

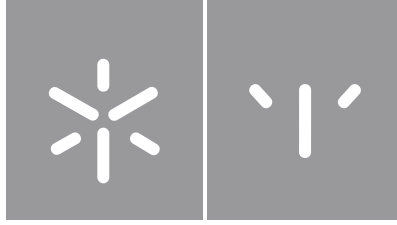


**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Catarina Ticiano Lima Magalhães

**Superproteção parental e problemas  
emocionais e de comportamento em  
crianças nascidas prematuras**





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Catarina Ticiano Lima Magalhães

**Superproteção parental e problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Joana Baptista**

## DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório UM da Universidade do Minho.

### *Licença concedida aos utilizadores deste trabalho*



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

À Professora Doutora Joana Baptista por me ter recebido de braços abertos na Unidade de Investigação, e desde então se constituir como uma figura de referência. À Professora Doutora Isabel Soares e à Professora Ana Mesquita por todo o apoio na realização desta tese. Queria também agradecer toda a disponibilidade e companheirismo aos restantes integrantes da equipa. Em particular à Carolina Toscano e às minhas colegas de mestrado (Cátia, Maria, Sofia e Cristina).

Aos amigos que a universidade me trouxe, muito obrigado por terem tornado estes cinco anos inesquecíveis. Particularmente, à Adriana, à Mabi, à Sara, à Daniela, à Juliana, à Ana Luisa, ao Zé e à Moreira por serem pessoas incríveis e por me mostrarem que a felicidade está na partilha!

Um obrigado ainda mais especial à Arriscado, por me incentivar a arriscar e por me mostrar que nós podemos ser muitas coisas diferentes na vida.

Ao Fábio obrigado por ter sido o meu pilar durante estes cinco anos e por ser um amor que levo comigo para a vida.

Aos meus pais, por acreditarem em mim. Aos meus irmãos por serem uma inspiração. Às minhas avós por todo o orgulho que sempre demonstraram.

À Rita, à Cristiana, à Ana e à Joana, obrigado por todos estes anos de amizade!

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

*Esterina Tírcira Lima Magalhães*

Superproteção parental e problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras

### Resumo

O presente estudo visou analisar o impacto dos comportamentos parentais de superproteção e da adversidade psicossocial familiar, e da sua interação, nos problemas emocionais e de comportamento em crianças em idade pré-escolar nascidas prematuramente. A amostra foi composta por 67 díades mãe-criança e 41 díades pai-criança. As crianças tinham entre os 40 e 46 meses de idade. Para a avaliação dos problemas emocionais e de comportamento foi administrado o *Questionário de Capacidades e de Dificuldades* às mães e pais. Os comportamentos maternos e paternos de superproteção foram avaliados através do *Parental Overprotection Coding System*, no âmbito de uma interação estruturada mãe-criança e pai-criança. Foi, ainda, construído um compósito de adversidade psicossocial familiar, recorrendo ao relato parental. O funcionamento cognitivo da criança e a presença de riscos médicos neonatais foram igualmente avaliados. De acordo com os resultados, os comportamentos parentais de superproteção e a adversidades psicossocial familiar, e a sua interação, não surgiram como preditores significativos de problemas emocionais e de comportamento. Constatou-se, porém, que o funcionamento cognitivo da criança e os riscos neonatais emergiram como preditores significativos dos problemas emocionais e de comportamento, mas apenas de acordo com o relato paterno.

*Palavras-Chave:* adversidade psicossocial familiar, prematuridade, problemas emocionais e de comportamento, superproteção parental.

**Abstract**

The present study aimed to analyze the impact of parental behaviors of overprotection and family psychosocial adversity and their interaction on emotional and behavioral problems in pre-school children born prematurely. The sample consisted of 67 mother-child dyads and 41 father-child dyads. The children were between 40 and 46 months of age. For the evaluation of emotional and behavioral problems, the Questionnaire of Capacities and Difficulties was administered to the mother and the fathers. The maternal and paternal behaviors of overprotection were evaluated through the Parental Overprotection Coding System, within the framework of a structured interaction mother-child and father-child. It was also constructed a composite of family psychosocial adversity, using the parental account. The cognitive functioning of the child and the presence of neonatal medical risks were also evaluated. According to the results, parental behaviors of overprotection and family psychosocial adversities, and the interaction between the two variables, did not emerge as significant predictors of emotional and behavioral problems. It was found, however, that the child's cognitive functioning and neonatal risks emerged as significant predictors of emotional and behavioral problems, but only according to the paternal account.

*Keywords:* behavior, emotional and behavioral problems, family psychosocial adversity, parental overprotection, prematurity.



## Índice

PARTE I: Estudo Teórico Empírico.....	8
Problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras.....	8
Fatores de risco médico e neonatais.....	10
a. Riscos neonatais.....	10
Fatores de risco ambiental .....	10
a. Superproteção parental.....	10
b. Adversidade psicossocial familiar.....	12
PARTE II: Estudo Empírico.....	13
Objetivos e hipóteses.....	13
Método.....	14
Participantes.....	14
Medidas.....	16
Procedimentos.....	18
Análise de dados.....	19
Resultados.....	20
Discussão.....	24
Referências.....	28
Anexos .....	33

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra.....	15
Tabela 2. Estatística descritiva: Relato materno e paterno.....	21
Tabela 3. Associações entre o Total de Dificuldades (Relato Materno) e Restantes Variáveis.....	22
Tabela 4. Associações entre o Total de Dificuldades (Relato Paterno) e Restantes Variáveis.....	22
Tabela 5. Predição do Total de Dificuldades: Relato Materno e Paterno.....	23

### PARTE I: Enquadramento Teórico e Empírico

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), cerca de 15 milhões de bebés nascem anualmente a pré-termo, sendo que aproximadamente 1 milhão destas crianças morre todos os anos devido a complicações relacionadas com o parto prematuro. Em Portugal, o número de nascimentos prematuros corresponde a 8.1% do número total de nascimentos (Instituto Nacional de Estatística, 2018). Entenda-se por nascimento prematuro, o parto que ocorre antes da 37ª semana de gestação. Este pode ser classificado segundo a idade gestacional do bebé em: i) extremamente prematuros (< de 28 semanas); ii) muito prematuros (28 - 32 semanas); iii) moderados a tardios (32-37 semanas), e segundo o seu peso ao nascer em: i) extremamente baixo peso (1000g); ii) muito baixo peso (< 1500g); e iii) e baixo peso (≤ 2500g) (World Health Organization, 2017). O parto prematuro pode ocorrer no seguimento de três percursos obstétricos, designadamente: i) o parto induzido por indicações maternas ou fetais, podendo este ser induzido ou realizado através de uma operação cirúrgica; ii) o trabalho de parto espontâneo com membranas intactas; iii) a rutura prematura das membranas (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008).

O nascimento prematuro é frequentemente reconhecido como um problema de saúde pública, constituindo-se como um dos principais fatores de risco para a mortalidade ou morbilidade neonatal (Lawn, Gravett, Nunes, Rubens, & Stanton, 2010). No entanto, devido à contínua evolução e melhoria dos cuidados perinatais, o número de bebés que nasce prematuramente e que consegue sobreviver tem aumentado (Arpi & Ferrari, 2013). Contudo, estas crianças apresentam um maior risco de comprometimento neurodesenvolvimental (Saigal & Doyle, 2008).

#### **Problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras**

Segundo Johnson (2007), crianças a pré-termo têm um risco acrescido de desenvolverem problemas de comportamento quando comparadas com crianças a termo. Potjik, de Winter, Bos, Kerstjens e Reijneveld (2012) realizaram um estudo comparativo com crianças nascidas a termo e crianças nascidas prematuramente, evidenciando que crianças nascidas prematuramente manifestam vários problemas de cariz comportamental e emocional ainda durante o período pré-escolar.

Problemas emocionais e de comportamento são caracterizados por padrões sintomáticos que refletem um vasto espectro de dificuldades comportamentais, podendo ser categorizados em problemas de internalização e externalização de acordo com as características dos seus sintomas. Comportamentos de externalização manifestam-se de forma comportamental, ocorrendo por meio de atos motores. Estes

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

problemas são mais direcionados à relação com os outros, como é exemplo, as dificuldades em controlar os impulsos, a hiperatividade, a agressividade, os problemas interativos, entre outros (Achenbach, 1991). Estudos anteriores demonstraram que os problemas de externalização atingem, frequentemente, o seu pico durante o período pré-escolar (Costa, 2014). Por sua vez, os problemas de internalização são percebidos de uma forma mais subjetiva e, por isso, mais direcionados ao próprio. Tendem a apresentar-se na forma de sintomatologia ansiosa e comportamentos inibidos, como é exemplo a depressão, ansiedade, queixas somáticas, entre outros (Achenbach, 1991).

Numa meta-análise de 14 estudos que incluiu crianças prematuras avaliadas entre os 3 e os 5 anos de idade, os problemas com maior prevalência foram a hiperatividade, o comportamento desatento, os sintomas somáticos, a ansiedade/depressão e as dificuldades relacionais (Arpi & Ferrari, 2013). Contrariamente, Potijk e colaboradores (2012) encontraram uma maior prevalência de problemas de externalização em crianças nascidas moderadamente prematuras quando avaliadas no período pré-escolar.

Estudos mostram que estes os problemas acima mencionados tendem a co-ocorrer com dificuldades nos domínios cognitivo, motor, neurológico e linguístico (Arpi & Ferrari, 2013), e que a presença de problemas de emocionais e de comportamento em idade pré-escolar são fatores de risco preditivos para a emergência de problemas de desajustamento e de dificuldades de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo vital (Dessen & Bráz, 2005). Arpi e Ferrari (2013) evidenciam no seu estudo que a existência de problemas de comportamentos em crianças prematuras durante a infância e o período pré-escolar, potencia o desenvolvimento de problemas de comportamento e desordens psiquiátricas em idades mais tardias.

O foco deste estudo recai sobre o período pré-escolar que representa uma fase fundamental para a aquisição de competências de controlo emocional e comportamental, uma vez que é previsível que seja a partir da mesma que as crianças se tornem progressivamente mais competentes no respeito pelas regras e na utilização de estratégias cada vez mais autónomas para planear as suas ações e guiar o seu comportamento (Costa, 2014; Grolnick, McMenemy, & Kurowski, 2006). Para Kopp (1989) este é um período fundamental para o desenvolvimento da regulação emocional, evoluindo a partir daqui a capacidade da criança para fornecer uma resposta adequada ao meio através do desenvolvimento da sua capacidade de sintonizar as suas cognições, comportamentos e emoções.

Crianças prematuras estão, portanto, em particular risco de desenvolver problemas comportamentais e emocionais, sendo que na sua generalidade estes problemas estão frequentemente associados a fatores de risco biológicos e ambientais.

### **Fatores de risco médico e neonatais**

#### **a. Riscos neonatais**

Considerando primeiramente os fatores de risco biológicos, têm sido explorados fatores de risco neonatais associados a problemas emocionais e comportamentais. A idade gestacional, o menor peso ao nascer e as complicações médicas e neonatais aparentam ser variáveis que influenciam o aparecimento de problemas emocionais e do comportamento. Assim, um maior número de riscos e adversidade neonatal parecem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de problemas em crianças nascidas prematuras (Nadeu, Tessier, Boivin, Lefebvre, & Robaey, 2003). Outros autores, como Cassissiano, Gasparido e Linhares (2016) vieram demonstrar o impacto de outros fatores de risco neonatal na emergência de problemas emocionais e de comportamento em idade pré-escolar, nomeadamente a septicemia e anomalias cerebrais, para além do peso ao nascimento.

### **Fatores de risco ambiental**

#### **a. Superproteção parental**

Por sua vez, os fatores ambientais associados ao desenvolvimento de problemas emocionais e de comportamento em crianças prematuras têm sido menos explorados. No entanto, a literatura existente tem vindo a demonstrar que a interação mãe-criança, em contexto de prematuridade, é descrita como mais intrusiva e menos sincrónica (Feldman, 2007).

A prematuridade apresenta-se como um desafio significativo para as crianças, assim como para a sua família, afetando tanto os comportamentos das crianças como os dos seus progenitores (Gray, Indurkha, & McCormick, 2004). O parto prematuro pode, então, ser um fator de risco para a qualidade da relação mãe-criança, existindo estudos que vieram demonstrar que esta interação é menos sincrónica, quando comparada com as das crianças nascidas a termo. Mães de crianças prematuras tendem a ser caracterizadas por comportamentos de menor sensibilidade, maior intrusão e maiores níveis de controlo e inibição dos comportamentos dos seus filhos (Korja, Latva, & Lehtonen, 2012). Mães de crianças prematuras parecem percecionar os seus filhos como mais vulneráveis, quando comparadas com mães de crianças nascidas a termo, podendo esta perceção de vulnerabilidade levar ao surgimento de comportamentos de proteção, o que, por sua vez, podem estar associados ao tardio desenvolvimento destas crianças e ao surgimento de problemas de comportamento (Allen, Manuel, Naughton, Privor, & O'Shea, 2010 cit. por Samra, Mcgrath, & Wey, 2004). Neste âmbito, importa perceber que os comportamentos de proteção dos pais podem ser uma resposta adaptativa ao contexto. Contudo, é

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

necessário ter em conta que há um amplo espectro de comportamentos de proteção utilizados pelos pais, que podem variar desde a negligência até à superproteção (Thomasgard, Metz, Edelbrock, & Shonkoff, 1995). Crianças prematuras parecem estar em maior risco de experienciarem pais com comportamentos de superproteção (Feldman, 2007).

O conceito de superproteção foi primeiramente descrito por Levy (1931) num estudo com cerca de 20 crianças que se encontravam a receber tratamento numa clínica de orientação, no qual a superproteção foi descrita tendo em conta quatro características essenciais: a) o contacto físico ou social excessivo; b) infantilização prolongada; c) prevenção ativa do comportamento independente e maturidade social; d) e um excesso de controlo parental. Estudos com crianças de termo mostram que estes comportamentos parentais de superproteção parecem resultar quer em dificuldades na expressão afetiva e no desenvolvimento de autonomia da criança, quer em dificuldades nos relacionamentos interpessoais, potenciando o desenvolvimento de vários problemas ao nível comportamental (Morsch & Abreu, 2008 cit. por Silveira & Eunumo, 2012).

Não obstante, ainda existe um reduzido número de estudos que vislumbram este domínio, particularmente o impacto destes comportamentos no funcionamento emocional e comportamental destas crianças no período pré-escolar, apesar de toda a literatura que refere este período desenvolvimental como fundamental e no qual a criança se depara com vários desafios desenvolvimentais.

Também o papel paterno parece ter sido negligenciado até então, verificando-se atualmente um interesse crescente na qualidade nos cuidados paternos. De acordo com Sethna e colaboradores (2017), os pais são fundamentais para o bem-estar da criança, pelo que interações parentais positivas destes com os seus filhos podem facilitar a curiosidade e a capacidade da criança dominar novas habilidades quando ainda jovem. A qualidade da relação pai-criança pode assim ser um contributo essencial para o desenvolvimento da regulação comportamental das crianças (St. George, Fletcher, & Palazzi, 2017). No contexto da prematuridade existe apenas um pequeno conjunto de estudos que escrutina a paternidade, revelando que as interações iniciais pai-bebé parecem ser caracterizadas por menos sincronia e momentos de atenção partilhada em comparação com bebés de termo (Feldman & Eidelman, 2007).

Este estudo procura dar resposta às limitações enumeradas anteriormente, focando-se por esse motivo, nos comportamentos de superproteção maternos e paternos e nos possíveis problemas emocionais e comportamentais que estas crianças podem expressar durante o período pré-escolar.

### **b. Adversidade psicossocial familiar**

Evidências sugerem a existência de um outro fator ambiental que necessita de ser explorado, por parecer estar associado aos problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuramente. A investigação sugere que crianças expostas a ambiente psicossocial familiar desfavorável tendem a mostrar um desempenho significativamente pior do que crianças expostas a um ambiente familiar mais favorável (Esser, Launcht, & Schimdt, 1997). Weitzman, Edmonds, Davagnino e Briggs-Gowan (2014) demonstraram que quando o número de riscos psicossociais aumenta, aumentam também os problemas socioemocionais e de comportamento evidenciados pelas crianças. Estudos desenvolvidos com crianças prematuras, mostram igualmente que quando estas são expostas a maiores níveis de adversidade psicossocial familiar, como é exemplo a escassez de recursos (i.e., financeiros, educacionais, emocionais e sociais), pode verificar-se um aumento da probabilidade de desenvolverem diversos problemas de comportamento que perduram ao longo da vida (Potjik et al, 2012).

Por sua vez, um estudo com crianças prematuras veio evidenciar que os problemas conjugais, a maternidade/paternidade precoce e a habitação superlotada constituem-se como fatores de risco psicossocial que podem conduzir a problemas de comportamento na criança (Gray et al., 2004). Outros autores referem a pobreza como um fator de risco para o surgimento de problemas comportamentais e socioemocionais (Qi, Kraiser, Milan, Yzquierdo, & Hancock, 2003). Num outro estudo, os autores referem ainda os baixos recursos económicos, a menor escolaridade materna e a depressão, como fatores contextuais que podem explicar o surgimento de problemas (Silk, Shaw, Skuban, Oland, & Kovacs, 2006). Esser e colaboradores (1997) definem o baixo nível de educação parental, a parentalidade precoce e as perturbações parentais como preditores significativos para posteriores distúrbios no desenvolvimento dos seus filhos.

Um corpo de literatura considerável sugere que configurações familiares adversas tendem a levar a maiores complicações na gravidez e no parto (Escalona, 1982), enaltecendo que a maior exposição destas famílias a fatores de risco pode levar a dificuldades acrescidas durante o período gestacional, e, por conseguinte, a parto prematuro (Rauchfuss & Maier, 2011).

Famílias de crianças prematuras parecem, desta forma, evidenciar maior fragilidade psicossocial familiar. No entanto, o grau em que estes fatores risco explicam a variação no desenvolvimento das crianças prematuras ainda não é claro, tornando-se fundamental conhecer melhor o impacto destes riscos nos problemas emocionais e de comportamentos destas crianças.

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Para além da necessidade de melhor entender o impacto individual da superproteção parental e da adversidade psicossocial familiar, permanece igualmente por explorar o efeito da sua interação nos problemas emocionais e de comportamento das crianças nascidas prematuramente.

De forma consistente com a psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti e Cohen, 1995), vários estudos demonstram que o acumular de adversidades está associado a uma maior prevalência de problemas socioemocionais e do comportamento e défices desenvolvimentais na infância (Rutter, 1979). Quando vários fatores de risco se acumulam, estes podem impedir trajetórias de desenvolvimento adaptativas e a aquisição de determinadas competências (Appleyard, Egeland, van Dulmen, & Sroufe, 2005). Este estudo considera, assim, que a exposição simultânea a comportamentos parentais de superproteção e a adversidade psicossocial familiar pode conduzir a níveis particularmente elevados de problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras.

### PARTE II: Estudo Empírico

#### Objetivos e Hipóteses

O objetivo geral deste estudo é analisar se a superproteção parental e a adversidade psicossocial familiar, e a sua interação, influenciam a presença de problemas emocionais e de comportamento em crianças em idade pré-escolar que nasceram prematuramente, controlando o putativo efeito do Q.I. da criança e dos riscos neonatais.

Como objetivos específicos procura-se: i) descrever a presença de problemas emocionais e de comportamento em crianças prematuras; ii) examinar a associação entre comportamentos parentais de superproteção e problemas emocionais e de comportamento; iii) examinar a associação entre a adversidade psicossocial familiar e os problemas emocionais e de comportamento; iv) e analisar o impacto dos comportamentos parentais de superproteção e da adversidade psicossocial familiar, e da sua interação, no funcionamento emocional e comportamental destas crianças.

No presente estudo enunciam-se as seguintes hipóteses: H1) espera-se que crianças nascidas prematuras apresentem percentagens elevadas de problemas emocionais e de comportamento em idade pré-escolar; H2) espera-se que a presença de mais comportamentos maternos e paternos de superproteção esteja associada a mais problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuramente em idade pré-escolar; H3) espera-se que a presença de maior adversidade psicossocial familiar esteja associada a mais problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuramente em idade pré-escolar; H4) espera-se que a exposição simultânea a mais

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

comportamentos parentais de superproteção e de adversidade psicossocial familiar explique níveis particularmente elevados de dificuldades emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuramente em idade pré-escolar.

### Método

#### Participantes

Foram avaliadas 67 crianças nascidas prematuras (com 3 ½ anos de idade), e os seus respetivos pais.

**Crianças.** Das 67 crianças do estudo, 42 (62.7%) eram do sexo masculino e 25 (37.3%) do sexo feminino. Relativamente à idade cronológica da criança, esta variou entre os 40 e 46 meses ( $M = 42.46$ ,  $DP = 1.19$ ). No que concerne à idade gestacional esta variou entre as 27 e as 36 semanas de gestação ( $M = 32.60$ ,  $DP = 2.85$ ), e o peso ao nascimento entre os 829 gramas e os 3190 gramas ( $M = 1854.72$ ,  $DP = 590.76$ ). Importa referir que 16 (23.9%) crianças da amostra eram gémeos.

**Mães.** Participaram no estudo 67 mães. A idade das mesmas variou entre os 25 e 50 anos de idade ( $M = 36.73$ ,  $DP = 4.79$ ). No que respeita à escolaridade, a maioria das mães reportou ter o Ensino Superior (51.5%,  $n = 34$ ), 21.3% ( $n = 14$ ) tinham o Ensino Secundário, 13.6% ( $n = 9$ ) tinham o 3º Ciclo e 13.6% ( $n = 9$ ) tinham o 2º Ciclo concluído. Relativamente ao estatuto profissional, a generalidade das mães encontrava-se empregada (92.3%,  $n = 60$ ). No que se refere ao estado civil, 58.2% ( $n = 39$ ) das mães estavam casadas, 25.4% ( $n = 17$ ) encontravam-se em união de facto, 10.4% ( $n = 7$ ) estavam solteiras e as restantes encontravam-se divorciadas ou em processo de divórcio (6%;  $n = 4$ ). Por fim, a maioria das mães tinha um (47.8%,  $n = 32$ ) ou dois filhos (41.8%,  $n = 28$ ). Sete mães relataram ter três ou mais filhos (10.4%) no momento da avaliação.

**Pais.** Participaram no estudo 41 pais. No que concerne aos pais, a idade variou entre os 29 e os 46 anos ( $M = 37.95$ ,  $DP = 4.31$ ). No que respeita à escolaridade, a maioria dos pais reportou ter o Ensino Superior (35%,  $n = 14$ ) ou o Ensino Secundário (35%,  $n = 14$ ), 12.5% ( $n = 5$ ) tinham o 3º Ciclo, 15% ( $n = 6$ ) tinham o 2º Ciclo e 2.5% ( $n = 1$ ) tinha o 1º ciclo. Relativamente ao estatuto profissional, a maioria dos pais encontrava-se empregado (92.5%,  $n = 37$ ). No que se refere ao estado civil, 70.7% ( $n = 29$ ) dos pais estavam casado, 22% ( $n = 9$ ) encontravam-se em união de facto, 4.9% ( $n = 2$ ) encontravam-se solteiros e 2.4% ( $n = 1$ ) encontrava-se divorciado no momento da avaliação. No que concerne ao número de filhos, 48.8% ( $n = 20$ ) tinham um filho, 36.6% ( $n = 15$ ) tinham dois filhos e 14.6% ( $n = 6$ ) dos pais referiu ter três filhos no momento da avaliação.



PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Tabela 1.

*Caracterização da amostra*

Criança (n =67)								
	M		%		DP	Min-Máx.		
Sexo								
Masculino			62.7					
Feminino			37.3					
Idade cronológica	42.46				1.19	40-46		
Idade gestacional	32.60				2.85	27-36		
Peso ao nascimento	1854.76				590.77	829-3139		
Gêmeos			23.9					
Mãe (n = 67)				Pai (n =41)				
	M	%	DP	Min-Máx.	M	%	DP	Min-Máx
Idade	36.73		4.79	25-50	37.95		4.31	29-46
Escolaridade								
1º Ciclo			-				2.5	
2º Ciclo	13.6						15	
3º Ciclo	13.6						12.5	
Ensino Secundário	21.2						35	
Ensino Superior	51.5						35	
Estatuto Profissional								
Empregada	92.3						92.5	
Desempregada	7.7						7.5	
Estado civil								
Casada	58.2						70.7	
União de facto	25.4						22	
Solteira	10.4						4.9	
Divorciada	6						2.4	
Número de filhos								
Um filho	47.8						48.8	
Dois filhos	41.8						36.6	
Três filhos	10.4						14.6	

### Medidas

**Questionário sociodemográfico.** Questionário composto por questões relativamente aos pais, à criança, dados relativamente à gravidez, ao nascimento e dados sociodemográficos. Alguns destes dados foram obtidos por registos médicos e os restantes nos contactos com os pais. Este questionário foi desenvolvido no âmbito de um projeto mais vasto com crianças nascidas prematuras e onde o presente estudo se insere. Tendo por base as informações obtidas, foi construído um compósito de risco neonatal e um compósito de adversidade psicossocial familiar, a seguir descritos.

**Compósito do Risco Neonatal.** Primeiramente as pontuações referentes à idade gestacional e ao peso ao nascimento da criança foram estandardizadas e invertidas, para que pontuações mais elevadas correspondam a maior risco. De seguida, procedeu-se ao somatório de 10 riscos médicos neonatais, cada um dicotomizado como 0 (se ausente) ou 1 (se presente), designadamente: diagnóstico de apneia (29.9%,  $n = 20$ ); monitorização de apneia no momento da alta da UCI (nenhuma criança apresentou este risco); síndrome de angústia respiratória (41.8%,  $n = 28$ ); displasia broncopulmonar (10.4%,  $n = 7$ ); refluxo esofágico (11.9%,  $n = 8$ ); APGAR ao minuto cinco inferior a seis (3%,  $n = 2$ ); nascimentos múltiplos (26.9%,  $n = 18$ ); ventilação durante a permanência na UCI (52.2%,  $n = 35$ ); oxigénio suplementar após alta da UCI (4.5%,  $n = 3$ ); e permanência na UCI superior a 30 dias (43.3%,  $n = 29$ ). O somatório foi seguidamente estandardizado. O compósito orientado teoricamente (Poehlmann et al., 2010), resultou da média dos valores estandardizados da idade gestacional, do peso ao nascimento e do somatório dos 10 riscos.

**Compósito de Adversidade Psicossocial Familiar.** Os pais reportaram seis riscos familiares, cada um pontuado como 0 (quando ausente) ou 1 (quando presente), designadamente: i) família vive abaixo do limiar da pobreza (25%,  $n = 16$ ); ii) pelo menos um dos pais está desemprego (13.8%,  $n = 9$ ); iii) pelo menos um dos pais tem nove ou menos anos de escolaridade (28.4%,  $n = 19$ ); iv) gravidez na adolescência (nenhuma família apresentou este risco); v) pai ausente do agregado familiar (7.5%,  $n = 5$ ); e vi) pelo menos um dos pais apresenta sintomas psicopatológicos considerados num nível clínico (38.5%,  $n = 20$ ). Estes sintomas maternos e paternos foram avaliados através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999), administrado aos pais. É um inventário de autorrelato composto por 53 itens, com resposta do tipo Likert de 0 a 4, (variando entre “nunca” até “muitíssimas vezes”), permitindo a avaliação de sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide; psicoticismo) e três índices globais (índice geral de sintomas; índice de sintomas positivos; total de sintomas positivos). No presente estudo, foi utilizado o Índice de Sintomas

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Positivos (ISP), que permitiu a distinção entre presença ou ausência de sintomatologia (em caso de ISP  $\geq 1.7$ , atribuição de 1; em caso de  $<1.7$ , atribuição de 0).

Para o cálculo do compósito de adversidade psicossocial familiar foi estabelecida como necessária a presença de informação em, pelo menos, 3 itens. O compósito final resulta da proporção de itens com uma pontuação de 1 (risco presente). Pontuações mais elevadas refletem maior risco.

***Questionário de Capacidades e de Dificuldades.*** (SDQ; Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005). É um questionário para avaliação de problemas emocionais e de comportamento em crianças e adolescentes. Neste estudo, foi utilizada a versão dos 2-4 anos de idade, preenchida pela mãe e pelo pai separadamente. É composto por 25 itens onde são avaliadas 5 dimensões, tendo como referência a observação de comportamentos apresentados pela criança nos últimos seis meses: sintomas emocionais (5 itens); problemas de conduta (5 itens); hiperatividade (5 itens); problemas de relacionamento com colegas (5 itens); comportamento pró-social (5 itens), sendo que para cada uma destas subescalas a pontuação pode variar entre 0 e 10. As alternativas de resposta variam entre: falso (0), mais ou menos verdadeiro (1) e verdadeiro (2), podendo ser assinalada apenas uma única opção por item. Nas subescalas de hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta e de relacionamento, quanto maior a pontuação, maior o número de dificuldades. Na subescala de comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor o número de dificuldades. Este instrumento permite o cálculo do Total de Dificuldades, utilizado no presente estudo, que resulta dos somatórios das pontuações das subescalas anteriores, com exceção da subescala dos comportamentos pró-sociais. A pontuação pode variar entre 0 e 40, permitindo classificar as crianças segundo três categorias: i) desenvolvimento normal (0 a 13); ii) limítrofe (14 a 16); iii) anormal (17 a 40). A consistência interna do Total de Dificuldades foi calculada, tendo-se obtido os seguintes valores:  $\alpha = .51$  respeitante ao relato materno e  $\alpha = .59$  respeitante ao relato paterno.

***Parental Overprotection Coding System*** (POCS; Johnson & Holmbeck, 1995). Medida observacional dos comportamentos parentais de superproteção que avalia 4 dimensões do comportamento parental em 6 escalas: restrição parental do comportamento independente da criança (escala da restrição não verbal do comportamento exploratório da criança e escala da restrição verbal da expressão de ideias/opiniões/vontades da criança); contacto excessivo (escala do contacto físico excessivo com a criança); infantilização (escala do desejo excessivo de agradar à criança e escala do comportamento parental que infantiliza a criança); controlo (escala do/da cuidador(a) controla a criança). As subescalas são codificadas em escalas de tipo Likert de 5 pontos, em que o 1 corresponde a “nunca”, o 2 a “raramente”, o 3 a “algumas vezes”, o 4 a “frequentemente” e o 5 a “quase sempre”. Todas as

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

pontuações superiores a 1 indicam níveis excessivos de proteção parental. O total de proteção calcula-se pela soma de todas as subescalas, pelo que maior pontuação indica níveis mais elevados de comportamentos de superproteção (pontuação pode variar entre 0 e 30). As seis escalas foram cotadas no âmbito de uma interação estruturada mãe-criança e pai-criança, gravada em formato audiovisual, composta por um total de três episódios. No primeiro episódio (5 minutos) foi solicitado à mãe e ao pai que ajudasse a criança a resolver um brinquedo desenvolvimentalmente desafiante para a criança. No segundo episódio (2.5 minutos) foi fornecido um conjunto de brinquedos e foi solicitado à mãe/pai que brincasse com a criança como usualmente fazem. No último episódio (2.5 minutos) foi solicitado à criança que arrumasse os brinquedos num cesto, tendo a mãe/pai recebido a instrução de que deveriam ajudar a criança, mas não arrumar por ela. As interações foram cotadas por investigadores treinados e cegos em relação às restantes avaliações. Para o cálculo do acordo inter-observadores, foram cotados a par 23 vídeos (34.33%; interações maternas) e 15 vídeos (36.59%; interações pai-criança) a par, tendo o valor do acordo variado entre .77 e .90 (interação mãe-criança) e entre .80 e .97 (interação pai-criança). Desacordos foram resolvidos por consenso. No que concerne especificamente à interação pai-criança, não foi calculado o acordo para a subescala do contacto excessivo com a criança, por não se ter verificado variabilidade de pontuações.

*Formato curto da Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária Revista* (WPPSI-R; Wechsler, 2003). Este instrumento destina-se a crianças entre os 3 e os 6 anos e 6 meses de idade, avaliando aspetos da inteligência através das medidas padronizadas de um conjunto de aptidões perceptuais, motoras e verbais. A versão original, contém doze subtestes, seis na Escala de Desempenho e seis na Escala Verbal. A versão curta da prova procura a obtenção do QI Total da criança através da realização de duas provas. Na prova dos Quadrados (escala de desempenho) é solicitado à criança a reprodução dos desenhos que são previamente apresentados. Na prova da Informação (escala verbal) é pressuposta a resposta da criança a várias questões relacionadas com informação factual. Para aplicação desta versão curta do instrumento foram seguidas as orientações de Staller (1988), pelo que foi calculado um valor bruto para cada uma das provas, que mais tarde foi traduzido em um valor padronizado que variou entre 0 e 19 pontos. Por fim, realizou-se a soma dos valores estandardizados de cada uma das provas, obtendo-se um valor de QI equivalente à Escala Completa, variando entre 43 e 160 pontos.

### Procedimento

O presente estudo transversal enquadra-se num projeto com crianças prematuras. Num primeiro momento as crianças foram avaliadas quando tinham 12 meses de idade (Momento 1). Foram

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

reavaliadas aos 24 meses (Momento 2) e aos 3 ½ anos de idade (Momento 3). A amostra foi recrutada durante as consultas de rotinas de neonatologia em hospitais públicos do Norte de Portugal. Foram obtidas as aprovações para o estudo, por parte da Comissão Nacional de Proteção de Dados (processo nº 489/2014), da Comissão de Ética da Universidade do Minho (SECVS-011/2015), da Comissão de Ética do Hospital da Senhora de Oliveira (8/2016) e da Comissão de Ética do Hospital São João (CES 337-13), tendo o estudo sido conduzido de acordo com a Declaração de Helsínquia. Após todos os consentimentos necessários, iniciou-se o protocolo de investigação nas duas instituições referidas anteriormente, no entanto, devido à preferência de alguns pais, algumas recolhas ocorreram na Escola de Psicologia da Universidade do Minho. O projeto de investigação em causa foi apresentado em detalhe aos pais e foram obtidos os consentimentos informados que autorizavam a sua participação e a participação dos seus filhos. Foram realizadas duas sessões de avaliação contrabalaneadas, uma com a mãe e a criança e outra com o pai e a criança. Foi solicitado aos pais o preenchimento do Questionário Sociodemográfico e do *Inventário de Sintomas Psicopatológico*. Mãe e pai preencheram separadamente o *Questionário de Capacidades e Dificuldades* para avaliação dos problemas emocionais e de comportamento da criança. Procedeu-se à gravação da interação das díades mãe-criança e pai-criança, para a avaliação dos comportamentos de superproteção com base na interação estruturada anteriormente descrita. Por fim, foi administrada a versão reduzida da WPPSI para avaliação do funcionamento cognitivo da criança. O presente estudo segue os seguintes critérios de inclusão: i) idade gestacional inferior a 37 semanas; ii) a ausência de problemas congénitos ou neurológicos; iii) ausência de exposição fetal a drogas/álcool; iv) ausência de doenças genéticas.

### **Análise de Dados**

A análise de dados foi realizada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences*, na versão 25.0 para Windows (IBM® SPSS®). Foram realizadas análises descritivas para a exploração das variáveis em estudo. Para a análise de associações, foram realizadas análises de correlação bivariada, especificamente correlações de Pearson. Por fim, foram realizadas análises de regressão linear hierárquica, de forma a testar os possíveis preditores dos problemas emocionais e de comportamento relatados pelas mães e pelos pais, usando a extensão PROCESS no âmbito das análises de moderação. Consideram-se estatisticamente significativos valores de  $p$  inferiores ou iguais a .05.

### Resultados

#### Estatísticas Descritivas

No que respeita ao funcionamento cognitivo, a média foi de 108.76 como uma variação entre 73 e 147. O compósito de risco neonatal variou de -1.41 e 1.92 e o compósito de adversidade familiar variou de .00 a .67.

Relativamente aos problemas emocionais e de comportamento, as mães reportaram uma média de 12.78 ( $DP = 4.75$ ). A frequência de crianças com problemas emocionais e de comportamento nesta amostra foi de 22.4% ( $n = 15$ ).

No que concerne aos comportamentos parentais de superproteção, as mães apresentaram uma média de 9.89 ( $DP = 2.23$ ), com a escala da restrição verbal ( $M = 2.37$ ,  $DP = .84$ ) e a escala do controlo ( $M = 2.54$ ,  $DP = .94$ ) a apresentarem pontuações mais elevadas.

Relativamente aos problemas emocionais e de comportamento segundo o relato dos pais, a média foi de 11.39 ( $DP = 4.80$ ). A frequência de crianças com problemas emocionais e de comportamento nesta amostra foi de 19.5% ( $n = 8$ ).

No que se refere aos comportamentos parentais de superproteção, os pais apresentaram uma média de 9.35 ( $DP = 2.59$ ), com a escala da restrição verbal ( $M = 2.19$ ,  $DP = .81$ ) e a escala do controlo ( $M = 2.24$ ,  $DP = 1.07$ ) a apresentarem pontuações mais elevadas.

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Tabela 2.

*Estatística descritiva: Relato materno e paterno*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.- Máx.
Funcionamento cognitivo	108.76	16.57	73-147
Risco neonatal	.08	.89	-1.41-1.92
Adversidade psicossocial familiar	.20	.20	.00-.67
Relato Materno	12.78	4.75	2-28
Relato Paterno	11.39	4.80	4-22
Comportamentos de superproteção maternos	9.89	2.23	6.33-16
Restrição não verbal	1.70	.62	1-4
Restrição verbal	2.37	.84	1-4.3
Contacto excessivo	1.04	.12	1-1.7
Desejo excessivo de agradar	1.07	.20	1-2.3
Comportamentos de infantilização	1.18	.40	1-3.3
Controlo	2.54	.94	1-5
Comportamentos de superproteção paternos	9.35	2.59	6-17.33
Restrição não verbal	1.67	.80	1-4.33
Restrição verbal	2.19	.81	1-4.33
Contacto excessivo	1	.52	1-1.33
Desejo de agradar	1.04	.13	1-1.67
Comportamentos de infantilização	1.20	.40	1-2.67
Controlo	2.24	1.07	1-5

### Associações entre as variáveis do estudo

No que diz respeito às associações entre o Total de Dificuldades, de acordo com o relato materno, e as restantes variáveis (cf., Tabela 3), foi observada uma associação significativa e positiva entre o total de dificuldades e a adversidade psicossocial familiar ( $r_s=.28, p=.02$ ). Adicionalmente, foi verificada uma associação significativa e negativa entre os comportamentos de superproteção maternos e o funcionamento cognitivo da criança ( $r_s=-.36, p=.00$ ).

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Tabela 3.

*Associações entre o Total de Dificuldades (Relato Materno) e Restantes Variáveis em Estudo*

	1	2	3	4	5
1. Risco Neonatal	-				
2. Funcionamento Cognitivo	-.1	-			
3. Superproteção Materna	-.01	-.36**	-		
4. Adversidade Psicossocial Familiar	-.19	.09	.18	-	
5. Total de Dificuldades	-.09	-.02	.12	.28*	-

Nota. N= 67; Todas as análises, Coeficiente de Correlação de Pearson; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

No que diz respeito às associações entre o Total de Dificuldades, de acordo com o relato paterno, e as restantes variáveis (cf., Tabela 4), foi observada uma associação significativa e positiva entre o Total de Dificuldades e o risco neonatal ( $r_s = .37$ ,  $p = .02$ ), e uma associação significativa e negativa entre o Total de Dificuldades e o funcionamento cognitivo da criança ( $r_s = -.41$ ,  $p = .01$ ). Por fim, foi constatada uma associação significativa e positiva entre a superproteção paterna e o risco neonatal ( $r_s = .35$ ,  $p = .02$ ).

Tabela 4.

*Associações entre o Total de Dificuldades (Relato Paterno) e Restantes Variáveis em Estudo*

	1	2	3	4	5
1. Risco Neonatal	-				
2. Funcionamento Cognitivo	-.19	-			
3. Superproteção Paterna	.35*	-.18	-		
4. Adversidade Psicossocial Familiar	-.15	-.13	.02	-	
5. Total de Dificuldades	.37*	-.41**	.19	.25	-

Nota. N= 41; Todas as análises, Coeficiente de Correlação de Pearson; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

### Predição dos problemas emocionais de comportamento

De seguida, procedeu-se às análises de regressão linear hierárquica com o objetivo de prever os problemas emocionais e de comportamento das crianças, segundo o relato materno e paterno. No primeiro bloco das análises de regressão foi controlado o possível efeito do funcionamento cognitivo das crianças e dos riscos neonatais. De seguida foram introduzidos os comportamentos parentais de superproteção e a adversidade psicossocial familiar (segundo bloco) e a sua interação (terceiro bloco).



## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

No que respeita aos problemas emocionais e de comportamento, segundo o relato materno, não foi identificado nenhum preditor significativo (cf., tabela 5). O modelo final não se mostrou estatisticamente significativo,  $F = 2.62$ ,  $p = .06$ . Os comportamentos de superproteção maternos, a adversidade psicossocial e a sua interação não emergiram como preditores dos problemas emocionais e de comportamento.

Quanto aos problemas emocionais e de comportamento, segundo o relato paterno, o modelo mostrou-se estatisticamente significativo no que concerne ao Bloco 1,  $F = 6.56$ ,  $p = .00$ , explicando 51% da variância do total de dificuldades. O funcionamento cognitivo,  $\beta = -.10$ ,  $p = .02$ , e os riscos neonatais,  $\beta = 1.68$ ,  $p = .04$ , emergiram como preditores significativos dos problemas emocionais e do comportamento. Os modelos respeitantes ao Bloco 2,  $F = 1.79$ ,  $p = .18$ , e Bloco 3,  $F = 1.54$ ,  $p = .22$ , não se revelaram estatisticamente significativos. Os comportamentos de superproteção paternos, a adversidade psicossocial familiar e a sua interação não emergiram como preditores dos problemas emocionais e de comportamento.

Tabela 5.

*Predição do Total de Dificuldades: Relato Materno e Paterno*

	Total de Dificuldades Relato Materno (N= 67)		Total de Dificuldades Relato Paterno (N =41)	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
Bloco 1				
Funcionamento Cognitivo	-	-	-.10	-2.46*
Risco Neonatal	-	-	1.68	2.15*
Bloco 2				
Comportamentos de Superproteção	.16	.60	.043	.16
Adversidade Psicossocial Familiar	6.18	2.17	6.56	1.89
Bloco 3				
Superproteção x Adversidade Psicossocial Familiar	-1.07	-.71	-.87	-.54

Nota. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

### Discussão

O presente estudo pretendeu contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre os problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras, avaliadas no período pré-escolar.

De acordo com a primeira hipótese, que pretendia descrever a presença de problemas emocionais e de comportamento em crianças prematuras, os resultados reportaram uma média de problemas emocionais e de comportamento, segundo o relato materno e paterno, abaixo do ponto de corte estabelecido para o instrumento, pelo que, segundo ambos os relatos, as crianças se encontram dentro do intervalo da normalidade. Segundo o relato materno, a frequência de crianças que apresentou problemas emocionais e de comportamento clinicamente significativos foi de 22.4%. No que diz respeito ao relato paterno, a frequência de problemas emocionais e de comportamento clinicamente significativos foi de 19.5%. Num estudo de Delobel-Ayoub e colaboradores (2006), realizado com crianças nascidas muito prematuras, foram reportadas prevalências de problemas emocionais e de comportamento muito idênticas, quando as crianças foram avaliadas aos três anos de idade (i.e., 20.9%). Num outro estudo com crianças nascidas prematuras com muito baixo peso, e que se propunha a avaliar a prevalência, a estabilidade e os preditores dos problemas emocionais e de comportamento, a prevalência de problemas emocionais e de comportamento foi de 20% quando estas crianças foram avaliadas durante o período pré-escolar (Gray et al., 2004).

No que se refere aos comportamentos parentais de superproteção, no presente estudo observaram-se comportamentos de superproteção, quando avaliadas as mães e pais das crianças prematuras, evidenciando que, como a literatura tem vindo a demonstrar, crianças prematuras podem estar em maior risco de experienciarem comportamentos parentais de superproteção (Feldman, 2007). No entanto, é relevante salientar que apesar de terem sido observados tais comportamentos, os valores médios foram inferiores a outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento e que se propunham a avaliar comportamentos parentais de superproteção em amostras expostas a risco biológico (i.e., espinha bífida) (Holmbeck et al., 2012). Estas diferenças podem dever-se à idade mais tardia em que as crianças foram avaliadas neste estudo, sendo por isso, possível que os comportamentos parentais de superproteção sejam mais intensos em idades mais precoces e menos evidentes durante o período pré-escolar. Pode, ainda, dever-se a diferenças na intensidade do risco médico e no estatuto desenvolvimental das crianças das diferentes amostras.

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Este foi um dos primeiros estudos a avaliar a relação entre os comportamentos parentais de superproteção e os problemas emocionais e de comportamento em crianças prematuras. Neste estudo, os comportamentos parentais de superproteção não se mostraram associados significativamente aos problemas emocionais e de comportamento, em ambos os relatos. Os resultados encontrados não corroboram aquilo que tem vindo a ser reportado pela literatura. Wightman e colaboradores (2007) mostraram no seu estudo com crianças de termo que os comportamentos parentais de superproteção estão associados à emergência de problemas emocionais e de comportamento. Noutros estudos realizados no contexto da prematuridade, os comportamentos de superproteção parecem surgir igualmente associados a mais problemas emocionais e de comportamento (Samra et al., 2010). A ausência de associações no nosso estudo pode, eventualmente, dever-se aos baixos níveis de superproteção exibidos pelos pais. Da mesma forma, importa salientar o facto desta amostra ser constituída, na sua maioria, por crianças moderadamente prematuras e com baixo peso ao nascimento, com níveis mais baixos de problemas emocionais e de comportamento aos exibidos por crianças muito prematuras e com muito baixo peso, alvo de análise noutras investigações.

Por sua vez, a adversidade psicossocial familiar mostrou-se significativamente associada aos problemas emocionais e de comportamento, no que respeita ao relato materno. Em estudos com crianças de termo, os problemas emocionais e de comportamento parecem aumentar quando aumenta o risco psicossocial a que estas crianças estão expostas (Weitzman et al., 2014). Em crianças prematuras, particularmente nas com muito baixo peso ao nascimento, já foi descrita a maior suscetibilidade destas crianças ao efeito dos fatores ambientais, que, por sua vez, têm sido reportados como associados a problemas emocionais e de comportamento (Gray et al., 2004). No que diz respeito ao relato paterno, não se verificaram associações significativas entre as variáveis anteriormente descritas.

Por fim, e em resposta à última hipótese do estudo, não foram encontrados preditores estatisticamente significativos dos problemas emocionais e de comportamento reportados pelas mães. No entanto, foram encontrados dois preditores dos problemas emocionais e de comportamento, de acordo com o relato paterno. O funcionamento cognitivo mostrou ser um preditor estatisticamente significativo dos problemas emocionais e de comportamento, pelo que crianças prematuras com pior funcionamento cognitivo apresentaram mais problemas emocionais e de comportamento. Este resultado vai de encontro ao que a literatura tem vindo a apresentar, sugerindo que crianças com pior funcionamento cognitivo são mais suscetíveis ao desenvolvimento de vários problemas ao longo do seu percurso desenvolvimental, possivelmente porque estas crianças estão menos dotadas de habilidades para solucionar os problemas decorrentes do seu quotidiano (Dubow & Luster, 1989). Também os riscos

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

neonatais surgiram como um preditor significativo dos problemas emocionais e de comportamento relatados pelos pais, pelo que crianças com maior risco neonatal apresentaram mais problemas emocionais e de comportamento. Como já descrito em estudos anteriores, o nascimento prematuro e as posteriores complicações médico neonatais influenciam o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras (Korvenranta et al., 2009).

### **Limitações**

Verificam-se algumas limitações no estudo que devem ser tomadas em consideração. Primeiramente, a dimensão da amostra é reduzida, pelo que uma amostra maior aumentaria o poder estatístico das análises. Importa salientar que os resultados deste estudo devem ser interpretados com alguma precaução, considerando o baixo *alpha de cronbach* encontrado no *Questionário de Capacidades e Dificuldades*. Também se destaca a pouca variabilidade existente no que diz respeito ao risco biológico. Por fim, o fato do estudo ter adotado uma metodologia de natureza transversal impossibilita a avaliação das complexas trajetórias de desenvolvimento das crianças prematuras.

Apesar do que foi mencionado anteriormente, este estudo tem aspetos inovadores que merecem ser destacados. A inclusão da figura materna e paterna constitui-se como um dos pontos fortes do estudo, já que permite um conhecimento mais profundo do contexto em que a criança se desenvolve e do ambiente de cuidados que a rodeia. A isto, acrescenta-se o recurso a uma metodologia observacional para o estudo de processos tão complexos como as interações diádicas, retirando desta forma o viés a que pode estar sujeito o relato do informador (mãe e/ou pai).

### **Implicações para a prática**

O presente estudo encontrou alguns resultados relevantes que podem contribuir para a melhoria dos ambientes de cuidado de crianças nascidas prematuras. O pai mostrou ser um informante fundamental dos problemas emocionais e de comportamento dos seus filhos. Estes resultados sugerem que as intervenções destinadas a melhorar a qualidade dos comportamentos parentais e o desenvolvimento saudável de crianças prematuras podem ganhar com a inclusão do relato de ambos os pais. Investigação demonstra que quando aquelas intervenções são direcionadas quase exclusivamente para as mães, o envolvimento dos pais tende a diminuir (Yogman, Kindlon, & Earls, 1995).

### **Conclusão**

Este estudo examinou os problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras no período pré-escolar. Procurou ainda analisar as associações entre estes problemas e os comportamentos parentais de superproteção e a adversidade psicossocial familiar, controlando possíveis efeitos do funcionamento cognitivo da criança e os riscos neonatais.

Verificou-se uma associação positiva entre os problemas emocionais e de comportamento relatados pelo pai e a adversidade psicossocial familiar. No entanto, nas análises de regressão, esta variável não emergiu como preditor dos problemas emocionais e de comportamento de criança prematuras. Adicionalmente, este estudo verificou que o funcionamento cognitivo e os riscos neonatais foram preditores dos problemas emocionais e de comportamento relatados pelo pai. Em estudos futuros, seria importante compreender de forma mais aprofundada o contributo paterno na relação entre os diferentes domínios do desenvolvimento da criança e a qualidade dos cuidados em crianças nascidas prematuras.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, *46* (3), 235-245. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x
- Arpi, E., & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: a review of the recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *55* (9), 788-796. doi:10.1111/dmcn.12142
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In: M.R. Simões, M.M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Cassiano, R. G., Gasparido, C. M., & Linhares, M. B. M. (2016). Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: a systematic review. *Infant mental health journal*, *37* (3), 274-288. doi:10.1002/imhj.21563
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (1995). *Developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Costa, E. L. P. (2014). *Problemas de internalização e externalização em crianças da comunidade em risco psicossocial e em acolhimento institucional* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Costa, A. R. T. D. C. (2014). *Oportunidades de autorregulação da aprendizagem e comportamentos autorregulados em contexto pré-escolar*. (Dissertação de mestrado não publica). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2005). A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. *A Ciência do Desenvolvimento Humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 113-131), Porto Alegre: Artmed.
- Dubow, E. F., & Luster, T. (1990). Adjustment of children born to teenage mothers: The contribution of risk and protective factors. *Journal of Marriage and the Family*, *52* (2), 393-404. doi: 10.2307/353034
- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., Burguet, A., Roze, J., Matis, J., Picaud, J., Kaminski, M., Larroque, B. (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the Epipage Study. *Pediatrics*, *123* (6), 1485-1492. doi:10.1542/peds.2008-1216

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

- Escalona, S. K. (1982). Babies at double hazard: early development of infants at biologic and social risk. *Pediatrics*, *70* (5), 670-676.
- Esser, G., Launcht, M., & Schmidt, M. H. (1997). Developmental Outcome of Infants Born with Biological and Psychosocial Risks. *Journal Psychology and Psychiatry*. *38* (7), 843-853.
- Silveira, K. A., & Enumo, S. R. F. (2012). Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. *Paidéia*, *22* (53), 335-345. doi:10.1590/1982-43272253201305
- Feldman, R. (2007). Maternal versus child risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology*, *19* (2), 293-312. doi:10.1017/S0954579407070150
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental psychobiology*, *49* (3), 290-302. doi:10.1002/dev.20220
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)* [Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version]. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).
- Gray, R. F., Indurkha, A., & McCormick, M. C. (2004). Prevalence, stability, and predictors of clinically significant behavior problems in low birth weight children at 3, 5, and 8 years of age. *Pediatrics*, *114* (3), 736-743. doi:10.1542/peds.2003-1150-L
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, *371* (9606), 75-84. doi:10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- Grolnick, W. S., McMenemy, J. M., & Kurowski, C. O. (1999). Emotional self-regulation in infancy and toddlerhood. In L. Batlter & C.S Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of Contemporary Issues*, (pp. 3-22). Ann Arbor, Michigan: Taylor & Francis.
- Holmbeck, G. N., Johnson, S. Z., Wills, K. E., McKernon, W., Rose, B., Erklin, S., & Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70* (1), 96. doi:10.1037/0022-006X.70.1.96
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística: 2018.
- Johnson, S. (2007). Cognitive and behavioural outcomes following very preterm birth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, *12* (5), 363-37. doi:10.1016/j.siny.2007.05.004.

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

- Johnson, S. Z., & Holmbeck, G. N. (1995). *Manual for OP coding system*. Unpublished manual, Loyola University of Chicago, Chicago, U.S.A.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental psychology*, *25* (3), 343. doi:10.1037/0012-1649.25.3.343
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *91* (2), 164-173. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x
- Korvenranta, E., Lehtonen, L., Peltola, M., Hakkinen, U., Andersson, S., Gissler, M., Hallman, M., Leipala, J., Rautava, L., Tammela, O., & Linna, M. (2009). Morbidities and hospital resource use during the first 3 years of life among very preterm infants. *Pediatrics*, *124* (1), 128. doi:10.1542/peds.2008-1378
- Lawn, J. E., Gravett, M. G., Nunes, T. M., Rubens, C. E., & Stanton, C. (2010). Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC pregnancy and childbirth*, *10* (1), S1. doi:10.1186/1471-2393-10-S1-S1
- Levy D. M. (1931). Maternal overprotection and rejection. *Arch. Neurol. Psychiatry*, *25*, 886-889.
- Nadeau, L., Tessier, R., Boivin, M., Lefebvre, F., & Robaey, P. (2003). Extremely premature and very low birthweight infants: A double hazard population?. *Social Development*, *12* (2), 235–248. doi:10.1111/1467-9507.00231
- Poehlmann, J., Schwichtenberg, A. M., Shah, P. E., Schlafer, R. J., Hahn, E., & Maleck, S. (2010). The development of effortful control in children born preterm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39* (4), 522-536. doi:10.1080/15374416.2010.486319
- Potijk, M. R., de Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2012). Higher rates of behavioural and emotional problems at preschool age in children born moderately preterm. *Archives of disease in childhood*, *97* (2), 112-117. doi:10.1136/adc.2011.300131
- Qi, C. H., Kaiser, A. P., Milan, S. E., Yzquierdo, Z., & Hancock, T. B. (2003). The performance of low-income, African American children on the Preschool Language Scale—3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *46*, 76–590. doi:10.1044/1092-4388
- Rauchfuss, M., & Maier, B. (2011). Biopsychosocial predictors of preterm delivery. *Journal of perinatal medicine*, *39* (5), 515-521. doi:10.1515/jpm.2011.067
- Reijneveld, S. A., De Kleine, M. J. K., van Baar, A. L., Kollée, L. A., Verhaak, C. M., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Behavioural and emotional problems in very preterm and very



- low birthweight infants at age 5 years. *Archives of disease in childhood-fetal and neonatal edition*, 91 (6), 423-428. doi:10.1136/adc.2006.093674
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 8 (3), 324.
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, 371 (9608), 261-269. doi:10.1016/S0140-6736(08)60136-1
- Samra, H.A., McGrath, J. M., Wey, H. (2010). Are former late-preterm children at risk for child vulnerability and overprotection?. *Early Human Developmental*, 86 (9), 557-562.
- Sattler, J. M., & Ryan, J. J. (1999). *Assessment of children: revised and updated third edition*. San Diego, California, Jerome M. Sattler Publisher Inc.
- Seabra-Santos, M. J. (1998). *WPPSI-R: Estudos de adaptação e validação em crianças portuguesas*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Sethna, V., Perry, E., Domoney, J., Iles, J., Psychogiou, L., Rowbotham, N. E., Stein, A., Murray, I., & Ramchandani, P. G. (2017). Father-child interactions at 3 months and 24 months: contributions to children's cognitive development at 24 months. *Infant mental health journal*, 38 (3), 378-390. doi:10.1002/imhj.21642
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Skuban, E. M., Oland, A. A., & Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (1), 69-78. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x
- St George, J., Fletcher, R., & Palazzi, K. (2017). Comparing fathers' physical and toy play and links to child behaviour: An exploratory study. *Infant and Child Development*, 26 (1). doi:10.1002/icd.1958
- Yogman, M. W., Kindlon, D., & Earls, F. (1995). Father involvement and cognitive/behavioral outcomes of preterm infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34 (1), 58-66. doi:10.1097/00004583-199501000-00015
- Weitzman, C., Edmonds, D., Davagnino, J., & Briggs-Gowan, M. J. (2014). Young child socioemotional/behavioral problems and cumulative psychosocial risk. *Infant mental health journal*, 35 (1), 1-9. doi:10.1002/icd.1958
- Wightman, A., Schluchter, M., Drotar, D., Andreias, L., Taylor, H. G., Klein, N., Wilson-Costello, D., & Hack, M. (2007). Parental protection of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28 (4), 317-326. doi:10.1097/DBP.0b013e3180330915

## PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO

Wechsler, D. (2003). *Escala de inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária – Edição revista*. Lisboa, Portugal: CEGOC.

World Health Organization [WHO]. (2017). *Preterm Birth*. Retirado a 10 de fevereiro de 2019 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>.

Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1995). The vulnerable child syndrome revisited. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16 (1), 47-53. doi:10.1097/00004703-199502000-00008

Anexos

Anexo A



Universidade do Minho

SECVS

**Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde**

Identificação do documento: SECVS 011/2015

Título do projeto: *Vinculação e autorregulação em crianças prematuras - uma abordagem GXE*

Investigador(a) responsável: Doutora Isabel Maria Costa Soares, Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Outros investigadores: Carla Martins, Ana Mesquita, Adriana Sampaio e Joana Baptista, da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Maria Hercília Ferreira Guimarães Pereira Areias, Sara Girão Almeida e Maria de Fátima Reis Clemente do Serviço de Neonatologia do Hospital de S. João; Jay Belsky da University of California Davis

Subunidade orgânica: Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Neonatologia, Hospital Pediátrico Integrado, do Centro Hospitalar São João

**PARECER**

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“Vinculação e autorregulação em crianças prematuras - uma abordagem GXE”*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 01 de abril de 2015.

A Presidente

MARIA CECÍLIA DE  
LEMONS PINTO  
ESTRELA LEÃO



Digitally signed by MARIA CECILIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEAO  
DN: cn=PTE, ou=Centro de Ciências, ou=Ciências Portuguesas,  
ou=Instituto Superior de Ciências do Trabalho, ou=DE LEMOS  
PINTO ESTRELA LEÃO, givenName=MARIA CECILIA,  
serialNumber=88014512203, cn=MARIA CECILIA DE  
LEMONS PINTO ESTRELA LEAO  
Date: 2015.04.01 14:17:39 +01'00'

Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão