 6 é possível constatar que existe uma correlação positiva significativa ($r_s = .866$; $p < .001$) entre o resultado do item D. *Concentração e capacidade de organização* e o resultado do item F. *Atenção e distração* da subescala V. *Comportamento*.

Assim, uma maior distração poderá estar associada a uma maior dificuldade em se concentrar nas tarefas.

5.2. Resultados do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola* e os Dados Clínicos

Foi realizada uma relação entre o resultado médio global do QAAE e os dados clínicos (idade gestacional, peso à nascença e o tempo de internamento) das crianças, com o objetivo de perceber se existe, ou não, alguma correlação entre ambos. (Tabela 7).

Tabela 7. Relação entre o resultado médio global do *Questionário de Avaliação de Adaptação à Escola* e os Dados clínicos (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Dados Clínicos	Correlações					
	PG		IG		TI	
<i>Rô de Spearman</i>	r_s	P	r_s	P	r_s	P
PG	1		.108	.702	.363	.337
IG	-.108	.702	1		-.109	.708
TI	.363	.337	-.109	.708	1	
QAAE	.253	.362	-.361	.187	-.378	.315

Nota. PG = Peso Gestacional, IG = Idade Gestacional, TI = Tempo de Internamento

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

Constata-se que não existe relação entre o resultado médio global do QAAE e os resultados da idade gestacional ($r_s = -.361$, $p = .187$), do peso gestacional ($r_s = .253$, $p = .362$) e do tempo de internamento ($r_s = -.378$, $p = .315$).

Assim, através desta análise, podemos afirmar que, ao contrário do que a hipótese um, dois e três nos dizem, a idade gestacional, o peso gestacional e o tempo de internamento não estão associados a resultados mais baixos ao nível da adaptação escolar.

Realizou-se, ainda, uma relação entre as diferentes subescalas do QAAE e a idade gestacional, o peso gestacional e o tempo de internamento, no sentido de perceber se existe, ou não, uma correlação entre ambas as variáveis (Tabela 8).

Tabela 8. Relação entre as diferentes subescalas do *Questionário de Avaliação de Adaptação à Escola* e os Dados clínicos (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Subescalas	Correlações													
	I		II		III		IV		V		VI		VII	
Rô de Spearman	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
PG	.239	.392	.136	.629	.296	.284	.155	.581	.174	.535	.131	.641	.363	.184
IG	.365	.181	-.364	.182	-.450	.092	-.303	.273	-.460	.085	-.425	.114	-.100	.722
TI	-.246	.523	-.181	.642	.642	.543	-.582	.100	-.349	.358	-.439	.237	-.334	.379

Nota. PG = Peso Gestacional, IG = Idade Gestacional, TI = Tempo de Internamento

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

** . A coorelação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

A partir da análise da Tabela 8, é possível constatar que não existe qualquer correlação entre o resultado da idade gestacional, do peso gestacional e do tempo de internamento e o resultado das diferentes subescalas.

Assim, consoante a análise podemos afirmar que não existe qualquer associação entre as subescalas do QAAE e a idade gestacional, o peso gestacional, e o tempo de internamento.

Neste sentido, fez-se uma distribuição das médias de cada subescala do QAAE com as variáveis idade gestacional, peso gestacional e tempo de internamento (Tabela 9).

É de notar que, em ambas as variáveis, as diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas, uma vez que foi realizado um Teste de Kruskal-Wallis, como referido anteriormente.

Tabela 9. Distribuição das médias das categorias da Idade gestacional, do Peso gestacional e do Tempo de internamento com as subescalas do QAAE

Subescalas	Idade Gestacional		Peso Gestacional				Tempo de Internamento		
	<=30 semanas (n=5)	>=31 semanas (n=10)	751-1000 gr. (n=1)	1001- 1250 gr. (n=4)	1251- 1500 gr. (n=5)	>=1500 gr. (n=2)	2 semanas (n=6)	3 semanas (n=2)	4 semanas (n=1)
	M	M	M	M	M	M	M	M	M
I	3.75	2.93	3.00	3.06	3.13	3.88	2.92	3.54	3.13
II	3.53	2.67	3.00	2.75	2.92	3.50	2.50	3.33	3.33
III	3.53	2.73	3.00	2.67	3.00	3.67	2.56	3.39	3.17
IV	3.60	3.10	3.50	2.88	3.38	3.50	2.92	3.83	3.00
V	3.97	3.03	3.33	3.29	3.21	4.00	3.28	3.67	2.67
VI	4.07	3.47	4.00	3.50	3.67	3.83	3.56	3.94	3.50
VII	3.33	3.03	2.67	2.75	3.25	3.67	2.67	3.56	3.50
Resultado Médio Global do QAAE	3.68	2.99	3.21	2.99	3.22	3.72	3.61	3.18	2.86
DP^a	0.260	0.263	0.437	0.313	0.249	0.190	0.222	0.296	0.243

Nota. M = Média, DP^a = Desvio Padrão

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

Idade Gestacional

Relativamente à idade gestacional, realizando uma análise detalhada de cada categoria, é possível constatar-se que cinco crianças que nasceram com uma idade gestacional inferior às 30 semanas, obtiveram valores superiores à média (M = 3.68, DP = 0.260) nas seguintes subescalas: I. *Linguagem Expressiva* (M = 3.75), V. *Comportamento* (M = 3.97), e VI. *Integração Social* (M = 4.07), sendo que as restantes se encontram abaixo da média. A subescala que apresenta valores mais altos é a VI. *Integração Social* (M = 4.07) e a que apresenta valores mais baixos corresponde à subescala VII. *Motricidade Global* (M = 3.33).

No que diz respeito às dez crianças que nasceram com uma idade gestacional superior a 31 semanas, estas apresentam resultados superiores à média (M = 2.99, DP = 0.263), nas seguintes subescalas: IV. *Motricidade Fina* (M = 3.10), V. *Comportamento* (M = 3.03), VI. *Integração Social* (M = 3.47) e VII. *Motricidade Global* (M = 3.03), sendo que as restantes apresentam valores abaixo da média. A subescala com valores mais altos das crianças que nasceram com mais de 31 semanas é a subescala VI. *Integração Social* (M = 3.47), sendo que, a subescala com valor mais baixo corresponde à subescala II. *Linguagem Receptiva* (M = 2.67).

Peso à nascença

Realizando uma análise detalhada de cada categoria, em relação ao peso à nascença, apenas uma criança nasceu com um peso inferior a 1000 gr., e deste modo não se pode realizar uma comparação com tanto rigor. Todavia, esta criança apresenta valores superiores à média ($M = 3.21$, $DP = 0.437$) nas subescalas *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.50$), *V. Comportamento* ($M = 3.33$) e *VI. Integração Social* ($M = 4.00$), sendo que as restantes subescalas apresentam valores abaixo a média. A subescala que apresenta valores mais altos é a subescala *VI. Integração Social* ($M = 4.00$) e a que apresenta valores mais baixo é a subescala *VII. Motricidade Global* ($M = 3.21$).

As quatro crianças que nasceram com um peso entre 1001 e 1250 gr. apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.50$) e a subescala *III. Requisitos Básicos* ($M = 2.67$) como valor médio mais baixo; no entanto, apenas a subescala *I. Linguagem Expressiva* ($M = 3.06$), *V. Comportamento* ($M = 3.29$) e *VI. Integração Social* ($M = 3.50$) encontram-se dentro da média ($M = 2.99$, $DP = 0.313$).

Verifica-se, que as oito crianças que nasceram com um peso entre 1251 e 1500 gr. apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.67$) e como valor médio mais baixo a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.92$); no entanto, apenas a subescala *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.38$), *VI. Integração Social* ($M = 3.67$) e *VII. Motricidade Global* ($M = 3.25$) encontram-se dentro da média ($M = 3.22$, $DP = 0.249$).

Relativamente às duas crianças que nasceram com mais de 1500 gr., estas apresentam como valor médio mais elevado a subescala *V. Comportamento* ($M = 4.00$) e como valor médio mais baixo as subescalas *II. Linguagem Receptiva* ($M = 3.50$) e a subescala *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.50$), no entanto apenas a subescala *I. Linguagem Expressiva* ($M = 3.88$), *V. Comportamento* ($M = 4.00$) e *VI. Integração Social* ($M = 3.83$) encontram-se dentro da média ($M = 3.72$, $DP = 0.190$).

Tempo de Internamento

Realizando uma análise detalhada de cada categoria, em relação ao tempo de internamento, seis destas crianças estiveram internadas durante duas semanas e neste momento apresentam um valor médio superior na subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.56$) e um valor médio inferior na subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.50$), estando este valor a baixo da média ($M = 3.61$, $D = 0.222$). Todas as subescalas se encontram abaixo da média.

Relativamente às duas crianças que estiveram internadas durante três semanas, estas apresentam como valor médio superior a subescala *VI. Integração social* ($M = 3.94$) e como valor mais baixo a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 3.33$), estando este valor a baixo da média ($M = 3.18$, $DP = 0.296$). Todas as subescalas apresentam valores superiores à média.

Apenas uma criança esteve internada durante quatro semanas, e deste modo não se pode realizar uma comparação com tanto rigor. Todavia, esta criança apresenta uma média mais elevada na subescala *VI. Integração Social* e *VII. Motricidade Global* ($M = 3.50$) e uma média mais baixa na subescala *V. Comportamento* ($M = 2.67$), encontrando-se este valor abaixo da média ($M = 2.86$ DP = 0.243). Todas as subescalas se encontram dentro da média à exceção da subescala *V. Comportamento* ($M = 2.86$). Não obtivemos informação sobre o tempo de internamento de seis crianças.

Realizando uma comparação entre as diferentes categorias, verifica-se que na generalidade, todas as crianças apresentam como valores mais baixos a subescala *II. Linguagem Receptiva*, à exceção das crianças que nasceram com uma idade gestacional inferior a 30 semanas, com peso gestacional inferior a 1000 gr. e com tempo de internamento de quatro semanas. Todas as crianças, à exceção das que nasceram com um peso gestacional superior às 1500 gr. apresentam como valores médios mais elevados a subescala *VI. Integração Social*. Verifica-se, ainda, que crianças que nasceram com peso superior a 1500 gr. apresentam um valor médio mais elevado no resultado médio global do QAAE ($M = 3.72$).

5.3 Resultados do *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola* e da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*

Os dados resultantes da avaliação do desenvolvimento realizada através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (Griffiths, 2006), administrada aos cinco anos, constavam da base de dados referida anteriormente e encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10. Estatística Descritiva da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*

Subescalas	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	DP ^a
A. Locomoção	57.00	93.00	77.86	9.07
B. Pessoal-Social	51.00	116.00	95.06	19.37
C. Linguagem	53.00	102.00	77.53	12.51
D. Coordenação Olho-mão	72.00	102.00	85.13	7.94
E. Realização	49.00	101.00	77.73	15.13
F. Raciocínio Prático	55.00	106.00	85.73	13.11
Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths	49.00	116.00	83.21	3.79

Nota ^aDesvio Padrão

Na Tabela 10 é apresentado o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* ($M = 83.21$; DP = 3.79), sendo que este valor não se encontra dentro da média, tendo em conta que esta varia entre os 85 e os 115. Os resultados da *Escala de*

Desenvolvimento Mental de Griffiths apresentam um valor mínimo de 49.00 (valor dentro da média) e um valor máximo de 116.00 (valor dentro da média).

É possível constatar que as médias das diferentes subescalas apresentam valores compreendidos entre 77.53 e 95.06, encontrando-se a subescala *A. Locomoção* (M = 77.86; DP = 9.07), *C. Linguagem* (M = 77.53; DP = 12.51) e *E. Realização* (M = 77.73; DP = 15.13) abaixo da média (M = 83.21).

Verificam-se como valores mais elevados as médias das subescalas *B. Pessoal Social* (M = 95.06; DP = 19.37) e *F. Raciocínio Prático* (M = 85.73; DP = 13.11), e como valor médio mais baixo a subescala *E. Realização* (M = 77.73; DP = 15.13) e a subescala *C. Linguagem* (M = 77.53; DP = 12.51).

As subescalas *A. Locomoção* (M = 77.86; DP = 9.07) e *D. Coordenação Olho-Mão* (M = 85.13; DP = 7.94) são as subescalas que apresentam uma menor dispersão de resultados e valores mínimos mais elevados do que as restantes subescalas.

Foi, ainda, realizada uma análise com o objetivo de perceber se existem correlações entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e o resultado médio global do QAAE, e entre subescalas das duas escalas (Tabela. 11). Estas correlações são apresentadas de seguida.

Tabela 11. Correlações entre as subescalas da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e as subescalas do QAAE (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Subescalas Rô de Spearman	Correlações																	
	I		II		III		IV		V		VI		VII		Média Escala Global		Média (I e II)	
	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p
Média Griffiths	.593	.020*	.675	.006**	.664	.007**	.532	.041*	.460	.084	.493	.062	.629	.012**	.603	.017*	.632	.011*
A	-.137	.627	-.234	.401	.074	.793	-.222	.426	.054	.848	-.142	.614	.020	.943	-.165	.556	-.194	.489
B	.487	.066	.517	.048*	.664	.007**	.519	.047**	.493	.062	.525	.044*	.692	.004**	.562	.029*	.484	.067
C	.465	.081	.552	.033*	.336	.221	.264	.342	.314	.254	.260	.349	.353	.197	.395	.145	.528	.043*
D	.273	.325	.273	.325	.388	.153	.358	.190	.188	.502	.205	.464	.453	.090	.317	.249	.258	.353
E	.160	.569	.245	.380	.221	.430	.463	.082	.158	.574	.248	.372	.245	.378	.257	.356	.184	.511
F	.326	.236	.293	.289	.307	.265	.035	.901	.119	.673	.090	.749	.261	.348	.201	.474	.304	.271

Nota. * p < .05; ** p < .01

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

A = A. Locomoção; B = B. Pessoal-Social; C = C. Linguagem; D = D. Coordenação Olho-Mão; E = E. Realização; F = F. Raciocínio-Prático

Relação entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e o resultado médio global do QAAE.

A partir da análise da Tabela 11 é possível constatar que existe uma correlação positiva ($r_s = .603$; $p < .017$) entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e o resultado médio global do QAAE.

Assim, é possível afirmar que, tal como nos diz a hipótese 4, resultados mais baixos na *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* poderão estar associados a resultados igualmente mais baixos ao nível da adaptação escolar.

Relação entre a subescala *C. Linguagem* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e as subescalas *I. Linguagem Expressiva*, *II. Linguagem Receptiva* e *III. Requisitos Básicos* do QAAE.

A partir da análise da Tabela 11 é possível constatar que existe uma correlação positiva entre o resultado da subescala *C. Linguagem* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e o resultado da subescala *II. Linguagem Receptiva* do QAAE ($r_s = .552$; $p < .033$).

Realizou-se, ainda, uma correlação entre a subescala *C. Linguagem* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e a média das subescalas *I. Linguagem Expressiva* e *II. Linguagem Receptiva* (média linguagem), uma vez que a subescala *C. Linguagem* avalia a linguagem receptiva e expressiva. Constata-se uma relação positiva entre o resultado da subescala *C. Linguagem* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e o resultado da média das subescalas ($r_s = .528$; $p < .043$).

Assim, é possível afirmar que não existe uma associação entre o resultado da subescala *C. Linguagem* e o resultado da subescala *I. Linguagem Expressiva* e *III. Requisitos Básicos*, porém há uma associação entre o resultado da subescala *C. Linguagem* e o resultado da subescala *II. Linguagem Receptiva*, bem como entre o resultado da subescala *C. Linguagem* e o resultado da média das subescalas *I. Linguagem Expressiva* e *II. Linguagem Receptiva*.

Relação entre a subescala *E. Realização* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e a subescala *IV. Motricidade Fina* do QAAE

A correlação entre o item *E. Realização* e o item *IV. Motricidade Fina* foi estabelecida no sentido de se perceber se os resultados da subescala *E. Realização* poderão ser preditores dos resultados da subescala *IV. Motricidade Fina*.

A partir da análise da Tabela 11 é possível constatar que não existe correlação ($r_s = .463$; $p < .082$) entre o resultado do item *E. Realização* e o resultado do item *IV. Motricidade Fina*.

Relação entre a subescala D. *Coordenação Olho-Mão* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e a subescala IV. *Motricidade Fina* do QAAE.

Uma vez que a subescala D. *Coordenação Olho-Mão* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* avalia a motricidade fina, a destreza manual e as competências visuomotoras, relacionou-se esta subescala com o item A. *Coordenação fina* da subescala IV. *Motricidade Fina* do QAAE; no entanto verifica-se que o resultado do item A. *Coordenação fina* não se encontra associado ao resultado da subescala D. *Coordenação Olho-Mão* ($r_s = .358$; $p < .190$).

Relação entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e a subescala V. *Comportamento* do QAAE.

Realizou-se uma correlação entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e a subescala V. *Comportamento* do QAAE, no sentido de se perceber se o resultado médio da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* poderia influenciar os resultados da subescala V. *Comportamento*.

A partir da análise da Tabela 11 é possível constatar que não existe correlação ($r_s = .460$; $p < .084$) entre o resultado do item o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental da Griffiths* e a subescala V. *Comportamento* do QAAE.

Assim, é possível afirmar que não há associação entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental* de Griffiths e o resultado da subescala V. *Comportamento*.

5.4 Resultados do Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola e Dados Sociodemográficos

5.4.1 Resultados do Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola e o Nível de escolaridade dos Pais

Foi realizada uma análise entre o resultado médio global do QAAE e o nível de escolaridade das mães e dos pais das crianças presentes na amostra (Tabela 12), uma vez que, de acordo com a revisão da literatura, os fatores ambientais têm um papel muito importante na prontidão escolar e, conseqüentemente, na adaptação escolar.

Tabela 12. Relação entre o resultado médio global do QAAE e os Dados Sociodemográficos (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Subescalas	Correlações					
	QAAE		Mhabilitações		Phabilitações	
<i>Rô de Spearman</i>	r_s	p	r_s	p	r_s	p
QAAE	1,00		.336	.220	-.064	.821
Mhabilitação	.336	.220	1.00		.606*	.017
Phabilitação	-.064	.821	.606*	.017	1.00	

Nota. M = Mãe, P = Pai

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

Constata-se que não existe correlação entre o resultado médio global do QAAE e o resultado do nível de escolaridade da mãe ($r_s = .336$, $p = .220$), e do pai ($r_s = -.064$, $p = .821$).

A partir desta análise, podemos afirmar que, ao contrário do que nos diz a hipótese cinco, o nível de escolaridade dos pais, não se encontra associado a resultados mais elevados ao nível da adaptação escolar.

Realizou-se, ainda, uma relação entre as diferentes subescalas do QAAE e o nível de escolaridade das mães e dos pais (Tabela 13).

Tabela 13. Relação entre as diferentes subescalas do QAAE e o nível de escolaridade das mães e dos pais.

Subescalas	Correlações									
	I		II		III		IV		V	
<i>Rô de Spearman</i>	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
QAAE	.969**	.000	.952**	.000	.948**	.000	.913**	.000	.899**	.000
Mhabilitação	.208	.458	.227	.416	.323	.241	.443	.098	.108	.701
Phabilitação	-.101	.721	.046	.870	-.089	.752	-.042	.881	-.319	.246

<i>Rô de Spearman</i>	Correlações			
	VI		VII	
	r_s	p	r_s	p
QAAE	.942**	.000	.913**	.000
Mhabilitação	.202	.470	.526*	.044
Phabilitação	-.190	.497	.017	.951

Nota. M = Mãe, P = Pai

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

** . A correlação é significativa no nível 0.01; * Correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

Não se verificam correlações entre o resultado das subescalas e o resultado do nível de escolaridade dos pais; no entanto existe apenas uma correlação positiva entre o resultado da subescala VII. Motricidade Global e o resultado do nível de escolaridade da mãe ($r_s = 526$, $p = .044$).

Assim, através da análise da tabela 13, podemos afirmar que não existe qualquer associação entre o resultado das diferentes subescalas do QAAE e o nível de escolaridade dos pais, mas que existe uma associação entre o resultado da subescala VII. Motricidade Global e o resultado do nível de escolaridade da mãe.

Neste sentido, fez-se uma distribuição das médias de cada subescala do QAAE com as variáveis escolaridade da mãe e escolaridade do pai (Tabela 14).

É de notar que, em ambas as variáveis, as diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas, uma vez que foi realizado um Teste de Kruskal-Wallis, como referido anteriormente.

Tabela 14. Distribuição das médias das categorias do nível de escolaridade da mãe e do nível de escolaridade do pai, com as subescalas do QAAE

Subescalas	Nível de Escolaridade								
	Mãe					Pai			
	Grau 1 (n=1)	Grau 2 (n=5)	Grau 3 (n=2)	Grau 4 (n=4)	Grau 5 (n=3)	Grau 2 (n=6)	Grau 3 (n=4)	Grau 4 (n=3)	Grau 5 (n=2)
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
I	4.00	2.70	3.00	3.75	3.17	3.21	3.25	4.00	1.88
II	4.00	2.20	2.83	3.67	3.00	2.67	3.17	3.89	2.00
III	3.00	2.47	3.00	3.75	2.89	3.00	3.00	3.44	2.33
IV	3.00	2.90	2.75	3.75	3.67	3.33	3.00	4.00	2.50
V	4.00	3.13	3.08	3.67	3.22	3.61	3.38	3.83	1.75
VI	4.00	3.47	3.17	4.08	3.67	3.78	3.58	4.11	2.83
VII	2.76	2.67	2.83	3.92	3.22	3.22	2.75	3.78	2.67
Resultado Médo Global do QAAE	3.52	2.79	2.95	3.80	3.26	3.26	3.16	3.87	2.28
DP^a	0.603	0.420	0.152	0.149	0.303	0.369	0.274	0.218	0.413

Nota. M = Média, DP^a = Desvio Padrão

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

Grau 1. Ensino básico incompleto ou nulo, Grau 2. Escolaridade \geq quatro anos e $<$ nove anos, Grau 3. 12º ano; nove ou mais anos de escolaridade, Grau 4. Ensino médio ou técnico superior, Grau 5. Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.

Na Tabela 14, em relação ao grupo dos pais não se encontram contemplados o Grau 1 (Tabela 2), uma vez que não existem pais de crianças da amostra com tal nível de escolaridade.

Nível de escolaridade das mães

Relativamente ao nível de escolaridade das mães, realizando uma análise detalhada de cada Grau de escolaridade, é possível constatar-se que uma criança cuja mãe têm o ensino básico completo ou nulo (Grau 1) revelam como valor médio mais elevado a subescala *I. Linguagem Expressiva*, *II. Linguagem Receptiva*, *V. Comportamento* e *VI. Integração Social* ($M = 4.00$) e como valor médio mais baixo a subescala *VII. Motricidade Global* ($M = 2.35$), estando este valor abaixo da média ($M = 3.52$, $DP = 0.603$). A subescala *I. Linguagem Expressiva*, *II. Linguagem Receptiva*, *V. Comportamento* e *VI. Integração Social* ($M = 4.00$) são as que se encontram com valores superiores à média, sendo que as restantes encontram-se abaixo da média; o entanto como estamos perante apenas uma criança cuja mãe se encontra no grau um, não se pode realizar uma comparação com tanto rigor.

As cinco crianças cujas mães têm o 4º ano, ou o 9º de escolaridade (Grau 2) apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.47$) e como valor médio mais baixo a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.20$), estando este valor abaixo da média ($M = 2.79$, $DP = 0.420$). Apenas as subescalas *IV. Motricidade Fina* ($M = 2.90$), *V. Comportamento* ($M = 3.13$) e *VI. Integração Social* ($M = 3.47$) encontram-se com valores superiores à média, sendo que as restantes correspondem a valores abaixo da média.

As duas crianças cujas mães têm o 12º ano, ou nove, ou mais anos de escolaridade (Grau 3) apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.17$) e a subescala *IV. Motricidade Fina* como valor médio mais baixo ($M = 2.75$), estando este valor abaixo da média ($M = 2.95$, $DP = 0.152$). A subescalas que correspondem a valores acima da média são a *I. Linguagem Expressiva* ($M = 3.00$), *III. Requisitos Básicos* ($M = 3.00$), *V. Comportamento* ($M = 3.08$) e *VI. Integração Social* ($M = 3.17$), sendo que as restantes encontram-se abaixo da média

No que diz respeito às quatro crianças cujas mães apresentam ensino médio ou técnico superior (Grau 4), apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 4.00$) e a subescala *II. Linguagem Receptiva* e *V. Comportamento* como valor médio mais baixo ($M = 3.67$), estando este abaixo da média ($M = 3.80$, $DP = 0.149$). Nesta grau, apenas duas subescalas se encontram acima da média, a subescala *VI. Integração Social* ($M = 4.08$) e *VII. Motricidade Fina* ($M = 3.92$).

As três crianças cujas mães têm Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento (Grau 5) apresentam como valor médio mais elevado a subescala *IV. Motricidade Fina* e a *VI. Integração Social* ($M = 3.67$) e a subescala *III. Requisitos Básicos* como valor médio mais baixo ($M = 2.89$), estando este abaixo da média ($M = 3.26$, $DP = 0.303$). Apenas duas subescalas se encontram acima da média, com a subescala *IV. Motricidade Fina* e *VI. Integração Social* ($M = 3.67$)

Realizando-se uma comparação entre os diversos Graus, verifica-se que as crianças cujas mães se incluem no Grau 4 de escolaridade apresentam valores médios mais elevados no resultado médio global do QAAE ($M = 3.80$). Verifica-se, ainda, que todas as crianças apresentam como valores mais elevados a subestaca *VI. Integração Social*, sendo que, relativamente ao valor mais baixo a subescala correspondente é a *II. Linguagem Receptiva*, estando presente apenas em dois graus (Grau 2 e 4).

Nível de escolaridade dos pais

Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, realizando uma análise detalhada de cada Grau de escolaridade, é possível constatar-se que as seis crianças cujos pais têm entre quatro e oito anos de escolaridade (Grau 2) revelam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.78$) e como valor médio mais baixo a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.67$), estando este abaixo da média ($M = 3.26$, $DP = 0.369$). As subescalas que apresentam acima da média são a subescala *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.33$), *V. Comportamento* ($M = 3.61$) e a *VI. Integração Social* ($M = 3.71$), sendo que as restantes encontram-se abaixo da média.

As quatro crianças cujos pais têm o 12º ano, ou nove, ou mais anos de escolaridade (Grau 3) apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.58$) e a subescala *VII. Motricidade Global* como valor médio mais baixo ($M = 2.75$), estando este valor abaixo da média ($M = 3.16$, $DP = 0.274$). Encontram-se quatro subescalas abaixo da média, tais como, a subescala *I. Linguagem Expressiva* ($M = 3.25$), *II. Linguagem Receptiva* ($M = 3.17$), *V. Comportamento* ($M = 3.38$) e a *VI. Integração Social* ($M = 3.58$), sendo que as restantes estão abaixo da média.

No que diz respeito às três crianças cujos pais apresentam ensino médio, ou técnico superior (Grau 4), apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 4.11$) e a subescala *III. Requisitos Básicos* como valor médio mais baixo ($M = 3.44$), estando este abaixo da média ($M = 3.87$, $DP = 0.218$). As escalas correspondentes a valores acima da média são a *I. Linguagem Expressiva* ($M = 4.00$), *II. Linguagem Receptiva* ($M = 3.89$), *IV. Motricidade Fina* ($M = 4.00$) e *VI. Integração Social* ($M = 4.11$), sendo que as restantes encontram-se abaixo da média.

As duas crianças cujos pais têm Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento (Grau 5) apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 2.83$) e a subescala *V. Comportamento* como valor médio mais baixo ($M = 1.75$), estando este abaixo da média (2.28 , $DP = 0.413$). A subescala *III. Requisitos Básicos* ($M = 2.33$), *IV. Motricidade Fina* ($M = 2.50$), *VI. Integração Social* ($M = 2.83$) e *VII. Motricidade Global* ($M = 2.67$) encontram-se acima da média, sendo que as restantes apresentam valores correspondentes abaixo da média.

Realizando-se uma comparação entre os diversos Graus, verifica-se que as crianças cujos pais se incluem no Grau 4 de escolaridade apresentam valores médios mais elevados no resultado médio global do QAAE (3.87). Verifica-se, ainda, que na generalidade, todas as crianças apresentam como valores mais baixos a subescala *II. Linguagem Receptiva*, *III. Requisitos Básicos*, *V. Comportamento* e *VII. Motricidade Global* e todas as categorias apresentam como valores mais elevados a subestaca *VI. Integração Social*.

Comparação entre o nível de escolaridade das mães e o nível de escolaridade dos pais

Realizando-se uma comparação entre o nível de escolaridade das mães e dos pais, concluímos que, em ambas as escolaridades a subescala que apresenta valores superiores é a subescala VI. Integração Social; uma das subescalas que apresenta valores inferiores é a subescala II. Linguagem Receptiva e; o Grau com um resultado médio global mais elevado é o Grau 4.

5.4.2 Relação entre os resultados do Questionário de Avaliação de Adaptação à Escola e a Profissão dos Pais

Foi realizada uma análise entre o resultado médio global do QAAE e a profissão das mães e dos pais das crianças presentes na amostra (Tabela 15).

Tabela 15. Relação entre o resultado médio global do QAAE e o nível profissional do pais (*Teste Coeficiente de Correlação de Spearman*);

Subescalas	Correlações					
	QAAE		Mprofissão		Pprofissão	
<i>Rô de Spearman</i>	r_s	p	r_s	p	r_s	p
QAAE	1,00		.105	.709	-.256	.358
Mprofissão	.105	.709	1.00		.335	.222
Pprofissão	-.256	.358	.335	.222	1.00	

Nota. M = Mãe, P = Pai

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades)

* . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

Constata-se que não existe correlação entre o resultado médio global do QAAE e o resultado do nível profissional da mãe ($r_s = .105$, $p = .709$), e do pai ($r_s = -.256$, $p = .358$), o que significa que não existe uma associação entre o resultado médio global do QAAE e os resultados referentes aos níveis profissionais dos pais.

A partir desta análise, podemos afirmar que, ao contrário do que nos diz a hipótese seis, o nível profissional dos pais, não se encontra associado a resultados mais elevados ao nível da adaptação escolar.

Realizou-se, ainda, uma relação entre as diferentes subescalas do QAAE e a profissão das mães e dos pais (Tabela 16)

Tabela 16. Relação entre as diferentes subescalas do QAAE e o nível profissional dos pais

Correlações										
Subescalas	I		II		III		IV		V	
<i>Rôde Spearman</i>	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
QAAE	.969**	.000	.952**	.000	.948**	.000	.913**	.000	.899**	.000
Mprofissão	.025	.931	.069	.808	.120	.670	.220	.431	-.099	.725
Pprofissão	-.229	.411	-.107	.705	-.207	.459	-.306	.268	-.481	.069

Correlações				
<i>Rôde Spearman</i>	VI		VII	
	r_s	p	r_s	p
QAAE	.942**	.000	.913**	.000
Mprofissão	-.043	.880	.316	.251
Pprofissão	-.324	.239	-.200	.474

Nota. M = Mãe, P = Pai

I = I. Linguagem Expressiva; II = II. Linguagem Receptiva; III = III. Requisitos Básicos; IV = IV. Motricidade Fina; V = V. Comportamento; VI = VI. Integração Social; VII = VII. Motricidade Global

** . A correlação é significativa no nível 0.01 (2 extremidades); * . A correlação é significativa no nível 0.05 (2 extremidades)

Não se verificam correlações entre os resultados das subescalas do QAAE e os resultados dos níveis profissionais das mães e dos pais. Assim, através da análise, pode-se constatar que não existem associações entre os resultados de ambas as variáveis

Neste sentido, fez-se uma distribuição das médias de cada subescala do QAAE com as variáveis profissão da mãe e profissão do pai (Tabela 17).

É de notar que, em ambas as variáveis, as diferenças apresentadas não são estatisticamente significativas, uma vez que foi realizado um Teste de Kruskal-Wallis, como referido anteriormente.

Tabela 17. Distribuição das médias das categorias da profissão da mãe e da profissão do pai, com as subescalas do QAAE

Subescalas	Profissão							
	Mãe				Pai			
	Grau 1 (n=2)	Grau 2 (n=5)	Grau 4 (n=5)	Grau 5 (n=3)	Grau 2 (n=5)	Grau 3 (n=2)	Grau 4 (n=6)	Grau 5 (n=2)
M	M	M	M	M	M	M	M	M
I	3.75	2.80	3.40	3.17	3.15	3.75	3.30	1.88
II	3.50	2.33	3.33	3.00	2.60	3.50	3.13	2.00
III	3.00	2.73	3.33	2.89	3.00	3.17	3.00	2.33
IV	3.00	3.20	3.20	3.67	3.40	4.00	3.00	2.50
V	3.75	3.33	3.27	3.22	3.63	4.08	3.40	1.75
VI	4.00	3.60	3.60	3.67	3.73	4.17	3.67	2.83
VII	2.83	2.87	3.47	3.22	3.27	3.50	2.80	2.67
Resultado Médo Global do QAAE	3.40	2.98	3.37	3.26	3.25	3.74	3.19	2.28
DP^a	0.458	0.425	0.132	0.303	0.385	0.367	0.292	0.413

I = I. *Linguagem Expressiva*; II = II. *Linguagem Receptiva*; III = III. *Requisitos Básicos*; IV = IV. *Motricidade Fina*; V = V. *Comportamento*; VI = VI. *Integração Social*; VII = VII. *Motricidade Global*

Grau 1. Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados. Grau 2. Pequenos agricultores e rendeiros; técnicos administrativos; operários semi-qualificados; funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas. Grau 3. Pequenos empresários (<= de 50 empregados); quadros médios; médios agricultores; sargentos e equiparados. Grau 4. Chefes de secção administrativa, subdiretores, peritos, técnicos ecomerciantes. Grau 5. Grandes empresários, gestores de topo do setor público e privado (> de 500 empregados); professores universitários; brigadeiro, general, marechal; profissões liberais (curso superior); altos dirigentes políticos.

Na Tabela 17, em relação ao grupo das mães, não são contemplados o Grau três e relativamente ao grupo dos pais não se encontra contemplado o Grau 1 (Tabela 2), uma vez que não existem pais de crianças da amostra com tais níveis de escolaridade.

Profissão das mães

Relativamente à profissão das mães, realizando uma análise detalhada de cada Grau de qualificação profissional, é possível constatar-se que nenhuma das mães se encontra desempregada.

As duas crianças cujas mães se incluem no Grau um de qualificação profissional apresentam como valor médio mais elevado a subescala VI. *Integração Social* (M = 4.00) e a subescala VII. *Motricidade Global* como valor médio mais baixo (M = 2.83), estando este valor abaixo da média (M = 3.40, DP = 0.458). Nesta Grau de qualificação profissional, as subescalas que se encontram acima da média são a I. *Linguagem Expressiva* (M = 3.75), II. *Linguagem Receptiva* (M = 3.50), V. *Comportamento* (M = 3.75) e VI. *Integração Social* (M = 4.00), sendo que as restantes subescalas encontram-se abaixo da média.

Constata-se, igualmente, que as cinco crianças cujas mães se incluem no Grau dois revelam como valor médio mais elevado a subescala VI. *Integração Social* (M = 3.60) e a

subescala *II. Linguagem Receptiva* como valor médio mais baixo ($M = 2.33$), estando este valor abaixo da média ($M = 2.98$, $DP = 0.425$). As subescalas que se encontram acima da média são a subescala *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.20$), *V. Comportamento* ($M = 3.33$) e a *VI. Integração Social* ($M = 3.60$), sendo que as restantes se encontram abaixo da média.

As cinco crianças cujas mães se incluem no Grau quatro de qualificação profissional apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.60$) e como valor médio mais baixo a subescala *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.20$), estando este valor abaixo da média ($M = 3.37$, $DP = 0.132$). As subescalas que correspondem a valores superiores à média são a subescala *I. Linguagem Expressiva* ($M = 3.40$), *VI. Integração Social* ($M = 3.60$) e a *VII. Motricidade Global* ($M = 3.47$), sendo que as restantes se encontram abaixo da média.

As três crianças cujas mães se incluem no Grau cinco de qualificação profissional apresentam como valor médio mais elevado a subescala *IV. Motricidade Fina* e *VI. Integração Social* ($M = 3.67$) e como valor médio mais baixo a subescala *III. Requisitos Básicos* ($M = 2.89$), estando este valor abaixo da média ($M = 3.26$, $DP = 0.303$). As subescalas que obtiveram valores acima da média são a subescala *IV. Motricidade Fina* e *VI. Integração Social* ($M = 3.67$), sendo que as restantes apresentam valores abaixo da média.

Realizando-se uma comparação entre os diversos Graus de qualificação profissional, verifica-se que as duas crianças cujas mães se incluem no Grau um revelam valores médios mais elevados no resultado médio global do QAAE ($M = 3.40$). Verifica-se, ainda, que na generalidade, todas as crianças apresentam como valores mais baixos a subescala *II. Linguagem Receptiva*, *III. Requisitos Básicos*, *IV. Motricidade Fina* e *VII. Motricidade Global* e todas as categorias apresentam como valores mais elevados a subestaca *VI. Integração Social*.

Profissão dos pais

Relativamente à profissão dos pais, realizando uma análise detalhada de cada Grau de qualificação profissional, é possível constatar-se que nenhum pai se encontra desempregado.

A cinco crianças cujos pais se incluem no Grau dois de qualificação profissional revela como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 3.73$) e como valor médio mais baixo a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.60$), sendo que este valor se encontra abaixo da média ($M = 3.25$, $DP = 0.385$). As subescalas que apresentam valores acima da média são a subescala *II. Linguagem Receptiva* ($M = 2.60$), *IV. Motricidade Fina* ($M = 3.40$), *V. Comportamento* ($M = 3.63$), *VI. Integração Social* ($M = 3.73$) e *VII. Motricidade Global* ($M = 3.27$).

Por outro lado, as duas crianças cujos pais se incluem no Grau três apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* ($M = 4.17$) e como valor médio mais baixo a subescala *III. Requisitos Básicos* ($M = 3.17$), estando este valor abaixo da média

(M = 3.74, DP = 0.367). As subescalas que se encontram acima da média são a *I. Linguagem Expressiva* (M = 3.75), *IV. Motricidade Fina* (M = 4.00), *V. Comportamento* (M = 4.08) e *VI. Integração Social* (M = 4.17), sendo que as restantes encontram-se abaixo da média.

Verifica-se que as seis crianças cujos pais se incluem no Grau quatro de qualificação profissional apresentam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* (M = 3.67) e a subescala *VII. Motricidade Global* (M = 2.80) como valor médio mais baixo, estando este valor abaixo da média (M = 3.19, DP = 0.292). As subescalas que se encontram acima da média são a subescala *I. Linguagem Expressiva* (M = 3.30), *V. Comportamento* (M = 3.40) e *VI. Integração Social* (M = 3.67), estando as restantes subescalas abaixo da média.

Constata-se, igualmente, que as duas crianças cujos pais se incluem no Grau cinco revelam como valor médio mais elevado a subescala *VI. Integração Social* (M = 2.83) e a subescala *V. Comportamento* como valor médio mais baixo (M = 1.75), estando este valor abaixo da média (M = 2.28, DP = 0.413). As subescalas que apresentam valores cima da média são a subescala *III. Requisitos Básicos* (M = 2.33), a *IV. Motricidade Fina* (M = 2.50) e a *IV. Integração Social* (M = 2.83).

Realizando-se uma comparação entre os diversos Graus de qualificação profissional, verifica-se que as duas crianças cujos pais se incluem no Grau três apresentam valores médios mais elevados no resultado médio global do QAAE (M = 3.74). Verifica-se, ainda, que na generalidade, todas as crianças apresentam como valores mais baixos a subescala *II. Linguagem Receptiva*, *III. Requisitos Básicos*, *V. Comportamento* e *VII. Motricidade Global* e todas as categorias apresentam como valores mais elevados a subestaca *VI. Integração Social*.

Comparação entre a profissão das mães e a profissão dos pais

Realizando-se uma comparação entre o nível profissional da mãe e do pai podemos concluir que ambos apresentam em todos os graus, valores superiores na subescala *VI. Integração Social*; três das subescalas que apresentam valores inferiores são as subescalas *II. Linguagem Receptiva*, *III. Requisitos Básicos* e *VII. Motricidade Global* e; relativamente ao grau que apresenta um valor superior no resultado médio global do QAAE não podemos tirar qualquer conclusão, tendo em conta que a mãe apresenta o grau um (M = 3.40) como o resultado médio mais elevado e o pai apresenta como grau mais elevado o grau três (M = 3.74); no entanto ambos os pais apresentam como resultado médio global mais baixo, o grau cinco.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas as principais conclusões do presente estudo, cujo principal objetivo consiste em caracterizar a adaptação escolar de um grupo de crianças nascidas

prematuramente (RNBP, RNMBP e RNEBP), de forma a perceber a relação existente entre prematuridade e os resultados obtidos no *Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola*, os fatores de risco biológico (idade de gestação, peso gestacional e tempo de internamento), os resultados obtidos na *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e os fatores de risco ambiental (escolaridade e profissão dos pais).

Primeiramente foi realizada uma caracterização da adaptação escolar das crianças presentes na amostra (n = 15) com o QAAE, em que, através da análise das médias das diferentes subescalas, foi possível constatar que a subescala com um valor médio mais elevado é a subescala *VI. Integração Social*, seguida da subescala *V. Comportamento*. Apesar destas subescalas não terem o mesmo aprofundamento que têm alguns instrumentos que avaliam psicopatologia na infância, estes resultados não vão de encontro à revisão da literatura realizada, uma vez que estudos referem que crianças nascidas prematuramente apresentam problemas ao nível do comportamento (e.g. Bhutta et al., 2002; Colvin et al., 2004; Martins et al., 2005; Sykes et al., 1997), nomeadamente na relação com os pares (Aylward, 2002; Colvin et al., 2004).

Contudo, na subescala *V. Comportamento*, os itens *D. Concentração e capacidade de organização* e *F. Atenção e distração* são os que apresentam valores médios mais baixos (abaixo da média), comparativamente aos outros itens que compõem a subescala. Estes resultados são consistentes com alguns estudos, que referem que crianças nascidas prematuramente apresentam frequentemente dificuldades em se concentrarem e em estarem atentas (Colvin et al., 2004; Saigal et al., 2000).

Foi ainda possível verificar-se, na análise das médias das subescalas, que as áreas mais críticas correspondem às subescalas *III. Requisitos Básicos* e *II. Linguagem Receptiva* revelando um valor médio baixo (abaixo da média da Escala Global do QAAE), quando comparado com as restantes subescalas. Na subescala *III. Requisitos Básicos* são avaliados três itens: *A. Escrita-conteúdo*, *B. Leitura* (abaixo da média) e *C. Número* (acima da média). No início da escolaridade obrigatória, as crianças deparam-se com exigências intelectuais e linguísticas, que são resultado do começo das atividades escolares formais (Hughes, 1979, cit. in Bartolini, 1985). O foco dessas atividades é centrado nas questões de aprendizagem, nomeadamente na leitura e na escrita (Rapoport et al., 2008), competências essas que são requeridas e avaliadas (Kirkegaard et al., 2006). Na subescala *II. Linguagem Receptiva* são avaliados também três itens: *A. Compreensão de Instruções* (acima da média), *B. Compreensão de palavras* e *C. Memória de informação oral* (abaixo da média). Estando a subescala *III. Requisitos Básicos* com valores inferiores, é esperado que a subescala *II. Linguagem Receptiva* também se encontre afetada e que a criança tenha mais dificuldade em compreender palavras e em memorizar conteúdos. Os valores médios mais baixos, em ambas as subescalas (*A. Escrita-conteúdo*, *B. Leitura*, *B. Compreensão de palavras* e *C. Memória de informação oral*), são consistentes com vários

estudos que referem que as crianças nascidas prematuramente apresentam, em idade escolar, dificuldades de aprendizagem, frequentemente relacionadas com a leitura, a ortografia e a aritmética (e.g. Anderson & Doyle, 2003; Aylward, 2002; Colvin et al., 2004; Holmes & Crosbie, 2010).

Considerando os fatores de risco biológico (idade gestacional, peso à nascença e tempo de internamento), que foram analisados tendo em conta a exploração dos resultados da caracterização da adaptação escolar é importante salientar que, dado o número muito reduzido de crianças na amostra, os resultados encontrados não foram significativos, não existindo uma correlação entre eles. Estes resultados não são consistentes com o estudo de Kalmar (1996) e Bradley e colaboradores (1993), que referem que a idade gestacional, o peso à nascença e respetivamente o tempo de internamento, se encontram associados ao desempenho académico, estando à partida as competências destas crianças mais comprometidas e, por este mesmo motivo, o acompanhamento das mesmas ao longo da sua trajetória. De acordo com Pinto (2008), o risco é inversamente proporcional ao peso à nascença e à idade gestacional, sendo que o risco aumenta à medida que o peso à nascença e a idade gestacional diminuem; contudo, não foi o que se verificou a partir destes resultados. É de salientar que os grupos não se encontram homogêneos, sendo que um grupo pode contemplar seis crianças e outro apenas uma, o que se revela uma fragilidade do estudo.

Um outro objetivo específico deste estudo prende-se com relacionar os resultados da caracterização da adaptação escolar com os resultados do perfil desenvolvimental obtido através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* (Griffiths, 2006). De facto, este estudo revela-se de elevada importância, no sentido de se poder avaliar o desenvolvimento das crianças aos cinco anos de idade, explorando se estes resultados poderão estar relacionados com a adaptação escolar. É possível constatar-se que o facto de os resultados do perfil desenvolvimental obtido através da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* não se encontrarem dentro da média (entre 85 e 115), não vão de encontro ao que a literatura refere, nomeadamente que as crianças que nascem prematuramente geralmente apresentam níveis de competências abaixo do esperado durante os primeiros anos de vida, sendo que depois se verifica uma evolução positiva. As principais dificuldades assinaladas dizem respeito ao nível cognitivo e comportamental, não estando apenas relacionadas diretamente com o risco biológico, mas também devido a fatores ambientais como o risco social, a pobre estimulação, a superproteção e ainda o ambiente familiar desadequado (Brooks-Gunn, Klebanov, Liaw & Spiker, 1993; Meisels & Plunkett, 1988; Ungerer & Sigman, 1983, cit. in Liaw & Brooks-Gunn, 1993).

Verificou-se uma correlação positiva entre o resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental da Griffiths* e o resultado médio global do QAAE, o que pode significar, que resultados elevados ao nível do resultado médio global da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*, estão associados a resultados globais mais elevados ao nível do QAAE. De acordo com o estudo de Kalmar (1996) e Bradley e colaboradores (1993), crianças pré-termo estão mais comprometidas nas suas competências, no entanto, se ao longo da sua trajetória forem acompanhadas (variedade da estimulação, suporte emocional, responsividade paternal), este acompanhamento tornar-se-á num fator determinante no sentido de antever as situações de risco e atuar de modo preventivo na sua resolução, diminuindo, deste modo, os efeitos nefastos e potenciando o sucesso do seu desenvolvimento.

Constata-se ainda uma correlação positiva entre os resultados da subescala *C. Linguagem* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e os resultados da subescala *II. Linguagem Receptiva*, bem como, entre os resultados da subescala *C. Linguagem* e o resultado das médias da linguagem (expressiva e receptiva) do QAAE, revelando deste modo o desenvolvimento ao nível das competências linguísticas. Estes resultados corroboram com a literatura, sendo que referem que as crianças nascidas prematuramente revelam dificuldades linguísticas em particular no processamento da linguagem e da fala, na capacidade de formular frases (Lamônica & Picolini, 2009; Briscoe, Gathercole & Marlow, 1998), no tempo médio de emissão, da leitura, a literacia, da consciência fonológica e da compreensão de conceitos verbais distintos (Barksley & Siegel, 1992, cit. in Aylward, 2002; Holm & Crosbie, 2010).

Apesar disto, os resultados das subescalas *A. Locomoção*, *C. Linguagem* e *E. Realização* da *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*, apresentam-se abaixo da média, bem como, o resultado da subescala *II. Linguagem Receptiva* do QAAE (já referido anteriormente). Desta forma, é possível concluir que, como referido anteriormente, se não existir qualquer acompanhamento (eg. pais, educadoras), ao longo da trajetória destas crianças, futuramente (eg. no 1º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico) estas poderão revelar mais dificuldades linguísticas. Por outro lado, se ao longo da sua trajetória houver estimulação, um suporte emocional e uma responsividade parental, então iremos obter resultados favoráveis no desenvolvimento destas crianças, tal como comprovam os resultados que remetem para uma associação positiva significativa, entre os resultados *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths* e os resultados do QAAE, entre a subescala *C. Linguagem* e a subescala *II. Linguagem Receptiva* e entre a subescala *C. Linguagem* e as médias de ambas as linguagens (I. II.).

Outra consideração neste estudo remete para os resultados obtidos através do QAAE e os fatores sociodemográficos, mais concretamente o nível de habilitação e a profissão dos pais e das mães. Podemos constatar que, tanto a habilitação, como a profissão do pai e da mãe, não se encontram relacionados com o resultado médio global do QAAE, o que não vai de encontro ao

que a literatura nos diz, que a importância da relação entre as características individuais, ambientais ao nível do desenvolvimento, sendo que os estímulos ambientais exercem influência ao nível das competências em determinada faixa etária (Wachs, 1984; Wohlwill, 1973; Yarrow, Rubenstein, Pedersen, & Jankowski, 1972, cit. in Bendersky & Lewis, 1994). Verificamos ainda que também não existe qualquer tipo de relação entre o nível de habilitação do pai e profissão do pai e da mãe, com as diferentes subescalas do QAAE; porém identificou-se uma correlação positiva entre a subescala *VII. Motricidade Global* e o nível de escolaridade da mãe. Verifica-se que as habilitações da mãe têm um impacto mais significativo no perfil desenvolvimental das crianças, no sentido em que esta tem um poder importantíssimo na educação dos filhos, sendo o seu estilo educacional mais significativo. A mãe constitui-se como mediadora do desenvolvimento, perante a possibilidade de maior tempo de interação com o filho, assim como poder decidir quanto à aquisição e disponibilização de material educativo estimulante, assim como o seu grau de habilitação mais elevado, parece favorecer a estimulação cognitiva, e ainda ao nível da linguagem.

De acordo com os dados obtidos neste estudo pode-se inferir que a prematuridade na nossa amostra não está associada a contextos sociais mais precários, sendo que esta está distribuída de igual modo tanto nos estatutos mais elevados como nos mais desfavorecidos. Ao contrário do que a literatura refere, nomeadamente no estudo de Anderson & Doyle (2003), em que os fatores sociodemográficos influenciam no nascimento prematuro. No entanto, os fatores que podem estar na causa do nascimento prematuro nos estatutos socioeconómicos mais baixos, poderão estar relacionados com as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, baixos rendimentos e consequentemente a baixa vigilância ao longo da gravidez (Anderson & Doyle, 2003). Por outro lado, o nível socioeconómico mais elevado poderá estar relacionado com as exigências que os cargos mais elevados acarretam profissionalmente, acabando por desencadear níveis de *stress* mais elevados e consequentemente provocar o nascimento prematuro. Como refere Martinet (2008), a ansiedade e o *stress* constituem-se como dois principais fatores de causa de um nascimento prematuro, sendo os acontecimentos quotidianos em que a mulher está inserida geradores de *stress*.

Apesar de existir apenas uma correlação positiva entre as habilitações da mãe e uma das subescalas do QAAE (referido anteriormente), podemos verificar através da análise descritiva, que as crianças cujas mães e pais com ensino médio ou técnico superior (Grau 4) apresentaram resultados médios mais elevados referentes à maioria das subescalas, do que crianças cujas mães e pais integram os restantes graus. Segundo Andrada, Rezena, Carvalho e Benetti (2008) pais com maior escolaridade, sendo este um fator de proteção, demonstram um envolvimento maior no estudo dos filhos, estando este envolvimento associado a um melhor desempenho da criança.

Mais uma vez, apesar de não existir uma correlação entre o nível profissional da mãe e do pai e o resultado médio global do QAAE, bem como com as suas diferentes subescalas, de acordo com a análise descritiva, podemos retirar algumas conclusões. Em relação ao nível profissional, no presente estudo, as crianças cujas mães se incluem no grau um apresentam valores médios mais elevados no QAAE, enquanto as crianças cujas mães se incluem no grau cinco apresentam resultados médios mais baixos. Por outro lado, as crianças cujos pais se incluem no grau três revelam valores médios mais elevados no QAAE, enquanto que as crianças cujos pais se incluem no grau cinco (tal como as mães) apresentam resultados médios mais baixos. Estes resultados, não vão de encontro ao que o estudo de Bendersky & Lewis (1994) nos dizem, pois estes autores, consideram o nível educacional e ocupacional dos pais e das mães, o contexto familiar, as oportunidades de estimulação socioemocional e os recursos físicos existentes, como os principais responsáveis para determinar o risco ambiental, tendo em conta que o impacto do risco familiar em conjunto com as características individuais das crianças, contribuem negativamente para o seu desenvolvimento.

Por outro lado, as crianças cujos pais se incluem no grau três revelam valores médios mais elevados no QAAE, enquanto que as crianças cujos pais se incluem no grau cinco apresentam resultados médios mais baixos.

Acerca da caracterização dos dados sociodemográficos dos pais constatamos, a existência de relação entre a habilitação e a profissão do pai e da mãe, isto é, pais e mães com habilitações elevadas (e.g. grau de licenciatura, mestrado, doutoramento, bacharelato) estão implicados em profissões de grau mais elevado (e.g. grandes empresários, dirigentes de empresas, professores). Enquanto pais e mães cujas habilitações são mais baixas (e.g. escolaridade superior a quatro anos e inferior a nove anos), possuem profissões de nível mais baixo (e.g. técnicos administrativos, operários-semi-qualificados). No presente estudo, a generalidade dos pais envolvidos, apresentam-se distribuídos pelos diversos níveis (desde o mais baixo, ao mais alto) quanto à habilitação e consequentemente na profissão.

Embora não seja possível generalizar estes resultados, dado o tamanho reduzido da amostra e o fato de não terem sido encontradas correlações e diferenças estatisticamente significativas na maioria das hipóteses formuladas, é possível perceber que o ambiente se revela como fundamental para uma boa adaptação escolar. De facto, embora os fatores de risco biológico sejam cruciais e os seus efeitos de longa duração (MCGauhey et al., 1991), parece que a sua influência vai decrescendo ao longo dos anos, dando um maior destaque à componente ambiental. Efetivamente, o ambiente assume um papel importante e decisivo (Bordin et al., 2001), sendo que o impacto dos fatores ambientais tornam-se mais poderosos à medida que a criança cresce (Bendersky & Lewis, 1994). Assim, são de salientar também o Modelo Ecológico e Transaccional, que remetem não só para a importância das características

biopsicológicas, mas também para as características dos diferentes contextos, visto que a criança é vista num conjunto de interações contínuas e da experiência providenciada pela sua família e pelo contexto social. Desta forma, tornam-se fundamentais processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais, que devem ser analisados na sua dimensão temporal. (Gonçalves, 1993)

6.1. Limitações do Estudo

A principal limitação do presente estudo prende-se com o número reduzido da amostra, que levou a que, conseqüentemente, não fossem encontradas relações estatisticamente significativas entre os resultados do QAAE e os fatores de risco biológico e ambiental.

Embora o método quantitativo correlacional tenha como vantagem ir mais além da descrição dos fenómenos (métodos descritivos), uma vez que é possível o estabelecimento e quantificação de relações entre variáveis, também apresenta como desvantagem o facto de não conseguir estabelecer uma relação de causalidade nas relações encontradas (métodos experimentais) (Almeida & Freire, 2007). Neste sentido, o facto de não ser possível estabelecer tais relações, quando foi encontrada uma correlação positiva significativa, revela-se uma limitação do estudo.

6.2. Investigações Futuras

Uma vez que, segundo a revisão da literatura realizada, não temos conhecimento da existência de estudos acerca da presente temática, nomeadamente em Portugal, revela-se importante realizar um mesmo estudo, mas com uma amostra maior e representativa da população.

A segunda sugestão relaciona-se com a integração de outras variáveis, que se revelam factores de risco ambiental para a adaptação escolar, tais como o nível socioeconómico dos pais, a idade dos pais e o suporte parental (Andrada et al., 2008). Paralelamente, revela-se importante integrar também variáveis que se apresentam como factores de risco biológico e que segundo alguns estudos se encontram relacionadas com a adaptação escolar, tais como o género (Macedo, 2010; Rapoport et al., 2008) e o número de irmãos.

Sendo que, as crianças nascidas prematuramente são acompanhadas através de consultas especializadas, com o objetivo de avaliar e monitorizar a sua saúde e progresso (Barros, 2001) seria crucial manter o acompanhamento das crianças e das suas famílias, no sentido de vir a constituir amostras mais alargadas, realizando-se um estudo que complemente os dados acerca do desenvolvimento com a avaliação de fatores de risco ambiental, uma vez que, como retratado em variados estudos (Bordin et al., 2001; Martins et al., 2005), o ambiente assume ao longo da trajetória um papel fulcral e decisivo no domínio do desenvolvimento.

IV. CONCLUSÕES

A prematuridade é um dos principais problemas de saúde neonatal, não só em termos de mortalidade, mas também em termos de morbidade a curto e longo-prazo a vários níveis. A constatação do aumento do número de nascimentos prematuros nas últimas duas décadas alerta para a necessidade de se identificarem os fatores de risco e as técnicas de intervenção preventivas nas regiões onde a concentração de nascimentos prematuros é mais elevada (Beck et al., 2010).

Tendo em conta que o nascimento de crianças prematuras tem vindo a aumentar, e que com este, aumenta também o nosso conhecimento sobre o desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo, é necessário incentivar a criação de programas de despiste e intervenção precoce, que desde cedo acompanhem estas crianças e as suas famílias. Embora já exista, em Portugal, uma boa resposta a estas famílias durante o período de internamento hospitalar, o que, após a alta hospitalar este acompanhamento torna-se muitas vezes escasso. Embora seja aconselhada uma observação periódica das crianças nascidas com muito baixo peso gestacional, as restantes crianças pré-termo deixam muitas vezes de ser acompanhadas com a periodicidade que seria ideal, quer por falta de recursos na comunidade, quer por falta de esclarecimento e/ou de conhecimento por parte dos pais e da sociedade sobre a importância dessa monitorização.

A monitorização do desenvolvimento destas crianças faz todo o sentido, durante a idade pré-escolar, sendo que, se assim não for, pode dar origem a comprometimentos no processo de desenvolvimento e aprendizagem, nomeadamente durante a idade escolar, altura em que parte destas crianças começa a revelar com maior evidência dificuldades em várias áreas do desenvolvimento (Casey, Whiteside-Mansell, Barrett, Bradley & Gargus, 2006; Marlow, 2004; Noble et al., 2012).

Sabendo-se que estas crianças constituem um grupo de risco com probabilidade de evidenciar alterações no seu desenvolvimento, quanto mais cedo estas alterações forem detetadas, mais cedo se poderá intervir no problema, não fazendo sentido esperar que as complicações sejam evidentes e mais difíceis de contornar. De facto, torna-se imperativa esta operacionalização precoce que só poderá ser satisfatória quando realizada por uma equipa com profissionais de saúde de diferentes áreas, obtendo-se um acompanhamento adequado ao nível cognitivo, afetivo-emocional e psicomotor.

Uma intervenção eficaz passa por um conhecimento completo da situação de prematuridade, mas também de todo o contexto envolvente nomeadamente no contexto familiar e no contexto escolar. Só assim se conseguirá operacionalizar um projeto de intervenção adequado que passe pelo acompanhamento direto da criança e da sua família, que dê resposta real às necessidades da criança.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra, Quarteto.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia da Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Anderson, P., Doyle, L., & Victorian Infant Collaborative Study Group (2003). *Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s*. *The Journal of the American Medical Association*, 289(24), 3264-3272.
- Andrada, E., Rezena, B., Carvalho, G., & Benetti, I. (2008). *Factores de risco e protecção para a prontidão escolar*. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(3), 536-547.
- Aylward, G. P. (2002). *Cognitive and neuropsychological outcomes: More than IQ scores*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 234–240. doi: 10.1002/mrdd.10043.
- Barradas, A. (2008). *Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: Vivências, necessidades e estratégias de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Barros, L. (2001). *O bebé em situação de risco*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bartolini, L. (1985). *Problems of adjustment to school* [Em linha]. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED260833.pdf> [Consultado em 28/03/2013].
- Bayless, S., & Stevenson, J. (2007). *Executive functions in school-age children born very prematurely*. *Early Human Development*, 83(4), 247-254. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2006.05.021.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., Rubens, C..
- 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*. *The Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-737.
- 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.

- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M. & Ansermet, F. (2006). *Mother's attachment representations of their infant at 6 and 18 months after birth*. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 27(5), pp. 494-508.
- Botelho, T. M., & Leal, I. P. (2001). *Sobre a prematuridade*. In T. M. Botelho & I. P. Leal (Eds.), *Personalidade materna e prematuridade* (pp. 67-99). Lisboa: Edições SNR.
- Canavarro, M. (Eds.) (2006). *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. Quarteto.
- Carlton, M., & Winsler, A. (1999). *School readiness: The need for a paradigm shift*. *School Psychology Review*, 28(3), 338-352.
- Casey, P.H., Whiteside-Mansell, L., Barrett, K., Bradley, R.H., & Gargus, R. (2006). *Impact of prenatal and/or postnatal growth problems in low birth weight preterm infants on school-age outcomes: An 8-year longitudinal evaluation*. *Pediatrics*, 118, 1078-1086.
- Cherkes-Julkowski, M. (1998). *Learning disability, attention-deficit disorder, and language impairment as outcomes of prematurity: a longitudinal descriptive study*. *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 31, pp. 294-306.
- Colvin, M., McGuire, W., & Fowlie, P. (2004). *ABC of preterm birth: Neurodevelopment outcomes after preterm birth*. *British Medical Journal*, 329(11), 1390-1393.
- D'Avila-Bacarji, K., Marturano, E., & Elias, L. (2005). *Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre*. *Paidéia*, 15(30), 43-55.
- Dockett, S., & Perry, B. (2009). *Readiness for school: A relational construct*. *Australasian Journal of Early Childhood*, 34(1), 20-26.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Eurydice – *Network on education systems and policies in Europe* [Em linha]. Disponível em: http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/index_en.php [Consultado em 08/12/2011].
- Feldman, R. & Eidelman, A. (2007). *Maternal postpartum behaviour and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone*. *Developmental Psychobiology*. DOI 10.1002/dev.
- Gallahue, D.L., & Ozmun, J.C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos* (3ª ed.). São Paulo: Phorte Editora.

- Goldenberg, R.L., Culane, J.F., Iams, J.D., & Romer, R. (2008). *Epidemiology and causes of preterm birth*. *The Lancet*, 371, 75-84.
- Gonçalves, O. (1993). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento. Cap. I.
- Hack, M., Taylor, G., Klein, N., Eiben, R., Schatschneider, C., & Mercuri-Minich, N. (1994). *School-age outcomes in children with birth weights under 750 g*. *The New England Journal of Medicine*, 331(12), 753-759.
- Holm, A., & Crosbie, S. (2010). *Literacy skills of children born preterm*. *Australian Journal of Learning Difficulties*, 15(1), 51-69. doi: 10.1080/19404150903524549.
- INE (2013). *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jotzo, M. & Poets, C. (2005). *Helping parents cope with trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention*. *Pediatrics*, Vol.115, pp. 915-919.
- Khodapanahandeh, F., Khosravi, N., & Larijani, T. (2008). *Risk factors for intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants in Tehran, Iran*. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 50(3), 247-252.
- Kirkegaard, I., Obel, C., Hedegaard, M., & Henriksen, T. (2006). *Gestational age and birth weight in relation to school performance of 10-year-old children: A follow-up study of children born after 32 completed weeks*. *Pediatrics*, 118(4), 1600-1606. doi: 10.1542/peds.2005-2700.
- Laucht, M., Esser, G., & Schimidt, M. (2002). *Vulnerability and resilience in the development of children at risk: The role of early mother-child interaction*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(1), 20-27.
- Lewit, E. M., & Baker, L. S. (1995). *School readiness. Critical Issues for Children and Youths*, 5(2), 128-139.
- Linder, N., Haskin, O., Levit, O., Klingler, G., Prince, T., Naor, N., Turner, P., Karmazyn, B., & Sirota, L. (2003). *Risk factors for intraventricular hemorrhage in very low birth weight premature infants: A retrospective case-control study*. *Pediatrics*, 111(5), e590-e595.
- Linhares, M., Carvalho, A., Machado, C., & Martinez, F. (2003). *Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida*. *Paidéia*, 13(25), 59-72.

- Macedo, I. J. (2010). *Caracterização de uma coorte de recém-nascidos de extremo baixo peso ao atingir a idade escolar (6 anos)*. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- MCGauhey, P., Starfield, B., Alexander, C., & Ensminger, M. (1991). Social environment and vulnerability of low birth weight children: A social-epidemiological perspective. *Pediatrics*, 88(5), 943-953.
- Machado, M., Costa, A., Saldanha, J., Abreu, R., Fraga, G., Pinto, F., Matos, A., Neto, M., Serelha, M., Henriques, G., Rocha, G., Silva, G., Virella, D., Duarte, L., Nunes, A., Faria, C., Guimarães, H., Vasconcellos, G., Clemente, F., & Martins, A. (2002). *Neonatal period – morbidity and interventions*. In J. Peixoto, H. Guimarães, M. Machado, V. Martins, G.
- Marlow, N. (2004). *Neurocognitive outcome after very preterm birth*. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal*, 89(3), F224-F228.
- Martinet, S. (2008). *A prematuridade*. In F. Bayle & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi.
- Mimoso, M. Neto, T. Tomé & D. Virella (Eds.), *VLBW infants in Portugal: national multicenter study 1996-2000* (pp. 71-97). Coimbra: Fundação Bial.
- Moreira, S. (2006). *As actividades lúdico-desportivas nas práticas de lazer em crianças do 1º ciclo*. Dissertação de Mestrado em Estudos da Criança não publicada, Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Morgado, M. R. (1998). *Adaptação ao Ensino Básico: Valor de prognóstico de avaliações pré-escolares*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento (na Área de Intervenção Precoce não publicada), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Moutquin, J.M. (2003). *Classification and heterogeneity of preterm birth*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 30-33.
- Murphy, D.J. (2007). *Epidemiology and environmental factors in preterm labour*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 773-789.
- Noble, K.G., Fifer, W.P., Rauh, V.A., Nomura, Y., & Andrews, H.F. (2012). *Academic achievement varies with gestational age among children born at term* [Abstract].

- Pediatrics,2011-2057. Acedido a 4 de julho de 2012 em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/06/27/peds.2011-2157.abstract>.
- Nowicki, P. (1994). *Neonatal problems: medical issues*. The sourcebook of pediatric psychology, 11-16.
- Oliveira, E. (2006). *Criança e computador: Interação que impulsiona o desenvolvimento e a aprendizagem*. Revista Colabora, 3(11), 1-10.
- Palangana, I. C. (2001). *Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky: A relevância do social*. São Paulo: Summus Editorial.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Piaget, J. (1973). *Biologia e conhecimento: Ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pinto, I. M. (1986). *Formas de avaliação e intervenção precoce: Uma introdução ao estudo das crianças em risco educacional*. Estudo subsidiado pelo INIC e apresentado às provas de aptidão científica e capacidade pedagógica, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Pinto, M., Silva, C., Munari, M., Almeida, C., & Resende, T. (2008). *Intervenção motora precoce em neonatos prematuros*. Revista da Graduação, 1(2), 1-10.
- Saigal, S., Hoult, L., Streiner, D., Stoskopf, B., & Rosenbaum, P. (2000). *School difficulties at adolescence in a regional cohort of children who were extremely low birth weight*. *Pediatrics*, 105(2), 325-331.
- Sykes, D., Hoy, E., Bill, J., McClure, B., Halliday, H., & Reid, M. (1997). *Behavioural adjustment in school of very low birthweight children*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 315-325.
- Rapoport, A. (2003). *Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: Apoio social e ingresso na creche*. Dissertação de Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Rapoport, A., Sarmiento, D., Nornberg, M., & Pacheco, S. (2008). *Adaptação de crianças ao primeiro ano do Ensino Fundamental*. *Educação*, 31(3), 268-273.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Staton, C., Lawn, J.E., Rahman, R., Wilczynska-Ketende, K., & Hill, K. (2006). *Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries*. *Lancet*, 36, 1487-1494.
- Silveira, R. C., & Procianoy, R. S. (2005). *Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso*. *Jornal de Pediatria*, 81(1), S23-S32. doi: 0021-7557/05/81-01-Supl/S23.
- Thompson, B. (1975). *Adjustment to school*. *Educational Research*, 17(2), 128.
- Thorburn, R., Lipscomb, A., Stewart, A., Reynolds, E., & Hope P. (1982). *Timing and antecedents of periventricular haemorrhage and of cerebral atrophy in very preterm infants*. *Early Human Development*, 7(3), 221–238. doi: 10.1016/0378-3782(82)90085.
- Veiga, E. (2005). *Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: O caso da prematuridade*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- WHO (2001). *Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe* [Em linha]. Disponível em: <http://test.cp.euro.who.int/document/e68459.pdf> [Consultado em 14/04/2011].

VI. ANEXOS

Anexo 1. Escala de Graffar Adaptada;

Escala de Graffar Adaptada²

Nota: Seleccione em cada uma das colunas o grau correspondente à situação em análise e registe-o no local respectivo do quadro 4.3.. O total dos pontos é obtido pelo somatório dos graus registados.

Profissão	Graus	Instrução	Graus	Origem do Rendimento Familiar	Graus	Tipo de Habitação	Graus
Grandes empresários; Gestores de topo do sector público e privado (> de 500 empregados); Professores universitários; Brigadeiro, general, marechal; Profissões liberais (curso superior); Altos dirigentes políticos.	1	Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.	1	Lucros de empresas, de propriedades; Heranças.	1	Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com máximo de conforto.	1
Médios empresários; Dirigentes de empresas (≤ de 500 empregados); Agricultores e proprietários; Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado; Oficiais das forças armadas; Professores do ensino básico e secundário.	2	Bacharelato.	2	Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional);	2	Casa e andar bastante espaçoso e confortável.	2
Pequenos empresários (≤ de 50 empregados); Quadros médios; Médios agricultores; Sargentos e equiparados.	3	12.º ano; Nove ou mais anos de escolaridade.	3	Vencimentos certos.	3	Casa ou andar modesto em bom estado de conservação.	3
Pequenos agricultores e rendeiros; Técnicos Administrativos; Operários semi-qualificados; Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizadas.	4	Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos.	4	Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional; Pensionistas ou reformados; Vencimentos incertos.	4	Casa ou andar degradado.	4
Assalariados agrícolas; Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	5	Escolaridade < 4 anos; Analfabetos.	5	Assistência (subsídios).	5	Improprio (barraca, andar ou outro); Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	5

² Fonte: Amaro, Fausto (1990). *Escala de Graffar Adaptada*. In: Costa, Ana M^ª Bénard et al. (1996). *Currículos Funcionais*. Lisboa: IIE, Vol. II (Adaptada pela DSEEASE, 2006)

Anexo 2. Questionário de Avaliação e Adaptação à Escola

Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola
1º Ano/ 1ª fase do ensino básico
(versão adaptada de Infant Scale – level 2; G.A. Lindsay)²

Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Data de Avaliação: _____

Escola: _____

Localidade: _____

Tipo de Escola: _____

Obrigado pela sua colaboração.

Agradecemos que para preenchimento deste questionário, coloque um (x) na afirmação que melhor se adapta às características do(a) seu/sua aluno(a).

² Versão traduzida e adaptada por Isabel Macedo Pinto e Rosário Bello Morgado

Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola – 1º ano/ 1ª Fase do ensino básico (versão adaptada de Infant Rating Scale – level 2; G. A. Lindsay)

I-Linguagem Expressiva

A Articulação

5	Articulação excelente; dá erros muito raramente	□
4	Articulação boa; erros ocasionais	□
3	Satisfatória	□
2	Muitas palavras mal pronunciadas	□
1	Muito pobre; difícil de entender; acentuado problema da fala	□

B Vocabulário

5	Excelente vocabulário; utiliza palavras precisas para exprimir pensamentos; usa palavras abstratas com facilidade	□
4	Usa muitas palavras e frases descritivas	□
3	Satisfatório	□
2	Vocabulário limitado; só raramente utiliza palavras descritivas precisas, substantivos e adjetivos simples, as descrições tendem a ser vagas devido à falta de vocabulário	□
1	Vocabulário muito reduzido; limitado principalmente a palavras simples	□

C Construção de Frases

5	Utiliza quase sempre frases gramaticalmente corretas; utiliza as categorias da fala corretamente, as frases podem ter outras subordinadas	□
4	Poucos erros gramaticais; usa frases longas com subordinadas	□
3	Satisfatória	□
2	Utiliza frases incompletas; as realizações mais longas são geralmente compostas de pequenas afirmações unidas por conjunções (ex: "... e eu fui embora e fiz um jogo e depois...)	□
1	Utiliza muitas vezes frases incompletas com muitos erros gramaticais	□

2

D Expressão

- 5 Capacidade excelente para recontar e relacionar ideias de forma lógica; as histórias revelam imaginação bem desenvolvida e riqueza de pensamento
- 4 Boa capacidade para relembrar histórias; utiliza sequências lógicas para relatar fatos
- 3 Satisfatória
- 2 Tem dificuldade em relatar uma história com sequência lógica, sem ajuda do professor
- 1 Histórias e notícias são recontadas pobremente e de forma confusa quanto à sequência dos acontecimentos; precisa de muita ajuda para produzir uma história compreensível

II- Linguagem Recetiva

A Compreensão de instruções

- 5 Consegue lembrar-se e seguir instruções muito bem; executa ordens extensas numa sequência correta
- 4 Capacidade acima da média para seguir instruções
- 3 Satisfatória
- 2 Segue instruções simples mas precisa muitas vezes de ajuda
- 1 Só segue 3 ou menos instruções simples; fica confuso com as instruções dadas na aula

B Compreensão de palavras

- 5 Excelente compreensão do vocabulário; compreende uma grande variedade de palavras abstratas e pouco comuns
- 4 Boa compreensão de palavras; mesmo as de significado mais difícil
- 3 Satisfatório
- 2 Não compreende muitas das palavras relacionadas com histórias ou atividades da aula
- 1 Nível de compreensão muito imaturo; desconhece muitas palavras, mesmo as mais

3

simples

--

C Memória de informação oral

- 5 Excelente memória; é capaz de relatar acontecimentos passados com muito pormenor e depois de um longo período de tempo (mais de um ano)
- 4 Memória acima da média para acontecimentos recentes e passados (mais de 6 meses)
- 3 Satisfatória
- 2 Memória abaixo da média; relembra ideias e procedimentos simples de semana para semana
- 1 Muito pobre; não se lembra das coisas de semana para semana

III- Requisitos Básicos

A Escrita – conteúdo

- 5 Altamente imaginativo; muito boa utilização de vocabulário e da construção de frases
- 4 Vocabulário, imaginação e construção de frases acima da média
- 3 Satisfatória
- 2 O trabalho escrito tende a ser limitado no conteúdo e na estrutura; falta de frases complexas por ausência de frases subordinadas
- 1 Conteúdo pobre e de reduzida extensão; tendência a usar um só verbo por frase ou muita utilização de "e"; estrutura de frase repetitiva

B Leitura

- 5 Capaz de ler pelo menos 2 anos acima do nível para a sua idade; ultrapassou a técnica básica da leitura, boa fluência, entoação e compreensão. Muito boa percepção da palavra
- 4 Lê acima do nível para sua idade; atingiu o esquema básico de leitura ou equivalente
- 3 Satisfatória
- 2 Abaixo do nível para a sua idade; capaz de ler palavras irregulares comuns (ex. flor,

4

três) e a maior parte das palavras monossilábicas foneticamente simples, embora precise de vocalizar a maior parte delas

- 1 Reconhece muito poucas palavras (menos de 30-40); num estágio inicial de aquisição do processo de leitura

C Número

- 5 Excelente domínio do conceito de número; capaz de adquirir rapidamente novos conceitos e processos; faz trabalho independente sem ajudas concretas (ex. soma com transporte, compreende a numeração até 100 e o tempo em minutos)

- 4 Bem desenvolvido para a idade (ex. manipula o dinheiro, pesa, mede, conhece intervalos de tempo de 15 minutos)

- 3 Progresso no conceito de números mas precisa de prática com materiais concretos (ex. soma sem transporte, manipula n^{os} até 20)

- 2 Falta de flexibilidade; necessário rever cada lição; precisa de materiais concretos para manipular n^{os} até 20

- 1 Não domina os conceitos de número até 10; conhece de forma inconsistente os n^{os} até 20; incapaz de trabalhar sem materiais concretos

IV- Motricidade Fina

A Coordenação Fina

- 5 Excelente manipulação de jogos de construção (ex. lego) e outros materiais

- 4 Controlo e coordenação acima da média

- 3 Satisfatório

- 2 Desajeitado em controlo e manipulação; algumas letras mal desenhadas; as linhas tendem a ser sinuosas

- 1 Coordenação e manipulação muito fracas; grandes dificuldades em manipular objetos pequenos; desajeitado em trabalhos de mãos; letras mal desenhadas, espaços irregulares

B Desenho

- 5 Muitos pormenores, muita imaginação e movimento; figura humana bem desenhada, membros proporcionados; relações espaciais com significado

- 4 Acima da média (ex. boa representação da figura humana); os desenhos representativos têm vários componentes

- 3 Satisfatório

- 2 Execução e imaginação de baixo nível

- 1 Falta de imaginação; uso limitado da cor nas pinturas abstratas, figura humana na fase do girino ou representada por bolas sem pormenores (ex. rosto, mãos)

V - Comportamento

A Temperamento

- 5 Muito bem-humorado, quase sempre calmo e feliz

- 4 Geralmente calmo e feliz

- 3 Satisfatório

- 2 Por vezes irritável ou amuado

- 1 Encoleriza-se frequentemente; chora muitas vezes; descontrola-se; fica deprimido; tem mudanças bruscas de humor

B Atitude face ao professor

- 5 Quase sempre desejoso de agradar e fazer bem

- 4 A maior parte das vezes é prestável e colaborador

- 3 Satisfatório

- 2 Pode não colaborar; por vezes é disruptivo

- 1 Recusa-se muitas vezes a colaborar; pode ser muito disruptivo

C Relacionamento com os colegas

- 5 Tem consideração e pensa nos outros
- 4 Normalmente delicado e com consideração
- 3 Satisfatório
- 2 Muitas vezes rude e indelicado com os outros
- 1 Despreza sempre ou quase sempre os sentimentos dos outros; muito rude e indelicado; muitas vezes agressivo com os colegas

D Concentração e capacidade de organização

- 5 Quase sempre concentrado na tarefa até ao fim; perfeitamente capaz de se organizar sozinho
- 4 Geralmente concentra-se bem numa tarefa se for escolhida por ele
- 3 Satisfatório
- 2 Concentração na tarefa limitada a 15 minutos; problemas de organização
- 1 Fraca concentração, menos de dez minutos na maioria das tarefas; tarefas geralmente inacabadas, muito desorganizado

E Interesse pela aprendizagem

- 5 Muito interessado em aprender; quase sempre interessado em tarefas de aprendizagem
- 4 Desejo de aprender acima da média
- 3 Satisfatório
- 2 Abaixo da média; tendência a evitar as situações de aprendizagem
- 1 Tenta evitar sempre ou quase sempre situações de aprendizagem; resistência à aprendizagem

F Atenção e distração

- 5 Excelente atenção as tarefas; trabalha bem e não se distrai com a atividade geral da aula
- 4 Atenção a tarefa acima da média; só se distrai ocasionalmente
- 3 Satisfatório
- 2 Abaixo da média; tendência a olhar à volta e distrair-se com os outros
- 1 Muito fraca capacidade de concentração numa tarefa; distrai-se com facilidade (ex. barulho ou movimento)

VI – Integração Social

A Participação nas atividades da classe

- 5 Muito disponível e à vontade para trabalhar com os outros quando a situação o requer
- 4 Gosta de trabalhar com os outros
- 3 Satisfatória
- 2 Prefere trabalhar sozinho a maior parte do tempo
- 1 Nunca ou raramente trabalha com os outros

B Aceitação pelos (por parte dos) colegas

- 5 Muito popular
- 4 Membro bem aceite no grupo de colegas
- 3 Satisfatória
- 2 Pouco integrado no grupo; os colegas tendem a evitá-lo
- 1 Os colegas não gostam dele e rejeitam-no

C Desejo de integração

- 5 Gosta muito da companhia dos outros
- 4 Sociável e tem muitos amigos
- 3 Satisfatório
- 2 Tendência a evitar as outras crianças
- 1 Muito solitário; raramente brinca com outras crianças por sua livre vontade

VII – Desenvolvimento Geral

A Motricidade global

- 5 Capacidade excelente; aprende rapidamente os jogos e é bom no seu desempenho
- 4 Capacidade acima da média nos jogos e educação física
- 3 Satisfatório
- 2 Abaixo da média; tendência para ser desajeitado
- 1 Coordenação muito fraca; desajeitado; cai muitas vezes; vai contra os objetos

B Respostas a situações novas

- 5 Excelente adaptação a situações novas; revela iniciativa e independência
- 4 Adapta-se facilmente e com autoconfiança
- 3 Satisfatória
- 2 Tem dificuldades em adaptar-se a situações novas
- 1 Acha as situações novas confusas; fica excitável, com falta de autocontrolo ou muito isolado

C Grau de preocupação que o caso inspira

- 5 Desenvolvimento global excelente; não há razões para preocupação
- 4 Desenvolvimento geral muito bom
- 3 Satisfatório
- 2 Sente alguma preocupação com o desenvolvimento geral; abaixo da média
- 1 Sente grande preocupação com o desenvolvimento geral; desenvolvimento geral lento

Informação Adicional

- | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 Audição | Parece-lhe que a criança ouve bem? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2 Visão | A criança tem problemas de visão? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3 Saúde | A criança tem algum problema de saúde conhecido ou relevante? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4 Assiduidade | É preocupante? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5 Linguagem | A língua falada em casa é outra que não a portuguesa? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

Anexo 3. Consentimento Informado



Pedido de Colaboração no estudo Consentimento Informado

No âmbito do acompanhamento que está a ser realizado na Consulta de Pré Termo do Centro Hospitalar do Alto Ave, em colaboração com a Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, designadamente nas avaliações do desenvolvimento dos Recém-nascidos de Muito Baixo Peso e de Extremo Baixo peso, gostaríamos de obter informação sobre a Adaptação Escolar das crianças que iniciaram a escolaridade obrigatória no ano letivo 2013/2014.

Para a realização deste estudo, é necessário que o(a) professor(a) da criança preencha um questionário denominado Questionário de Avaliação da Adaptação à Escola.

Assim gostaríamos de obter autorização dos pais ou encarregado de educação (EC) para enviar aos respetivos professores o questionário já referido, garantindo a confidencialidade dos dados obtidos, comprometendo-nos a comunicá-los aos pais.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento contacte a Professora Doutora A.I. (111111@porto.ucp.pt ou 22 111 11 11-ext. 134) ou os elementos da equipa médica (Dra A. C., Dra A.F. ou Dra C.D.).

Porto, 31 de Março de 2014

(recorte)-----

Eu _____
Declaro que tomei conhecimento do estudo “Caracterização da adaptação escolar de crianças nascidas prematuramente (RNMBP e RNEBP) que iniciaram a escolaridade obrigatória” e dos seus objetivos, concordando que o professor do meu filho forneça essa informação, ficando salvaguardada a privacidade e confidencialidade de todos os envolvidos.

O pai/mãe ou encarregado de educação

_____ Data: _____