

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE O *STRESS* PARENTAL, PRÁTICAS
EDUCATIVAS, AUTORREGULAÇÃO PARENTAL,
RESPOSTA PARENTAL A EMOÇÕES NEGATIVAS DA
CRIANÇA E A PERCEÇÃO PARENTAL DE
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO – ESTUDO
COM PAIS DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS**

Carolina de Matos João Pádua Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicologia da Saúde e da Doença

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÃO ENTRE O *STRESS* PARENTAL, PRÁTICAS
EDUCATIVAS, AUTORREGULAÇÃO PARENTAL,
RESPOSTA PARENTAL A EMOÇÕES NEGATIVAS DA
CRIANÇA E A PERCEÇÃO PARENTAL DE PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO – ESTUDO COM PAIS DE CRIANÇAS
NASCIDAS PREMATURAS**

Carolina de Matos João Pádua Santos

Dissertação orientada pela Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicologia da Saúde e da Doença

2019

AGRADECIMENTOS

À minha família e ao Ismael, pelo apoio incondicional e por me acompanharem e estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora, Prof. Dra. Margarida Custódio dos Santos, por toda a dedicação e disponibilidade, pelo apoio e pela aprendizagem e conhecimentos que me transmitiu.

Às minhas amigas com quem caminhei ao longo destes 5 anos, Ana, Marta, Sara e Sofia, pela amizade, carinho e sorrisos partilhados.

A todos os profissionais de saúde do Hospital onde realizei o estágio curricular e recolhi a amostra para o presente estudo, aos médicos, à Doutora Bárbara Salgueiro e à Doutora Teresa Aguiar, e às Psicólogas do Núcleo de Psicologia Pediátrica, em especial à Doutora Leonor Ferreira, minha orientadora de estágio, pelos conhecimentos partilhados.

Aos meus colegas de estágio, Inês e Tomás, pela companhia e amizade.

A todos os docentes da Faculdade Psicologia, pelos conhecimentos transmitidos ao longo destes 5 anos.

A todas as mães e filhos que participaram neste estudo, pela simpatia e apoio demonstrados, e pela participação imprescindível na realização deste trabalho.

Agradeço com muito carinho a todos os que estão presentes na minha vida.

Resumo

Estudos têm verificado que crianças nascidas prematuras apresentaram maior risco de desenvolver não só patologia física, mas também problemas psicológicos, emocionais e comportamentais. É, no entanto, hoje reconhecido que a trajetória de desenvolvimento das crianças nascidas prematuras não é determinada apenas pelas características associadas à prematuridade, mas também por fatores associados aos pais e à parentalidade. O objetivo deste projeto foi estudar as associações entre o nível de *stress* parental, práticas educativas, autorregulação parental, resposta parental a emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento, em pais de crianças entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras. A amostra incluiu 33 mães e respectivos filhos. As mães preencheram o Índice de *Stress* Parental, a *Checklist* do Comportamento da Criança (CBCL), o Questionário de Práticas Parentais (PPI), a Escala de Regulação Emocional Parental (EREP) e a Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (CCNES). Os filhos realizaram uma avaliação cognitiva (WISC-III / WPPSI-R). Com os dados obtidos, procedeu-se a uma análise descritiva e correlacional. De uma forma geral, verificou-se que as mães apresentam níveis baixos de *stress*, boa capacidade de autorregulação, utilizam mais práticas educativas positivas e respondem de forma mais construtiva às emoções negativas expressas pelos filhos. A percepção materna de problemas de comportamento da criança não foi indicativa de níveis clínicos ou *borderline* de externalização ou internalização e o QI da maioria das crianças encontrava-se dentro da Média. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre o *stress* parental e 1) percepção de problemas de comportamento, 2) resposta materna negativa a emoções negativas da criança, 3) práticas educativas negativas, e 4) dificuldades de autorregulação materna. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas entre a percepção materna de problemas de comportamento e 1) dificuldades de autorregulação das mães, 2) práticas educativas negativas e 3) resposta materna negativa a emoções negativas da criança. Estes resultados reforçam a ideia de que a prematuridade não é um determinante absoluto de *stress* materno e de problemas de comportamento das crianças. As associações encontradas realçam a relação entre níveis mais elevados de *stress* materno e de percepção materna de problemas da criança e resultados mais negativos, quer no que diz respeito às práticas educativas, quer à autorregulação materna.

Palavras-chave: *Stress* parental; prematuros; autorregulação parental; problemas de comportamento

Abstract

Studies have found that children born preterm are at greater risk of developing not only physical pathology, but also psychological, emotional and behavioral problems. However, it is now recognized that the developmental trajectory of premature infants is determined not only by the characteristics associated with prematurity, but also by factors associated with parents and parenting. The aim of this project was to study the associations between parental stress, parental practices, parental self-regulation, parental responses to children's negative emotions and parental perception of behavior problems, in parents of children between the ages of 4 and 10 years old, which were born premature. The sample included 33 mothers and their respective children. Mothers completed the Parental Stress Index, Child Behavior Checklist (CBCL), Parent Practices Interview (PPI), Parental Emotional Regulation Scale (PERS), and the Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES), while children performed a cognitive assessment (WISC-III / WPPSI-R). With the data obtained, a descriptive and correlational analysis was carried out. In general, it revealed that mothers showed low levels of stress, a good capacity of self-regulation, used more positive parental practices and responded more constructively to the negative emotions expressed by their children. Maternal perception of child behavior problems was not indicative of clinical or borderline levels of externalization or internalization problems, and the IQ of most children was within the average range. Significant statistically correlations were found between parental stress and 1) perception of behavior problems, 2) negative maternal responsiveness to child's negative emotions, 3) negative parental practices, and 4) difficulties of maternal self-regulation. There were significant statistically positive correlations between maternal perception of behavioral problems and 1) difficulties of self-regulation of mothers, 2) negative parental practices, and 3) negative maternal response to negative emotions of the child. These results reinforce the idea that prematurity is not an absolute determinant of maternal stress and behavioral problems in children. The associations found highlight the relationship between higher levels of maternal stress and maternal perception of child problems and more negative results, both in terms of parental practices and maternal self-regulation.

Keywords: Parental stress; preterm infants; parental self-regulation; behavior problems

ÍNDICE

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Introdução	1
Prematuridade	3
Incidência	3
Efeitos físicos e do neurodesenvolvimento	4
Efeitos psicológicos, emocionais e comportamentais	5
Parentalidade na Prematuridade	7
Práticas e estilos educativos	9
Crenças parentais em relação à criança	11
Autorregulação parental	12
Resposta parental a emoções negativas da criança	14
Stress parental	15

Capítulo II – Metodologia

Objetivos	17
Objetivos Gerais	17
Objetivos Específicos	17
Hipóteses	17
Tipo de Estudo	18
Amostra	18
Crítérios, seleção e recolha de amostra	18
Instrumentos de recolha de dados	23
Questionário sociodemográfico	23
Índice de Stress Parental	23
Checklist do Comportamento da Criança	25
Questionário de Práticas Parentais	27
Escala de Regulação Emocional Parental	28
Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos	29
Escala de Inteligência de Wechsler	30
WPPSI-R	30
WISC-III	30
Procedimentos de Recolha de Dados	31

Procedimentos Éticos e Confidencialidade dos Dados	32
Procedimentos de Análise dos Dados	32

Capítulo III – Resultados

Resultados	33
-------------------------	-----------

Capítulo IV – Discussão de Resultados

Discussão de resultados	46
--------------------------------------	-----------

Capítulo V – Conclusões e Considerações Finais

Conclusões e Considerações Finais	54
--	-----------

Referências bibliográficas	56
---	-----------

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Modelo Integrativo de Darling e Steinberg (Adaptado de Darling & Steinberg, 1993, p.493)</i>	10
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. <i>Estatísticas descritivas de dados sociodemográficos e caracterizadores das crianças (Idade, IG, QIV, QIR, QIEC)</i>	19
Tabela 2. <i>Dados sociodemográficos dos pais (idade)</i>	19
Tabela 3. <i>Dados sociodemográficos dos pais (estado civil)</i>	20
Tabela 4. <i>Dados sociodemográficos dos pais (estatuto socioeconómico)</i>	20
Tabela 5. <i>Dados sociodemográficos dos pais (situação laboral)</i>	20
Tabela 6. <i>Dados sociodemográficos dos pais (país de origem)</i>	21
Tabela 7. <i>Dados sociodemográficos dos pais (escolaridade)</i>	21
Tabela 8. <i>Dados sociodemográficos das crianças (sexo)</i>	22
Tabela 9. <i>Dados sociodemográficos das crianças (frequenta terapias de apoio)</i>	22
Tabela 10. <i>Dados sociodemográficos das crianças (tipo de apoio)</i>	22
Tabela 11. <i>Tipo de consulta pela qual as crianças foram sinalizadas</i>	23
Tabela 12. <i>Medidas de tendência central e de dispersão do PSI</i>	33
Tabela 13. <i>Medidas de tendência central e de dispersão do PPI</i>	34
Tabela 14. <i>Medidas de tendência central e de dispersão do PERS</i>	35
Tabela 15. <i>Medidas de tendência central e de dispersão da CCNES</i>	35
Tabela 16. <i>Medidas de tendência central e de dispersão da CBCL</i>	36
Tabela 17. <i>Stress Parental – Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)</i>	37
Tabela 18. <i>Práticas Educativas Parentais – Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)</i>	37
Tabela 19. <i>Regulação Emocional Parental – Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)</i>	37
Tabela 20. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PERS e da CBCL (n=33)</i>	38
Tabela 21. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PPI e da CBCL (n=33)</i>	39
Tabela 22. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PSI e da CBCL (n=33)</i>	40
Tabela 23. <i>Correlação entre os componentes das escalas da CCNES e da CBCL (n=33)</i>	41

Tabela 24. <i>Correlação entre os componentes das escalas da CBCL e os níveis de QI (n=33)..</i>	41
Tabela 25. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PSI e do PERS (n=33)</i>	42
Tabela 26. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PSI e da CCNES (n=33)</i>	43
Tabela 27. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PSI e do PPI (n=33)</i>	44
Tabela 28. <i>Correlação entre os componentes das escalas do PSI e os níveis de QI (n=33) ...</i>	45

ANEXOS

Anexo I – Questionário Sociodemográfico	67
Anexo II – Índice de Stress Parental (PSI)	69
Anexo III – Checklist do Comportamento da Criança	70
Anexo IV – Questionário de Práticas Parentais	71
Anexo V – Escala de Regulação Emocional Parental	72
Anexo VI – Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos	73
Anexo VII – Consentimento informado para pais de crianças sem avaliação cognitiva realizada	74
Anexo VIII – Consentimento informado para pais de crianças com avaliação cognitiva realizada	75
Anexo IX – Parecer da Comissão de Ética do Hospital	76

LISTA DE ABREVIATURAS

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PN – Peso à Nascimento

QI – Quociente de Inteligência

RN – Recém-nascido

SCV – Síndrome da Criança Vulnerável

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

WHO – World Health Organization

Introdução

O número de partos prematuros tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas (INE, 2018). Este crescimento tem particular importância, uma vez que as crianças prematuras constituem um grupo de risco acrescido para o desenvolvimento de problemas comportamentais, emocionais e psicológicos. Além disso, a prematuridade, e a hospitalização do recém-nascido (RN) por um período muito longo tem um profundo efeito sobre os pais (Müller-Nix & Ansermet, 2009), potenciando respostas emocionais, incluindo sintomas relacionados com o *stress* (Jubenville, Newburn-Cook, Hegadoren, & Lacaze-Masmonteil, 2012).

Quanto à prevalência de problemas de comportamento das crianças e de *stress* parental na idade escolar da criança nascida prematura, os resultados dos estudos são pouco consistentes (Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, van Goudoever, & Oosterlaan, 2009; Schappin, Wijnroks, Venema, & Jongmans, 2013), sendo hoje reconhecido que estas perturbações são determinadas não só por características das crianças, mas também por características dos pais e do próprio contexto ambiental onde a criança cresce (Veddovi, Gibson, Kenny, Bowen, & Starte, 2004).

Os comportamentos parentais como, por exemplo, as suas práticas educativas, desempenham um papel crucial no desenvolvimento bem-sucedido e no bem-estar das crianças (Hoffenkamp, Braeken, Hall, Tooten, Vingerhoets, & van Bakel, 2015). Isto torna-se particularmente relevante no contexto da prematuridade, uma vez que o impacto da parentalidade parece ser ainda mais relevante nos casos de crianças vulneráveis ou com risco clínico (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Müller-Nix, 2006).

Este projeto teve como objetivo estudar as associações entre o nível de *stress* parental, práticas educativas, autorregulação parental, resposta parental a emoções negativas da criança e a perceção parental de problemas de comportamento, em pais de crianças entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos.

O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, com a revisão de literatura pertinente para o tema, que inclui dados epidemiológicos acerca da prematuridade, consequências físicas, psicológicas, emocionais, comportamentais e do neurodesenvolvimento da prematuridade, e aborda a parentalidade no contexto da prematuridade.

No segundo capítulo, para além dos objetivos gerais e específicos, é apresentada a amostra e respetivos critérios de seleção, os instrumentos de recolha de dados, os

procedimentos éticos e de confidencialidade dos dados e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

No terceiro capítulo, são apresentados os resultados, organizados de acordo com os objetivos específicos do estudo.

O quarto capítulo corresponde à discussão dos resultados.

No quinto capítulo apresentam-se as conclusões principais do estudo, limitações e as considerações finais.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Prematuridade

Incidência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, *World Health Organization* (WHO, 2001), os RN podem ser classificados quanto à Idade Gestacional (IG) como de termo (a duração normal de uma gravidez, $37 \leq IG \leq 42$ semanas), pré-termo (< 37 semanas de gestação) e pós-termo (> 42 semanas completas de gestação). A prematuridade diz respeito à IG inferior a 37 semanas, após o primeiro dia da última menstruação da mulher.

De acordo com a IG, é possível classificar o bebé prematuro como Pré-termo Limiar ($33 \leq IG \leq 36$ semanas), Prematuro Moderado ($28 \leq IG \leq 32$ semanas) e Prematuro Extremo (< 28 semanas). De acordo com o Peso à Nascimento (PN), é possível classificar o bebé prematuro como Prematuro de baixo peso ($1500 < PN < 2500$ g), Prematuro de muito baixo peso ($1000 \leq PN \leq 1500$ g) e Prematuro de extremo baixo peso ($PN < 1000$ g).

Estima-se que por ano nasçam no mundo 15 milhões de bebés prematuros (WHO, 2015). Entre eles, cerca de 5% nasce antes das 28 semanas, 15% entre 28 e 31 semanas e cerca de 20% entre 32 e 33 semanas, e entre 60 e 70% nascem entre 34 e 36 semanas de gestação (Goldenberg, Culhane, Iams, & Romero, 2008). A prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal e a segunda causa de morte antes dos 5 anos de idade (WHO, 2015).

Entre 1990 e 2015 registou-se, em quase todos os países da OCDE, um aumento do número de RN com baixo peso, sobretudo devido ao aumento do número de partos prematuros (OCDE, 2017). Em Portugal, o aumento de RN com baixo peso foi de 59% entre 1990 e 2015 (OCDE, 2017). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2018), os dados mais recentes indicam que, em Portugal, entre 2012 e 2017, verificou-se um acréscimo da percentagem de nados vivos prematuros, de 7,8% para 8,1%.

O aumento do número de partos prematuros ao longo das últimas décadas está relacionado com diversos fatores. Os mais referidos na literatura dizem respeito aos avanços na tecnologia e nos cuidados neonatais ao longo das últimas décadas; à idade materna; e às gestações resultantes de fertilização *in vitro* (Cortes, 2016). A respeito da idade materna, dados de 2017, em Portugal, apontam para uma percentagem superior (11,2%) de nados-vivos prematuros em mães com idade igual ou superior a 40 anos, seguida de 8,7% em mães com idade entre os 35 e os 39 anos (INE, 2018). Relativamente às gestações resultantes de fertilização *in vitro*, o estudo de McGovern, Llorens, Skurnick, Weiss, e Goldsmith (2004) verificou que o risco de parto prematuro é duas vezes superior do que em gestações concebidas

naturalmente. A prematuridade nestes casos está muito associada a gravidez gemelar, que resulta da implantação múltipla de embriões no útero materno.

Para além destes fatores, a prematuridade tem ainda sido associada a outros riscos biomédicos, socioeconómicos e psicológicos. Relativamente aos fatores biomédicos, destacam-se antecedentes ginecológicos (p.e., malformações uterinas), intercorrências gestacionais (p.e., gravidez gemelar, anomalias na placenta, malformação fetal, infeções urinárias), história prévia de prematuridade, recurso a técnicas de reprodução medicamente assistida, má nutrição durante a gravidez, e doenças da mãe, como hipertensão ou diabetes (Martinet, 2008; Matos, 2009). Quanto aos fatores demográficos e socioeconómicos, destaca-se a idade inferior a 16 anos ou superior a 35 anos, baixo peso, inexistência ou baixos cuidados pré-natais, baixo nível económico, consumo de tabaco e/ou drogas (idem). Os fatores psicológicos dizem respeito ao *stress*, a fraca rede de suporte social, ansiedade, a depressão pré-natal e atitudes negativas face à maternidade (idem). De notar que estes fatores não devem ser observados de forma isolada, uma vez que a prematuridade se deve, na grande maioria dos casos, a uma multiplicidade de fatores.

O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento inesperado e muito perturbador, num momento em que os pais esperam um bebé saudável e uma gravidez de termo (Chertok, McCrone, Parker, Leslie, & Catlin, 2014; Jubinville et al., 2012).

A hospitalização do prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é considerada uma “crise psicológica” na família, que causa sentimentos de impotência e *stress* (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Linhares, Carvalho, Bordin, Chimello, Martinez, & Jorge, 2000).

Efeitos físicos e do neurodesenvolvimento.

Dependendo do tempo de gestação, os RN prematuros podem nascer com uma imaturidade de órgãos e sistemas, que os torna mais vulneráveis e sensíveis a infeções e contaminações microbianas (Tucker & McGuire, 2004) e a fatores externos, como a luz ou o ruído (Mirra, 2017). Para além disso, o nascimento prematuro surge associado a complicações fisiológicas e problemas de saúde, sendo mais frequentes as dificuldades respiratórias (também conhecida por Síndrome de Dificuldade Respiratória – SDR), doenças metabólicas, hemorragias intraventriculares e cerebrais, dificuldades ou patologias alimentares, complicações pulmonares e, em casos mais graves, patologias neurológicas (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001; Martinet, 2008; Tommiska, Heinonen, Lehtonen, Renlund, Saarela, Tammela, et al., 2007). De acordo com a sua situação clínica, o RN poderá ter de ser

admitido durante um longo período na UCIN, unidade altamente especializada, com apoio de equipas multidisciplinares (Mirra, 2017).

As alterações físicas e fisiológicas e os problemas clínicos a que os prematuros estão mais vulneráveis podem ter consequências não só nos primeiros meses, mas também em fases mais tardias da vida da criança, por exemplo, aumentando o risco de problemas motores ou de patologias respiratórias e cardíacas (Kerstjens, de Winter, Bocca-Tjeertes, ten Vergert, Reijneveld, & Bos, 2011).

Alguns estudos têm verificado um risco acrescido de problemas do neurodesenvolvimento em crianças nascidas prematuras, incluindo a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) (Bhutta, Cleves, Casey, Craddock, & Anand, 2002). Por exemplo, no estudo realizado por Morales, Polizzi, Sullioti, Mascolino, e Perricone (2013), procurou-se investigar uma possível ocorrência de precursores precoces da PHDA em crianças muito e moderadamente prematuras em idade pré-escolar. Os resultados verificaram que as crianças muito prematuras obtinham pontuações mais altas nas dimensões de impulsividade e desatenção, comparando com crianças de termo. Lindström, Lindblad, e Hjern (2011) concluíram no seu estudo com crianças em idade escolar que as crianças nascidas prematuras têm maior risco de PHDA do que crianças nascidas de termo.

Os estudos relativos à incidência da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são inconsistentes. Alguns estudos encontraram um risco aumentado de PEA em crianças nascidas prematuras e com muito baixo ou moderado peso (Lampi, Lehtonen, Tran, Suominen, Lehti, Banerjee, ... & Sourander, 2012), enquanto outros não verificaram diferenças (Bilder, Pinborough-Zimmerman, Miller, & McMahon, 2009).

Para além das potenciais alterações físicas e do neurodesenvolvimento, autores têm verificado que o RN prematuro também pode estar suscetível a alterações psicológicas, emocionais e comportamentais.

Efeitos psicológicos, emocionais e comportamentais.

Estudos comparativos têm evidenciado que crianças nascidas prematuras têm maior risco de apresentar problemas motores, emocionais, de comportamento (p.e., Arpi & Ferrari, 2013; Hornman, de Winter, Kerstjens, Bos, & Reijneveld, 2016), dificuldades de regulação (Feldman, 2009; Yaari, Rotzak, Mankuta, Harel-Gadassi, Friedlander, Eventov-Friedman,... & Yirmiya, 2018) e problemas de atenção e dificuldades cognitivas e de aprendizagem (p.e., Bhutta et al., 2002; Gray, Indurkha, & McCormick, 2004).

Apesar de alguns riscos associados à prematuridade diminuírem ao longo do tempo, alguns problemas permanecem, ou tornam-se mais notórios na idade escolar, na adolescência e até mesmo na idade adulta (Bhutta et al., 2002; Saigal & Doyle, 2008).

Quanto aos problemas emocionais, alguns estudos com crianças em idade escolar encontraram um aumento da prevalência de problemas de internalização, externalização e atenção em crianças nascidas prematuras, quando comparadas com crianças nascidas de termo (Aylward, 2005; Bhutta et al., 2002; van Baar, Vermaas, Knots, de Kleine, & Soons, 2009), e em crianças entre os 3 e os 8 anos (Gray et al., 2004). Outros verificaram *déficit* na capacidade de autorregulação de crianças nascidas pré-termo, em idade pré-escolar (Clark, Woodward, Horwood, & Moor, 2008; Feldman, 2009).

Poehlmann-Tynan, Gerstein, Burnson, Weymouth, Bolt, Maleck, e Schwichtenberg (2015) destacaram o risco elevado das crianças nascidas prematuras em relação a problemas de atenção, problemas de comportamento, hiperatividade e outras questões relacionadas com o desenvolvimento, com particular ênfase quando as crianças iniciam a escola.

Noutro estudo sobre o comportamento desadaptativo em crianças nascidas prematuras e de termo com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos, no qual foi utilizada a *Child Behavior Checklist* (CBCL) respondida pelos pais, verificou-se que as crianças prematuras apresentaram mais problemas de internalização e mais problemas de atenção, comparando com crianças nascidas a termo, embora não se tenha verificado uma diferença em relação aos comportamentos de externalização (Loe, Lee, Luna, & Feldman, 2011).

O estudo de Hornman e colaboradores (2016), com crianças nascidas prematuras e de termo, procurou averiguar a estabilidade individual de problemas emocionais e de comportamento, medidos através da CBCL, em dois momentos, antes da entrada na escola e um ano após a entrada na escola. Verificou-se que as crianças prematuras têm um maior risco de problemas emocionais e de comportamento do que as crianças de termo, e que os problemas clínicos/subclínicos existentes antes da entrada na escola persistem após a entrada na escola em aproximadamente metade das crianças, tanto nascidas prematuras como de termo.

No estudo de Gerstein, Woodman, Burnson, Cheng, e Poehlmann-Tynan (2017), foram identificadas diferentes trajetórias (e preditores das mesmas) de problemas de comportamento de internalização e de externalização (relatados pela mãe, através da CBCL) de crianças nascidas prematuras, entre 16 meses e 6 anos de idade. Foram identificadas três trajetórias distintas, duas (dois grupos com maiores problemas de comportamento) que atingiram o seu pico entre os 24 e os 36 meses de idade e depois estabilizaram ou diminuíram, e uma que se verificou um nível baixo estável de comportamentos de externalização e um nível baixo, mas

ligeiramente crescente, de comportamentos de internalização. Verificou-se, assim, que os problemas de comportamento mais graves começaram no início do desenvolvimento e foram associados a maior desregulação da criança, depressão materna e menor nível socioeconómico.

Contudo, numa revisão de literatura com meta-análise realizada por Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, van Goudoever, e Oosterlaan (2009), verificou-se que existem estudos com resultados que não são consistentes com os descritos acima, sendo que de uma análise com 16 estudos, 3 não verificaram valores mais elevados para crianças prematuras do que para crianças de termo, relativamente a problemas de internalização e de externalização.

É hoje reconhecido que os problemas físicos, emocionais e comportamentais das crianças nascidas prematuras não se devem exclusivamente à prematuridade. Vários fatores têm sido associados aos problemas de desenvolvimento destas crianças, entre eles, baixo nível socioeconómico, contexto familiar desajustado, práticas educativas parentais mais negativas, perceção parental desajustada acerca das características da criança, fraca qualidade das relações entre os pais e a criança e a fraca estimulação parental (Veddo, Gibson, Kenny, Bowen, & Starte, 2004).

As práticas educativas parentais e o *stress* parental têm sido frequentemente identificados como tendo influência no desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais da criança (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Teti & Candelaria, 2002).

Parentalidade na Prematuridade

O nascimento prematuro, e as complicações neonatais associadas, constitui um evento *stressor*, que requer a mudança e redefinição de expectativas dos pais, que desafia o seu equilíbrio emocional e pode colocar obstáculos ao estabelecimento da relação pais-bebé (Gatta, Miscioscia, Svanellini, Peraro, & Simonelli, 2017; Ionio, Lista, Mascheroni, Olivari, Confalonieri, Mastrangelo, & Bova, 2017). No entanto, existe evidência de que a parentalidade positiva é um fator determinante do desenvolvimento da criança nascida prematura (Lundqvist-Persson, Lau, Nordin, Bona, & Sabel, 2012).

Os bebés prematuros, apresentam, frequentemente, imaturidade do desenvolvimento neurológico, que resulta em interações menos responsivas com os seus pais (Forcada-Guex et al., 2006), embora a qualidade das suas interações sociais tenda a melhorar nos dois primeiros anos de vida (Poehlmann, Schwichtenberg, Bolt, Hane, Burnson, & Winters, 2011). A imaturidade biológica e a sua vulnerabilidade têm implicações nos processos de adaptação

familiar, podendo interferir na interação entre os pais e o bebê e no processo de vinculação (Fernandes & Silva, 2015).

Por exemplo, alguns estudos verificaram que durante as interações iniciais mãe-bebê, as mães demonstram comportamentos mais intrusivos e menos sensíveis, e os RN prematuros mostram menos positividade emocional, cooperação e responsividade do que bebês nascidos a termo (Forcada-Guex et al., 2006).

As interações menos responsivas entre os bebês prematuros e os seus pais podem potenciar o desenvolvimento de comportamentos desafiadores das crianças, particularmente no contexto de *stress* parental elevado (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015).

Alguns autores têm reforçado a ideia de que as características do bebê prematuro não são, por si só, um fator suficiente para se compreender o modo como os pais lidam com o bebê, e apontam outros fatores intervenientes no processo como, por exemplo, a perceção que os pais têm acerca das suas próprias capacidades para cuidar do bebê (Halpern, Brand, & Malone, 2001), o apoio familiar e social que recebem (Linhares et al., 2000), o aspeto físico do bebê e o seu estado clínico (Allen, Manuel, Legault, Naughton, Pivor, & O'Shea, 2004; Linhares et al., 2000).

O estudo longitudinal conduzido por Fuertes, Faria, Fink, e Barbosa (2011) procurou analisar a relação entre as representações maternas no nascimento, as representações maternas do temperamento aos 9 meses, e a relação mãe-bebê, em RN prematuros e de termo. Os resultados mostraram que as mães de RN prematuros apresentaram mais perceções negativas sobre a gravidez e o parto, e mostraram mais preocupação relativamente à saúde e ao desenvolvimento dos seus filhos. No entanto, não se verificaram diferenças entre as mães de bebês prematuros e de termo quanto à sua capacidade de se envolverem num relacionamento positivo com o seu bebê. Aos 9 meses, as representações maternas positivas do temperamento dos bebês prematuros estavam relacionadas com as expectativas positivas sobre o desenvolvimento e o apoio social da família no nascimento.

De acordo com a perspetiva transacional, a parentalidade resulta da relação complexa entre as características da criança, da mãe e do contexto (Sameroff, 1975). Nesta perspetiva para a parentalidade na prematuridade concorrem, em simultâneo e em interinfluência, fatores relacionados com a criança (p.e., condições clínicas, temperamento, funcionamento cognitivo) e características associadas aos pais (p.e., estado emocional, estilo parental de resposta a situações *stressoras*, autorregulação dos pais, *stress* parental) e ao contexto.

Práticas e estilos educativos.

A qualidade das interações pais-criança é fundamental para compreender as trajetórias de desenvolvimento das crianças e as razões que explicam o facto de algumas crianças com temperamento desafiador apresentarem comportamento perturbador persistente, enquanto outras não (Olson, Sameroff, Kerr, & Lunkenheimer, 2009).

De acordo com Baumrind (1978), os estilos parentais podem variar entre duas dimensões ortogonais – a exigência face aos comportamentos parentais que requerem supervisão e disciplina, e a responsividade, que se refere a comportamentos de apoio e aquiescência, que favorecem a individualidade e autoafirmação dos filhos. Quando cruzadas, as duas dimensões dão origem a quatro estilos parentais: pais autoritativos (responsivos e exigentes), pais autoritários (exigentes, mas não responsivos), pais permissivos (responsivos, mas não exigentes) e pais negligentes (nem exigentes nem responsivos) (Smetana, 1995).

O modelo integrativo de Darling e Steinberg (1993) (Figura 1) sugere que os estilos parentais se referem a um conjunto de atitudes ou comportamentos específicos em relação à criança, que influenciam o seu processo de desenvolvimento. As práticas parentais vão variar de acordo com a situação. Assim, segundo este modelo, os estilos e as práticas parentais resultam diretamente de objetivos e valores dos pais (vetores nº 1 e nº 2). No entanto, sendo o desenvolvimento das crianças influenciado pelas atitudes dos pais, as práticas parentais têm um efeito direto no comportamento da criança. Assim, as práticas parentais possuem um efeito sobre os resultados específicos do desenvolvimento da criança (vetor nº 3). Os estilos parentais influenciam o desenvolvimento da criança através de uma relação moderadora entre as práticas parentais e os resultados do desenvolvimento (vetor nº 4). Além disso, os estilos parentais influenciam diretamente o processo de socialização da criança (vetor nº 5). Por sua vez, a abertura da criança ao processo de socialização modera a influência das práticas parentais no seu desenvolvimento (vetor nº 6) (Darling & Steingber, 1993).

É relevante distinguir estilos parentais e práticas parentais. O estilo parental é definido como “uma constelação de atitudes em relação à criança, que são transmitidas à criança e criam um clima emocional, no qual os comportamentos dos pais são expressos”, ao passo que as práticas parentais são “comportamentos específicos, direcionados por objetivos, através dos quais os pais cumprem os seus deveres parentais” (Darling & Steinberg, 1993, p. 493). Os pais utilizam práticas educativas para atingir metas específicas, por exemplo, de socialização e, por isso, as práticas parentais tendem a ter impacto imediato na vida da criança (idem). Por outro lado, o estilo parental é percecionado como um moderador da ligação entre as práticas parentais e os resultados da criança, tendo, por isso, um efeito indireto nos resultados da criança (idem).

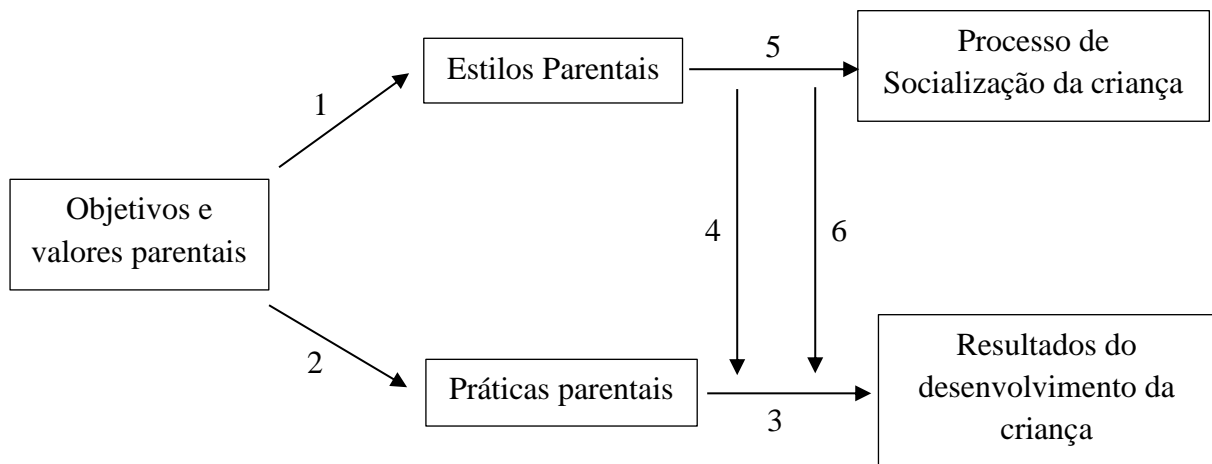


Figura 1. Modelo Integrativo de Darling e Steinberg (Adaptado de Darling & Steinberg, 1993, p.493).

Apesar dos resultados dos estudos acerca do impacto da parentalidade na criança serem ainda pouco consistentes, estudos têm verificado, por exemplo, que práticas educativas muito restritivas e de superproteção estão associadas ao aumento de níveis de afeto negativo (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, & Peetsma, 2007), a problemas de comportamento e a ansiedade (Moore, Whaley, & Sigman, 2004).

Estudos indicam que fatores de risco familiares, como pais ineficazes (p.e., disciplina severa, baixo envolvimento dos pais) são preditores precoces para o desenvolvimento e manutenção de problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes (p.e., Teti & Candelaria, 2002).

Acredita-se que o cuidado caloroso e responsivo, um componente importante das relações seguras de apego entre pais e filhos, ajuda a trocas sociais positivas e a internalização das competências de autorregulação (Dolby, Meade, Warren, Osborne, & Cooney, 2014).

A prematuridade tem-se mostrado associada negativamente às condições da parentalidade, aumentando o risco de estilos e práticas educativas disfuncionais, pouco promotoras do desenvolvimento equilibrado da criança (Hoffenkamp, Braeken, Hall, Tooten, Vingerhoets, & van Bakel, 2015).

As diferenças na qualidade da interação entre pais e filhos têm implicações para o desenvolvimento socioemocional das crianças (Clark, Woodward, Horwood, & Moor, 2008; Landry, Smith, Swank, Assel, & Vellet, 2001). Por um lado, as interações responsivas e de apoio estão associadas a um melhor desenvolvimento linguístico, cognitivo e social (Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera, & Lamb, 2004). Por outro lado, Landry e colaboradores (2001)

verificaram que a responsividade materna consistente ao longo do tempo foi particularmente importante para o desenvolvimento cognitivo e social em crianças nascidas prematuras.

A parentalidade eficaz e positiva pode influenciar a própria capacidade de autorregulação das crianças (Kochanska & Aksan, 2006). Por outro lado, a parentalidade rígida encontra-se associada a problemas de controlo inibitório e de internalização e externalização, e outros resultados prejudiciais em crianças (Gershoff & Grogan-Kaylor 2016; Olson, Tardif, Miller, Felt, Grabell, Kessler, ... & Hirabayashi, 2011).

Os estilos parentais e as práticas educativas dos pais são influenciadas quer pelas crenças parentais em relação à criança, quer pelas suas características (p.e., autorregulação parental) e o seu estado emocional.

Crenças parentais em relação à criança.

Os pais de crianças prematuras tendem a manifestar dúvidas acerca de como devem cuidar e relacionar-se com um bebé mais pequeno, que poderá ter problemas de saúde à nascença, e que é percecionado pelos pais como mais frágil e vulnerável (Linhares et al., 2000), o que pode condicionar negativamente a interação entre a figura parental e o bebé (Allen et al., 2004). Nestes casos, é frequente os pais considerarem a criança como vulnerável, i.e., como sendo um ser sem defesas físicas e/ou psicológicas (Síndrome da Criança Vulnerável – SCV), que potencia uma resposta extrema de proteção da criança (Klassen, Lee, Raina, Chan, Matthew, & Brabyn, 2004). Por exemplo, os pais com SCV manifestam níveis de preocupação excessivos para doenças triviais, como erupções cutâneas ou infeções virais (Maypole, Trozzi, & Augustyn, 2011).

Os pais que percebem os seus filhos como vulneráveis manifestam ansiedade e dificuldade de separação e são excessivamente permissivos ou excessivamente restritivos e controladores do comportamento dos filhos (Maypole, Trozzi, & Augustyn, 2011). Estas atitudes parentais podem ter consequências para as crianças, uma vez que estas podem internalizar a perceção de que são frágeis e menos resilientes do que os seus pares, podendo expressar essas perceções através de ansiedade e sintomas somáticos (idem).

No estudo conduzido por Potharst, Houtzager, van Wassenaeer-Leemhuis, Kok, Koot, e Last (2015) procurou-se investigar se as perceções parentais de vulnerabilidade da criança, aos 5 anos, são fatores de risco independentes para problemas comportamentais em crianças nascidas muito prematuras e nascidas a termo. Verificou-se que a perceção materna de vulnerabilidade da criança é um fator de risco para problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras.

No entanto, é necessário ter em conta que a maioria das percepções parentais sobre a vulnerabilidade dos seus filhos diminui com o tempo, sobretudo nas crianças que apresentam um desenvolvimento normativo ou que permanecem saudáveis (Maypole, Trozzi, & Augustyn, 2011).

Numa revisão de literatura com meta-análise realizada por Tallandini, Morsan, Gronchi, e Macagno (2014), os autores tiveram como objetivo de clarificar a etiologia fisiológicos e/ou psicológicos na percepção parental de vulnerabilidade da criança no contexto da prematuridade. Os resultados mostraram que a percepção parental de vulnerabilidade da criança depende principalmente dos fatores psicológicos dos pais (p.e., *stress*, sintomas depressivos), mas também dos fatores fisiológicos (p.e., tempo de internamento ao nascimento) das crianças.

No estudo de Samra, McGrath, e Wey (2010), procurou-se estudar a associação entre o nascimento prematuro tardio (entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias de gestação) e a percepção materna da vulnerabilidade da criança e superproteção dos pais, e verificou-se que o nascimento prematuro não se encontrava relacionado com o sentido materno de vulnerabilidade ou superproteção materna.

Assim, apesar de a prematuridade constituir um risco para a percepção parental de vulnerabilidade da criança e para o aumento da superproteção parental, não existe evidência de causalidade linear entre prematuridade e crenças parentais de vulnerabilidade do filho(a). Deste modo, outras variáveis devem ser consideradas para a compreensão dos percursos de desenvolvimento das crianças nascidas prematuras.

Autorregulação parental.

A autorregulação refere-se à capacidade de um indivíduo alterar os seus comportamentos de acordo com alguns padrões, ideais ou metas derivadas de expectativas internas ou sociais (Baumeister & Vohs, 2007).

A autorregulação dos pais requer o estabelecimento de metas e valores educacionais, reconhecendo a necessidade de eventual mudança de comportamentos habituais, através do planeamento e resolução de problemas inesperados, e monitorizando o comportamento dos próprios e dos seus filhos (Sanders, 2008). A adaptação dos pais ao exercício da parentalidade requer uma capacidade de regular o seu próprio comportamento, pensamentos e emoções, consoante a sua percepção do comportamento e necessidades da criança, e requer tentativas de regular o comportamento e o desenvolvimento da criança, enquanto se deparam com outras

tarefas da sua vida adulta profissional e relacional (Barros, Goes, & Pereira, 2015; Sanders, Turner, & Metzler, 2019).

É possível destacar algumas características de um pai com uma forte capacidade de autorregulação. Em primeiro lugar, estes pais têm uma noção clara dos tipos de comportamentos, competências e valores que desejam manifestar enquanto pais e adultos, e incutem-nos no seu filho e na sua casa (Sanders & Mazzucchelli, 2013), mostrando ter os recursos pessoais, o conhecimento e as competências para progredir de forma eficaz. Em segundo lugar, têm expectativas realistas sobre si mesmos, sobre os outros, e sobre o que podem esperar do seu filho em diferentes fases de seu desenvolvimento, (idem). Em terceiro lugar e por último, demonstram uma boa capacidade de resolução de problemas, sendo capazes de selecionar e implementar estratégias de mudança (idem).

A capacidade de autorregulação dos pais é fundamental para a manutenção de práticas parentais positivas, promotoras de bons resultados de desenvolvimento e saúde nas crianças (Clark & Frick, 2016; Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Na literatura, existem poucos estudos empíricos sobre as consequências da autorregulação dos pais ou sobre as estratégias de regulação emocional que os pais utilizam no seu exercício da parentalidade. No entanto, alguns estudos destacaram que uma fraca autorregulação emocional parental, ou desregulação emocional, surge associada a consequências negativas, como expressão emocional inadequada, que pode, por sua vez, contribuir para estratégias disciplinares severas ou punitivas ou para externalização de emoções negativas intensa, como raiva, hostilidade ou frustração (Dix, 1991), prejudiciais para o desenvolvimento e crescimento harmonioso da criança e para a interação pais-filho. Crianças cujos pais demonstram uma desregulação emocional significativa, tais como raiva ou afastamento social e emocional, apresentam um risco maior de resultados adversos, como dificuldades comportamentais, sociais e educacionais, e pior saúde física e mental (Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall, & Heyward, 2011; Oyserman, Bybee, Mowbray, & Hart-Johnson 2005). Noutros estudos, verificou-se que problemas de internalização e externalização das crianças surgem associados a uma expressão de depressão e hostilidade dos pais (Reeb, Conger, & Wu, 2010), e depressão e ansiedade dos mesmos (Kane & Garber, 2004). Na mesma linha, verificou-se num estudo que as crianças com mais problemas de externalização eram aquelas cujos pais tinham dificuldades em regular a expressão de hostilidade (Carrère & Bowie, 2011).

Resposta parental a emoções negativas da criança.

É comum os pais relatarem emoções negativas complexas em resposta aos problemas dos seus filhos, como culpa, vergonha, depressão, desesperança, raiva e ansiedade, o que leva os pais a ter mais dificuldade em controlar a expressão dessas emoções (Barros, Goes, & Pereira, 2015).

Ao longo do desenvolvimento, as crianças experienciam emoções positivas e negativas, e aprender a lidar com elas é um grande desafio para os pais. No entanto, até as crianças aprenderem a lidar e a regular os seus sentimentos negativos, é importante que os pais as ajudem (Nelson, O'Brien, Blankson, Calkins, & Keane, 2009). Em resposta às emoções negativas dos filhos, os pais fornecem informações fundamentais sobre estratégias de *coping* bem-sucedidas.

Os pais variam na forma como respondem às emoções negativas. Por um lado, as respostas apoiantes dos pais levam as crianças a explorar os seus sentimentos, e estimulam-nas a expressar as emoções ou a entender uma situação que elimina a emoção (Nelson, O'Brien, Blankson, Calkins, & Keane, 2009). Por outro lado, respostas não-apoiantes, como minimizar a experiência emocional da criança, ou punir a criança, levam-na a crer que não é aceitável ou correto expressar emoções negativas (*idem*).

As respostas de apoio dos pais às emoções negativas das crianças estão relacionadas com aspetos da competência emocional e social, incluindo a compreensão emocional das crianças (McElwain, Halberstadt, & Volling, 2007). Em contrapartida, as respostas não-apoiantes ou supressivas dos pais têm sido associadas ao afeto negativo da criança, possivelmente por causa de uma incapacidade ou indisposição de expressar sentimentos negativos (Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1996).

Stress parental.

O progressivo aumento do número de nascimentos prematuros conduziu a um interesse crescente pela compreensão do modo como os pais lidam com a situação de prematuridade, a curto e a longo prazo, uma vez que a maior parte destes pais experienciam situações complexas no contexto hospitalar, potenciadoras de níveis de *stress* mais elevados.

Alguns estudos têm verificado que os pais de crianças nascidas prematuras experienciam elevados níveis de *stress* (Trombini, Surcinelli, Piccioni, Alessandrini, & Faldella, 2008; van der Pal, Maguire, Le Cessie, Veen, Wit, Walther, & Bruil, 2008), e que o *stress* pode subsistir para além do período de internamento na Neonatologia (Brummelte, Grunau, Synnes, Whitfield, & Petrie-Thomas, 2011; Müller-Nix et al., 2004; Spinelli,

Poehlman & Bolt 2013). No entanto, não existe consistência de resultados quanto a níveis de *stress* experienciados pelos pais, nem em relação aos seus determinantes (Halpern, Brand, & Malone, 2001; Olafsen, Rønning, Dahl, Ulvund, Handegård, & Kaaresen, 2007).

Segundo modelo de Abidin (1995), o *stress* parental está relacionado, por um lado, com as crenças dos pais em relação às características da criança e, por outro lado, com crenças em relação à experiência da parentalidade, e a si próprios como capazes ou competentes para responder aos desafios de ser pais.

O modelo de mediação de Abidin (1992) postula que as associações entre o *stress* parental e o comportamento de externalização da criança podem ser indiretas e que a disfunção parental é provavelmente uma variável-chave responsável por essa associação.

De acordo com este modelo, elevados níveis de *stress* parental comprometem comportamentos parentais (Belsky, 1984) e, por sua vez, tais comportamentos parentais comprometidos predizem comportamentos de externalização das crianças (Mackler, Kelleher, Shanahan, Calkins, Keane, & O'Brien, 2015). Há evidências de que o *stress* parental prediz comportamentos parentais, incluindo punição física, negatividade em relação à criança e atitudes parentais negativas (p.e., Deater-Deckard & Scarr, 1996).

O *stress* parental surge na literatura associado a problemas de comportamento infantil e, por sua vez, o comportamento de externalização da criança encontra-se relacionado com o *stress* parental e pode ter uma influência sobre os comportamentos parentais (Mackler et al., 2015).

O estudo conduzido por Neece, Green, e Baker (2012) sugeriu que o *stress* parental é um antecedente e conseqüente dos problemas de comportamento e os problemas de comportamento são antecedentes e conseqüentes do *stress* parental, verificando-se efeitos recíprocos longitudinais entre o *stress* parental e o comportamento de externalização.

Num estudo longitudinal prospetivo conduzido por Gerstein e Poehlmann-Tynan (2015), examinou-se as relações transacionais entre o *stress* parental, a insensibilidade materna e o desenvolvimento de problemas de comportamento na primeira infância, em crianças nascidas prematuras aos 6 anos de idade (avaliadas aos 24 meses, 36 meses e 6 anos). Os resultados indicaram que a insensibilidade materna aos 36 meses mediou significativamente a relação entre o *stress* parental aos 24 meses e comportamentos de externalização aos 6 anos. O *stress* dos pais também surgiu diretamente associado ao comportamento de externalização da criança aos 6 anos.

Numa revisão de literatura com meta-análise realizada por Schappin, Wijnroks, Venema, e Jongmans (2013), os autores tiveram como objetivo integrar os resultados de

estudos anteriores acerca do *stress* em pais de crianças nascidas prematuras, desde o nascimento até os 12 anos de idade. Os resultados dos estudos que utilizaram o PSI indicaram que as pontuações obtidas pelos pais estão dos valores considerados normativos. Os resultados indicaram que os pais de crianças nascidas prematuras experienciam apenas um pouco mais de *stress* (principalmente para bebês com IG inferior e menor PN) do que pais de crianças nascidas de termo, com tamanhos de efeito pequenos. Assim, os autores concluíram que a prematuridade pode ser considerada como uma das possíveis complicações do nascimento, e não como uma fonte de *stress* em si.

Apesar de um conjunto substancial de estudos com foco nas variáveis que interferem no desenvolvimento das crianças nascidas prematuras, são poucas as investigações que têm incluído o estudo de mais do que uma dessas variáveis.

Capítulo II – Metodologia

Objetivos

Objetivo Geral.

O objetivo geral da presente investigação é estudar as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas educativas, a autorregulação parental, a resposta parental a emoções negativas da criança e a perceção parental de problemas de comportamento, em pais de crianças entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras.

Objetivos Específicos.

Definem-se como objetivos específicos:

- (1) Descrever o nível de *stress* parental;
- (2) Descrever as práticas educativas referidas pelos pais;
- (3) Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade;
- (4) Descrever o autorrelato da resposta parental a manifestações de emoções negativas da criança;
- (5) Descrever a perceção parental de problemas de comportamento da criança;
- (6) Analisar as diferenças considerando variáveis caracterizadoras (a idade, o sexo e funcionamento cognitivo das crianças; e a idade, o sexo, o nível socioeconómico percebido, o grau de escolaridade e o estudado civil dos pais) e analisar as associações entre as variáveis em estudo.
- (7) Estudar as associações entre as variáveis *stress* parental, praticas educativas parentais, autorregulação parental, resposta parental a emoções negativas e perceção parental de problemas de comportamento;

Hipóteses.

Apesar do presente estudo ser de carácter exploratório, são colocadas algumas hipóteses.

H1 – Dificuldades de autorregulação estão associadas positivamente a perceção de problemas de comportamento (externalização e internalização);

H2 – Práticas educativas de parentalidade negativa estão associadas positivamente a perceção de problemas de comportamento (externalização e internalização);

H3 – Níveis de *stress* parental estão associados positivamente a perceção de problemas de comportamento (externalização e internalização);

H4 – Respostas parentais mais negativas às emoções negativas das crianças estão associadas positivamente a perceção de problemas de comportamento (externalização e internalização);

H5 – Níveis de *stress* parental estão associados positivamente a parentalidade negativa.

Tipo de Estudo

O presente estudo é transversal, descritivo, correlacional e de caráter exploratório. A abordagem é quantitativa.

Amostra

Critérios, seleção e recolha de amostra.

A amostra do estudo incluiu um total de 33 participantes, mães que preencheram os questionários, e os respetivos filhos, que realizaram uma avaliação do funcionamento cognitivo.

A totalidade dos participantes é acompanhada na Consulta de Psicologia Pediátrica ou na Consulta de Desenvolvimento do Hospital onde se realizou o estudo, constituindo uma amostra de conveniência.

Destacam-se os seguintes critérios de inclusão para a constituição da amostra, cumulativamente:

Para os pais: a) ser o principal cuidador e habitar com a criança, b) não ter doença psiquiátrica diagnosticada ou outra condição que não permita a leitura e compreensão dos questionários, e c) ter domínio da língua portuguesa.

Para as crianças: a) idade compreendida entre os 4 e os 10 anos, b) nascidas prematuras ($24 \leq IG < 37$ semanas), c) sem diagnóstico de lesão neurológica, d) sem deficiência sensorial, e e) sem critérios para diagnóstico de PEA.

Apesar dos pais não terem sido, à partida, excluídos do estudo, e de se ter procurado a sua participação, a amostra deste estudo é exclusivamente do sexo feminino.

As crianças tinham idade compreendida entre os 4 e os 10 anos, com uma média de 6,52 anos. A IG variou entre as 26 e as 36 semanas, com uma média de 30,79 semanas. O Quociente de Inteligência Verbal (QIV) das crianças variou entre 56 e 133, com uma média de 91,67. O Quociente de Inteligência de Realização (QIR) das crianças variou entre 49 e 114, com uma média de 89,67. O Quociente de Inteligência da Escala Completa (QIEC) das crianças variou entre 49 e 125, com uma média de 89,18 (Tabela 1).

Tabela 1

Estatísticas descritivas de dados sociodemográficos e caracterizadores das crianças (Idade, IG, QIV, QIR, QIEC)

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade	33	4	10	6,52	1,84
IG	33	26	36	30,79	3,00
QIV	33	56	133	91,67	19,04
QIR	33	49	114	89,67	16,28
QIEC	33	49	125	89,18	18,71

Relativamente à idade das mães (tabela 2) que participaram no estudo, 1 (3%) tinha idade compreendida entre os 25 e os 30 anos, 6 (18,2%) tinham idade compreendida entre os 31 e os 35 anos, 12 (36,4%) tinham entre 36 e 40 anos, e 14 (42,4%) mães tinham idade superior a 40 anos.

Tabela 2

Dados sociodemográficos dos pais (idade)

	Frequência	Percentagem
<25 anos	0	0%
25-30 anos	1	3%
31-35 anos	6	18,2%
36-40 anos	12	36,4%
>40 anos	14	42,4%
Total	33	100%

No que diz respeito ao estado civil (tabela 3) das participantes, 30 (90,9%) encontravam-se casadas ou em união de facto, 2 (6,1%) encontravam-se divorciadas, e 1 (3%) era solteira.

Tabela 3

Dados sociodemográficos dos pais (estado civil)

	Frequência	Percentagem
Casado ou união de facto	30	90,9%
Divorciado	2	6,1%
Viúvo	0	0%
Solteiro	1	3%
Total	33	100%

Em relação ao estatuto socioeconómico (Tabela 4) das mães, 3 (9,1%) reportaram um estatuto socioeconómico baixo, 13 (39,4) referiram ser médio-baixo, 17 (51,5%) referiram ser médio, e nenhuma mãe referiu ser alto.

Tabela 4

Dados sociodemográficos dos pais (estatuto socioeconómico)

	Frequência	Percentagem
Baixo	3	9,1%
Médio-baixo	13	39,4%
Médio	17	51,5%
Alto	0	0%
Total	33	100%

A respeito da situação laboral (Tabela 5), 28 (84,8%) das mães encontravam-se a trabalhar, e 5 (15,2%) encontravam-se em situação de desemprego.

Tabela 5

Dados sociodemográficos dos pais (situação laboral)

	Frequência	Percentagem
Empregado	28	84,8%
Desempregado	5	15,2%
Total	33	100%

Quanto à nacionalidade, todas as participantes do estudo tinham nacionalidade portuguesa.

Relativamente ao país de origem (Tabela 6), 29 (87,9%) mães nasceram em Portugal, 3 (9,1%) no Brasil, e 1 (3%) em Cabo Verde.

Tabela 6

Dados sociodemográficos dos pais (país de origem)

	Frequência	Percentagem
Portugal	29	87,9%
Brasil	3	9,1%
Cabo Verde	1	3%
Total	33	100%

No que concerne à escolaridade (Tabela 7), 14 (42,4%) das mães reportaram ter a escolaridade mínima, 10 (30,3%) relataram ter um curso médio, e 9 (27,3%) relataram ter um curso superior.

Tabela 7

Dados sociodemográficos dos pais (escolaridade)

	Frequência	Percentagem
Sem escolaridade mínima	0	0%
Com escolaridade mínima	14	42,4%
Curso médio	10	30,3%
Curso superior	9	27,3%
Total	33	100%

Quanto aos dados relativos às crianças, participaram no estudo 17 (51,5%) crianças do sexo feminino, e 16 (48,5%) do sexo masculino (Tabela 8).

Tabela 8

Dados sociodemográficos das crianças (sexo)

	Frequência	Porcentagem
Feminino	17	51,5%
Masculino	16	48,5%
Total	33	100%

Relativamente ao benefício de terapias de apoio (Tabela 9), 12 (36,4%) das crianças beneficiavam de apoio, e 21 (63,6%) não beneficiavam.

Tabela 9

Dados sociodemográficos das crianças (frequenta terapias de apoio)

	Frequência	Porcentagem
Sim	12	36,4%
Não	21	63,6%
Total	33	100%

No que diz respeito ao tipo de apoio que as crianças beneficiavam (Tabela 10), 8 (66,7%) crianças beneficiavam de apoio da Terapia da Fala, e 4 (33,3%) beneficiavam de Apoio Escolar.

Tabela 10

Dados sociodemográficos das crianças (tipo de apoio)

	Frequência	Porcentagem
Terapia da Fala	8	66,7%
Apoio Escolar	4	33,3%
Outro	0	0
Total	12	100%

Das crianças que participaram no estudo (Tabela 11), 26 (78,8%) foram sinalizadas por parte da Consulta de Desenvolvimento, e 7 (21,2%) foram sinalizadas pela Consulta de Psicologia Pediátrica.

Tabela 11

Tipo de consulta pela qual as crianças foram sinalizadas

	Frequência	Percentagem
Desenvolvimento	26	78,8%
Psicologia	7	21,2%
Pediátrica		
Total	33	100%

Instrumentos de recolha de dados

Questionário Sociodemográfico.

Com o Questionário Sociodemográfico (Anexo I), foram recolhidos dados sociodemográficos das mães e das crianças. Em relação às mães, procurou-se saber a idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, perceção de nível socioeconómico nacionalidade e país de origem. Em relação às crianças, procurou-se saber a idade, sexo, tempo de gestação, e apoios.

Índice de *Stress* Parental.

O Índice de *Stress* Parental (PSI, *Parental Stress Index*, na versão original de Abidin) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Santos (1992). Este instrumento avalia dois domínios principais de fontes de *stress* na relação pais-filho, as características da criança (Domínio da Criança) e as características da figura parental (Domínio dos Pais) (Abidin, 2003). A sua aplicação é individual, podendo ser aplicado a mães ou pais.

A versão portuguesa (Santos, 1992) contém 132 itens, incluindo 24 itens constituintes da escala opcional *Stress* de Vida, que não foi contemplada no presente estudo, e avalia fatores de *stress* situacional que moderam ou exacerbam o *stress* no funcionamento dos pais. Os restantes 108 itens estão divididos em dois domínios (Domínio Parental e Domínio da Criança), e cada um integra subescalas, que possibilitam a identificação de fontes específicas de *stress*. As respostas dos pais são fornecidas numa escala de Likert de cinco pontos (desde “Discordo Completamente”, correspondente a 1, até “Concordo Completamente”, correspondente a 5). É constituído por um caderno de aplicação e uma folha de resposta, na qual o pai/mãe faz um círculo à volta da resposta selecionada (DC – Discordo Completamente, D – Discordo, NTC – Não Tem a Certeza, C – Concordo, CC – Concordo Completamente).

O Domínio da Criança avalia os aspetos do temperamento da criança e as percepções que os pais têm do impacto das características da criança, e inclui as subescalas Distração/Hiperatividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação e Exigência (Abidin, 1995). O Domínio dos Pais avalia algumas características dos pais e variáveis do contexto familiar que influenciam a capacidade de responder adequadamente às tarefas e exigências associadas ao papel de mãe/pai, e inclui as subescalas Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do Papel, Depressão, Relação com Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde (idem). Deste modo, é possível obter três tipos de resultados: um para cada uma das subescalas, um para cada Domínio e um resultado Total referente ao somatório dos dois domínios. Quanto mais elevado o resultado, maior o nível de *stress* experienciado pelo pai/mãe.

A subescala de Autonomia, pertencente ao Domínio da Criança, foi acrescentada na versão portuguesa do PSI, por se considerar que esta pode constituir uma área geradora de *stress* na relação pais-criança.

Quanto às subescalas que constituem o Domínio da Criança, verifica-se que (1) a Maleabilidade da Adaptação avalia o grau de facilidade com que a criança lida com a mudança e com as transições, (2) a Exigência está ligada à pressão direta que a criança exerce sobre a figura parental, (3) o Humor está relacionado com choro excessivo, retraimento e depressão, (4) a Distração/Hiperatividade resulta de um desgaste da energia das figuras parentais, que requer uma gestão ativa por parte dos pais e a manutenção de uma vigilância elevada, (5) a Aceitação aborda até que ponto a criança satisfaz as expectativas que os pais tinham face à mesma, ou seja, foca dimensões associadas ao facto de a criança possuir ter características socialmente desejáveis, e (6) o Reforço aos Pais refere-se ao grau pelo qual a interação mãe/pai-criança resulta, para os pais, numa resposta afetiva positiva (Abidin, 2003).

No que diz respeito às subescalas que fazem parte do Domínio dos Pais, verifica-se que (1) a Depressão avalia até que ponto a disponibilidade emocional da figura parental face à criança está prejudicada, e em que sentido a energia emocional e física do pai/mãe está comprometida, (2) o Sentido de Competência avalia a percepção de competência da figura parental em relação ao desempenho do seu papel como mãe/pai, e diz respeito ao conhecimento de como gerir o comportamento da criança e ao estar à vontade na tomada de decisões (p.e., quando e como disciplinar a criança), (3) a Vinculação avalia o investimento intrínseco que a figura parental tem no seu papel como pai/mãe, (4) a Relação com Marido/Mulher avalia o apoio físico e emocional que é facultado para facilitar o desempenho do papel parental, e permite determinar o nível de conflito na relação, que está associado ao funcionamento

parental, (5) o Isolamento Social avalia o isolamento social da figura parental e a disponibilidade do apoio social para o desempenho do seu papel de mãe, (6) a Saúde Parental avalia o impacto do estado de saúde física da figura parental na sua capacidade para satisfazer as exigências associadas ao papel mãe/pai, e (7) as Restrições do Papel avalia o impacto que a parentalidade tem na liberdade pessoal e noutros papéis, e o impacto negativo das perdas e ressentimento associados com a perceção parental de abandono de papéis importantes na sua vida (Abidin, 2003).

O PSI demonstrou possuir boas qualidades psicométricas em termos de validade e fidelidade (Abidin, 1995), assim como a adaptação portuguesa do instrumento para crianças mais velhas (Santos, 1992).

No presente estudo, foram incluídos o Domínio da Criança (α Cronbach = 0,88) e o Domínio dos Pais (α Cronbach = 0,92). Mais especificamente foram incluídas subescalas do Domínio da Criança, concretamente a subescala Distração/Hiperatividade (α Cronbach = 0,80), Aceitação (α Cronbach = 0,78) e Maleabilidade de Adaptação (α Cronbach = 0,67). Na subescala Humor, foi retirado o item 15, para que a subescala obtivesse um valor aceitável de confiabilidade, passando a α Cronbach = 0,73. As subescalas Reforço aos Pais, Exigência, e Autonomia não foram incluídas no estudo, uma vez que, através da análise de confiabilidade, não se obtiveram valores aceitáveis.

As subescalas pertencentes ao Domínio dos Pais que foram incluídas no presente estudo foram a subescala de Sentido de Competência (α Cronbach = 0,64), Restrição do Papel (α Cronbach = 0,88), Depressão (α Cronbach = 0,77), Relação com Marido/Mulher (α Cronbach = 0,77), Saúde Parental (α Cronbach = 0,75) e Isolamento Social. Na subescala Isolamento Social, foi retirado o item 102, para que a subescala obtivesse um valor aceitável de confiabilidade, passando a α Cronbach = 0,71. Na subescala Saúde Parental, foi retirado o item 108. A subescala Vinculação não foi incluída no estudo, uma vez que, através da análise de confiabilidade, não se obteve um valor aceitável.

Em anexo (Anexo II) encontra-se um excerto do questionário.

Checklist do Comportamento da Criança.

A Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & McConaughy, 1997), na versão portuguesa Inventário de Comportamento da Criança para Pais (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994), permite registar de forma estandardizada as competências e os problemas de comportamento da criança e do adolescente, com base em informação fornecida

pelos pais ou outros adultos significativos que interagem com a criança. É frequentemente usado em protocolos de *screening* na avaliação psicológica de crianças e adolescentes.

Este inventário contempla duas versões, uma para idade pré-escolar (entre 1½ e 5 anos) e uma para idade escolar (entre 6 e 18 anos) (Gonçalves & Simões, 2000).

A CBCL 1½ - 5 é constituída por 99 itens com questões estruturadas e 3 questões abertas que permite conhecer a perceção dos pais ou outros informadores que convivam com a criança em contexto familiar, sobre os seus comportamentos, problemas e competências. O pai/mãe deve classificar os itens relativamente aos dois últimos meses, de acordo com uma escala de Likert de três pontos (0 – afirmação não é verdadeira; 1 – afirmação de alguma forma ou algumas vezes verdadeira; 2 – afirmação muito verdadeira ou frequentemente verdadeira). Os itens descrevem tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais. São pontuados em escalas de síndromes (Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas de Sono, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo) e em escalas orientadas pelo DSM-5 (Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas do Espectro do Autismo, Problemas de Défice de Atenção/Hiperatividade, Problemas de Oposição) (Gonçalves & Simões, 2000). As questões de resposta aberta não foram contempladas neste estudo.

A CBCL 6-18 é composta por 112 itens com questões estruturadas, que permitem conhecer a perceção geral dos pais ou outros informadores que convivem com a criança/adolescente em contexto familiar. O pai/mãe deve classificar os itens relativamente aos últimos 6 meses, numa escala de Likert de três pontos, igual à da versão para idade pré-escolar, numa classificação passível de ser enquadrada nas escalas de síndromes e nas escalas de internalização (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas) e externalização (Comportamento Delinvente, Comportamento Agressivo).

As respostas são somadas para obter pontuações para as escalas de problema de internalização, externalização e total de problemas. Pontuações altas nas subescalas de internalização e externalização indicam comportamentos mais problemáticos. Nas Escalas de Internalização, Externalização e Total de problemas, valores normalizados superiores a 63 indicam um nível clínico, valores entre 60 e 63 um nível *borderline*, e valores abaixo de 63 são normativos. Este inventário demonstrou possuir boas qualidades psicométricas em termos de validade e fidelidade (α varia entre 0,78 e 0,97) (Gonçalves & Simões, 2000).

No presente estudo, foram calculados os valores normalizados das Escalas de Internalização, Externalização e Total.

Em anexo (Anexo III) encontra-se um excerto do questionário.

Questionário de Práticas Parentais.

O Questionário de Práticas Parentais foi desenvolvido a partir de Parent Practices Interview (PPI) no âmbito do projeto “Os Anos Incríveis” (Webster-Stratton, 1998) da Universidade de Washington – Parenting Clinic, e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gaspar e Santos (2004).

Este instrumento de autorrelato avalia a perceção parental em relação à forma como exercem a parentalidade, as formas de educar e disciplinar as crianças e ensiná-las a distinguir entre o bem e o mal. O questionário é constituído por duas escalas: Parentalidade Positiva e Parentalidade Negativa. Cada escala subdivide-se em diferentes subescalas: cinco de Parentalidade Positiva e duas de Parentalidade Negativa.

As subescalas de Parentalidade Positiva são Disciplina Apropriada (p.e., “Se o seu filho se recusou a fazer algo que o mandou fazer, quantas vezes faz com que o seu filho corrija o problema ou compense o mal que fez?”), Disciplina Verbal Positiva (p.e., “Se o seu filho se recusou a fazer algo que o mandou fazer, quantas vezes discute o problema com ele ou faz-lhe perguntas sobre o que aconteceu?”), Elogios e Incentivos (p.e., “Quando o seu filho vai para a cama quando o manda ou se levanta a horas, quantas vezes o elogia?”), Expetativas Claras (p.e., “Eu defini de forma clara as regras e o que espero do meu filho quanto às tarefas que ele tem de fazer”) e Monitorização (p.e., “Nos últimos 2 dias, cerca de quantas horas, no total, esteve o seu filho fora de casa sem a presença de um adulto?”).

As subescalas de Parentalidade Negativa são Disciplina Inconsistente e Rígida (p.e., “Se o seu filho se recusou a fazer algo que o mandou fazer, quantas vezes levanta a voz (ralha ou grita?)”) e Punição Física (p.e., “Se o seu filho se recusou a fazer algo que o mandou fazer, quantas vezes dá uma palmada?”).

É avaliado numa escala de Likert de 5 pontos (1 corresponde a “Nunca” e 5 a “Sempre”). A pontuação de cada subescala foi obtida através da média das pontuações dos itens que a compõem. Quanto mais alta é a pontuação, mais negativas são as práticas utilizadas pelos pais relativamente à parentalidade negativa, e mais positivas nas escalas da parentalidade positiva. Este questionário mostrou possuir boas qualidades psicométricas em termos de validade e fidelidade.

No presente estudo, foram incluídas as escalas de Parentalidade Positiva e Parentalidade Negativa. Na escala de Parentalidade Positiva, foi retirada a alínea b) do item 15, para obter um α Cronbach de 0,52. Na escala de Parentalidade Negativa obteve-se um α Cronbach de 0,88. Foram incluídas as subescalas Disciplina Apropriada (α Cronbach = 0,74), Disciplina Inconsistente e Punitiva (α Cronbach = 0,83), e Punição Física (α Cronbach = 0,95). Na

subescala Disciplina Verbal Positiva, foi retirada a alínea e) do item 9, para que a subescala obtivesse um valor aceitável de confiabilidade, passando a α Cronbach = 0,61. Na subescala Expetativas claras, foi retirada a alínea b) do item 10, para que a subescala obtivesse um valor aceitável de confiabilidade, passando a α Cronbach = 0,63. As subescalas Monitorização e Elogios e Incentivos não foram incluídas no estudo, uma vez que, através da análise de confiabilidade, não foram obtidos valores aceitáveis.

Em anexo (Anexo IV) encontra-se um excerto do questionário.

Escala de Regulação Emocional Parental.

A *Parent Emotion Regulation Scale* (PERS), na versão portuguesa Escala de Regulação Emocional, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pereira, Barros, Roberto, e Marques (2017). Esta escala avalia a auto percepção da regulação de emoções negativas no contexto da parentalidade. É constituída por 20 itens, divididos em quatro dimensões distintas – Orientação para as Emoções da Criança, Evitamento das Emoções da Criança, Falta de Controlo Emocional, e Aceitação das Emoções da Criança e das próprias. É avaliado numa escala de Likert de 5 pontos (0 corresponde a “Nunca ou quase nunca”, e 4 a “Sempre ou quase sempre”).

A dimensão Orientação para as emoções da Criança diz respeito à capacidade de os pais estarem atentos para reconhecer e compreender as emoções da criança, e os seus esforços para ajudar a criança a compreender as suas próprias emoções. A dimensão Evitamento das emoções da Criança inclui crenças negativas sobre as emoções negativas da criança e os pais evitarem a expressão de sentimentos negativos da criança. A dimensão Falta de Controlo Emocional refere-se à dificuldade de os pais gerirem as próprias emoções perante os filhos e de se envolverem em comportamentos direcionados a objetivos (p.e., ajudar a criança a resolver um problema) quando a criança está a passar por emoções negativas. A dimensão Aceitação das Emoções da Criança e das próprias refere-se à aceitação das emoções negativas dos pais em relação à criança e à capacidade de tolerar algum grau de manifestações emocionais negativas da criança.

Esta escala mostrou possuir boas qualidades psicométricas em termos de validade e fidelidade (Pereira, Barros, Roberto, & Marques, 2017).

No presente estudo, foram incluídas as dimensões Orientação para as emoções da Criança (α Cronbach = 0,75), Evitamento das emoções da Criança (α Cronbach = 0,87) e Falta de Controlo Emocional (α Cronbach = 0,77). A dimensão Aceitação das Emoções das Crianças

e das próprias não foi incluída no estudo, uma vez que, através da análise de confiabilidade, não se obteve um valor aceitável (α Cronbach = 0,46).

Em anexo (Anexo V) encontra-se um excerto do questionário.

Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos.

A Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES), na versão portuguesa Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos, foi originalmente desenvolvida por Fabes, Eisenberg, e Bernzweig (1990), e adaptada e traduzida para a população portuguesa por Alves e Cruz (2011). É uma escala de autorrelato que tem como objetivo avaliar as reações dos pais às emoções negativas dos filhos, quando estes se encontram em situações perturbadoras, ou seja, avaliar as respostas referidas pelos pais face a emoções negativas da criança. São apresentadas aos pais 12 situações hipotéticas que podem potenciar reações negativas da criança. É avaliada numa escala de Likert de 7 pontos (1 corresponde a “Nada provável” e 7 a “Muito provável”), na qual é pedida aos pais para classificarem numa escala de 1 a 7 a probabilidade de utilizar cada uma das reações apresentadas.

Esta escala encontra-se dividida em sete subescalas – Reações de Aborrecimento (representam o próprio desconforto dos pais perante a manifestação de emoções negativas por parte da criança), Reações Punitivas (envolvem a punição verbal ou física da criança pela expressão de uma emoção com o propósito de a reprimir), Reações de Minimização (refletem a desvalorização ou depreciação da reação emocional ou do problema que a despoletou, com o objetivo de restringir a expressão emocional), Reações Centradas no Problema (auxiliam a criança a lidar com as emoções, centrando-se no problema que as originou), Reações de Encorajamento Expressivo (equivalem a comportamentos de encorajamento da expressão emocional negativa da criança), Reações Centradas na Emoção (ajudam a criança a encontrar estratégias para lidar com o que sente), e Ignorar a Criança (consiste em ignorar a criança quando expressa uma emoção negativa).

No presente estudo, foram incluídas as sete subescalas Reações de Aborrecimento (α Cronbach = 0,80), Reações Punitivas (α Cronbach = 0,83), Encorajamento Expressivo (α Cronbach = 0,87), Reações focadas na Emoção (α Cronbach = 0,87), Reações focadas no Problema (α Cronbach = 0,74), Minimização de Reações (α Cronbach = 0,79) e Ignorar a Criança (α Cronbach = 0,78).

Em anexo (Anexo VI) encontra-se um excerto do questionário.

Escala de Inteligência de Wechsler.

Para avaliação do desenvolvimento da criança, foi utilizada a Escala de Inteligência de Wechsler para Idade Pré-Escolar e Primária – Edição Revista (WPPSI-R), para as crianças até aos 6 anos de idade, e a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª Edição (WISC-III), para as crianças entre os 6 e os 10 anos. Os resultados desta avaliação foram considerados como uma variável caracterizadora da criança. De um modo geral, um nível de QI de 69 ou menos classifica-se como Muito Inferior, um QI entre 70 e 79 classifica-se como Inferior, um QI entre 80 e 89 classifica-se como Médio Inferior, um QI entre 90 e 109 classifica-se como Médio, um QI entre 110 e 119 classifica-se como Médio Superior, um QI entre 120 e 129 classifica-se como Superior, e um QI igual ou superior a 130 classifica-se como Muito Superior.

WPPSI-R.

A WPPSI-R (Wechsler, 2003a) é um instrumento clínico administrado individualmente dos 3 anos aos 6 anos e 6 meses, que fornece medidas estandardizadas de diversas aptidões, que refletem os diferentes aspetos da inteligência. Tem como objetivo avaliar o funcionamento intelectual das crianças, testando as suas competências em várias tarefas. Inclui um grupo de subtestes perceptivo-motores (realização) e um grupo de subtestes verbais. Os resultados obtidos permitem calcular um QI de Realização e um QI Verbal, e os resultados combinados de ambos originam o QI relativo à Escala Completa. Os subtestes verbais são Informação, Compreensão, Aritmética, Vocabulário, Semelhanças e Frases Memorizadas (opcional). Os subtestes de realização incluem Composição de Objetos, Figuras Geométricas, Quadrados, Labirintos, Completamento de Gravuras e Tabuleiro dos Animais (opcional). No presente estudo, foram administrados todos os subtestes.

WISC-III.

A WISC-III (Wechsler, 2003) é um instrumento clínico administrado individualmente dos 6 anos aos 16 anos e 11 meses, que fornece medidas estandardizadas de diversas aptidões, que refletem os diferentes aspetos da inteligência. Tem como objetivo avaliar o funcionamento intelectual das crianças, testando as suas competências em várias tarefas. Inclui diversos subtestes, cada um deles avaliando um aspeto diferente da inteligência, um grupo de subtestes perceptivo-motores (realização) e um grupo de subtestes verbais. Os resultados obtidos permitem calcular um QI de Realização e um QI Verbal, e os resultados combinados de ambos originam o QI relativo à Escala Completa. Os subtestes verbais são Informação, Semelhanças,

Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (opcional). Os subtestes de realização incluem Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objetos, Pesquisa de Símbolos (opcional) e Labirintos (opcional). No presente estudo, foram administrados todos os subtestes, com exceção do subteste Labirintos.

Assim, permite a avaliação do funcionamento cognitivo e permite averiguar a possibilidade de existência de indícios associados a alterações neurológicas ou lesões cerebrais (Wechsler, 2003).

Procedimentos de Recolha de Dados

O estudo integrou duas modalidades de recolha de dados. Na primeira modalidade, os Pais que respondiam aos critérios de inclusão foram identificados pelos médicos assistentes e foram convidados a participar num momento da Consulta de Desenvolvimento. No final da Consulta, foram explicados os objetivos do estudo e o que é pedido para a sua participação. Os pais que aceitaram assinaram o consentimento informado e esclarecido (Anexo VII) e foi agendada uma data para proceder à realização da avaliação cognitiva da criança, no Hospital. Enquanto foi realizada a avaliação cognitiva à criança, os pais permaneceram na sala de espera a preencher os questionários.

Na segunda modalidade, foram identificados os participantes que respondiam aos critérios de inclusão na amostra e que tinham sido ou estavam a ser acompanhados na Consulta de Psicologia Pediátrica.

Em relação aos potenciais participantes que tinham sido acompanhados na Consulta de Psicologia Pediátrica, foram inicialmente consultados os processos de avaliação psicológica, dos últimos 8 meses, e identificados os que respondiam aos critérios para ser incluídos na amostra, no total de 2 casos. Nesses casos, foram considerados os resultados das medidas de avaliação já utilizadas (respetivamente, da WISC-III ou WPPSI-R, dependendo da idade da criança). Em seguida, os pais foram contactados por via telefónica, sendo-lhes explicado, nesse momento, os objetivos do estudo e pedida a autorização para a consulta e utilização dos dados constantes no processo. Com os pais que aceitaram participar no estudo, agendou-se uma data para assinarem o consentimento informado e esclarecido (Anexo VIII) e preencherem os restantes questionários cuja informação ainda não constava no seu processo.

Por outro lado, foram identificados os casos que estavam a ser acompanhados, no momento presente, na Consulta de Psicologia Pediátrica, e que já tinham realizado a avaliação psicológica para fins clínicos, no total de 5 casos. Nesses casos, foi apresentado aos pais o estudo, no final da última consulta de avaliação ou de acompanhamento, foram explicados os

objetivos, e pedida a autorização para a consulta e utilização dos dados constantes no processo e foi pedido que preenchessem os restantes questionários. Os pais que aceitaram, assinaram o consentimento informado e preencheram os questionários na sala de espera.

Foram redigidos dois consentimentos informados distintos, um para crianças que tinham avaliação cognitiva realizada na Consulta de Psicologia Pediátrica, nos últimos 8 meses, e um outro para crianças que não tinham avaliação cognitiva realizada (e que foram convidados a participar no final da Consulta de Desenvolvimento).

Procedimentos Éticos e Confidencialidade dos Dados

O estudo foi submetido e aceite pela Comissão de Ética do Hospital, com pareceres favoráveis da Unidade de Investigação Clínica (UCI) e do Encarregado para a Proteção de Dados (EPD) (Anexo IX).

Tal como consta no Consentimento Informado e Esclarecido, foi assegurada aos Pais a confidencialidade dos dados. Em nenhum momento foi identificado o nome da criança ou dos pais. Todos os questionários foram anonimizados através da atribuição de número de código constante, à partida, no próprio questionário. Os dados foram tratados na sua globalidade. Após a construção da base de dados, os questionários foram destruídos. Durante todo o tempo da investigação, os dados foram guardados em local seguro, apenas acessível à equipa de investigação.

Procedimentos de Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; versão 25).

Começou-se por realizar a análise descritiva dos dados (frequências relativas, percentagens, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos), consoante o tipo de dados e resultados proporcionados por cada um dos questionários. De seguida, procedeu-se à análise do grau de confiabilidade de cada escala e subescala. Após essa análise procedeu-se à verificação da normalidade de cada escala e subescala. Procedeu-se a análise das diferenças entre o sexo das crianças, para cada variável. O pressuposto de normalidade de distribuição para o teste t de Student foi analisado com o teste de Shapiro-Wilk e, quando este era verificado, utilizou-se o teste t de Student. Quando o pressuposto de normalidade não se encontrava satisfeito, usou-se a alternativa não-paramétrica ao teste t de Student, o teste de Mann-Whitney. Analisaram-se as correlações entre as diferentes variáveis, através do Coeficiente de Pearson ou do Coeficiente de Spearman, de acordo com a normalidade da amostra.

Capítulo III – Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados do presente estudo. Para simplificar a sua leitura, a apresentação faz-se tendo como estrutura a sequência dos objetivos específicos.

Objetivo específico 1 – Descrever o nível de *stress* parental.

Na tabela 12 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas na análise dos resultados dos domínios e das subescalas do PSI.

Tabela 12

Medidas de tendência central e de dispersão do PSI

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Domínio da Criança	33	46,00	107,00	70,46	16,94
Distração/Hiperatividade	33	10,00	34,00	20,64	6,20
Maleabilidade de Adaptação	33	17,00	47,00	28,79	6,01
Humor*	33	3,00	11,00	5,76	2,63
Aceitação	33	8,00	30,00	15,27	5,64
Domínio dos Pais	33	54,00	165,00	99,18	23,58
Sentido de Competência	33	20,00	43,00	27,58	5,52
Restrições do Papel	33	7,00	34,00	17,24	6,71
Depressão	33	9,00	33,00	18,97	5,74
Relação com marido/mulher	33	7,00	23,00	15,27	4,32
Isolamento Social**	33	5,00	19,00	9,97	3,23
Saúde Parental***	33	4,00	19,00	10,15	3,24

*item 15 excluído

**item 102 excluído

***item 108 excluído

Considerando as diversas subescalas, os valores indicadores de níveis mais elevados de *stress* foram encontrados nas subescalas Maleabilidade de Adaptação (M=28,79) do Domínio da Criança, e na subescala Sentido de Competência do Domínio dos Pais. Os valores mais baixos foram encontrados na subescala de Humor do Domínio da Criança e na subescala Isolamento Social do Domínio dos Pais.

Objetivo específico 2 – Descrever as práticas educativas referidas pelos pais.

Na tabela 13 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas na análise dos resultados das subescalas do Questionários de Práticas Educativas Parentais (PPI).

Tabela 13

Medidas de tendência central e de dispersão do PPI

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Parentalidade Positiva	33	2,63	3,83	3,18	0,30
Disciplina Apropriada*	33	2,09	4,64	3,29	0,54
Disciplina Verbal Positiva**	33	1,88	4,75	3,63	0,57
Expetativas Claras***	33	1,40	3,60	2,21	0,60
Parentalidade Negativa	33	1,33	3,43	2,24	0,53
Disciplina Rígida Inconsistente	33	1,20	3,67	2,42	0,56
Punição Física	33	1,00	5,00	1,78	0,83

*item 15b excluído

**item 9e excluído

***item 10b excluído

Analisando comparativamente os domínios da Parentalidade Positiva e da Parentalidade Negativa, verificam-se resultados mais elevados, indicativos de maior utilização, no domínio Parentalidade Positiva.

As práticas parentais positivas, a Disciplina Apropriada e a Disciplina Verbal Positiva, são reportadas pelas mães como as mais utilizadas. A prática parental negativa Punição Física foi reportada como a menos utilizada.

Objetivo específico 3 – Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade.

Na tabela 14 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas na análise dos resultados das subescalas da Escala de Regulação Emocional Parental (PERS).

Tabela 14

Medidas de tendência central e de dispersão do PERS

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Orientação para as Emoções da Criança	33	2,80	4,00	3,62	0,39
Evitamento das Emoções da Criança	33	0,33	3,67	1,80	1,02
Fraco Controlo Emocional	33	1,60	4,00	2,50	0,64

Verificou-se um valor mais elevado na subescala Orientação para as Emoções da Criança, indicador de boa capacidade dos pais para estarem atentos, reconhecer e compreender as emoções da criança e se esforçarem para ajudar a criança a compreender as suas próprias emoções. Verificou-se um valor mais baixo na subescala Evitamento das Emoções da Criança, indicador de menos crenças negativas sobre as emoções negativas da criança e de menor evitamento da expressão de sentimentos negativos da criança.

Objetivo específico 4 – Descrever o autorrelato da resposta parental a manifestações de emoções negativas da criança.

Na tabela 15 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas na análise dos resultados das subescalas da Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (CCNES).

Tabela 15

Medidas de tendência central e de dispersão da CCNES

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Reações de Aborrecimento	33	1,00	4,67	2,03	0,85
Reações Punitivas	33	1,00	4,75	2,16	0,95
Reações de Minimização	33	1,50	5,83	3,33	0,97
Reações focadas no Problema	33	3,67	6,67	5,62	0,74
Reações focadas na Emoção	33	3,42	6,92	5,96	0,89
Encorajamento Expressivo	33	2,33	6,83	5,18	1,10
Ignorar	33	1,00	3,83	1,80	0,78

É possível observar que os valores médios mais elevados foram obtidos nas subescalas que dizem respeito às reações parentais mais positivas e construtivas (Reações focadas no Problema, Reações focadas na Emoção), e os valores mais baixos foram encontrados nas subescalas que dizem respeito a reações parentais mais negativas (Reações de Aborrecimento, Reações Punitivas, Reações de Minimização e Ignorar a criança).

Objetivo específico 5 – Descrever a percepção parental de problemas de comportamento da criança.

Na tabela 16 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas na análise dos resultados das escalas de Internalização, Externalização e Total de problemas da CBCL.

Tabela 16

Medidas de tendência central e de dispersão da CBCL

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Escala de Internalização	33	33	75	54,85	10,09
Escala de Externalização	33	33	79	51,39	12,33
Escala Total de Problemas	33	26	78	53,21	12,58

Os valores obtidos nas escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas encontram-se dentro dos valores considerados normativos (<63). O valor médio da Escala de Internalização é ligeiramente superior ao verificado na Escala de Externalização.

Objetivo específico 6 – Estudo das diferenças considerando a variável caracterizadora, sexo da criança.

PSI.

Relativamente ao *stress* parental (Tabela 17), foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino na subescala Aceitação, apresentando níveis superiores para os rapazes.

Tabela 17

Stress Parental – Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)

	Soma		U de Mann-Whitney	p
	Feminino	Masculino		
Aceitação	234,00	327,00	81,00	0,049

PPI.

Relativamente às práticas educativas parentais (Tabela 18), foi encontrada uma diferença estatisticamente entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino na escala Parentalidade Positiva, apresentando níveis superiores para os rapazes ($t_{(31)}=0,61$, $p=0,049$).

Tabela 18

Práticas Educativas Parentais Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)

	Feminino		Masculino		t	p	gl
	M	DP	M	DP			
Parentalidade Positiva	3,15	0,23	3,21	0,36	0,61	0,04	31

PERS.

Relativamente à regulação emocional parental (tabela 19), foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino apenas para a subescala Evitamento das Emoções da Criança, apresentando níveis superiores para os rapazes ($t_{(31)}=1,14$, $p=0,03$).

Tabela 19

Regulação Emocional Parental – Estudo de diferenças considerando o sexo feminino (n=17) e o sexo masculino (n=16)

	Feminino		Masculino		t	p	gl
	M	DP	M	DP			
Evitamento das Emoções da Criança	1,61	0,80	2,01	1,20	1,14	0,03	31

CCNES.

Relativamente às reações parentais às emoções negativas das crianças, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino.

CBCL.

Relativamente aos problemas de internalização e de externalização e total, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino.

Objetivo específico 7 – Estudar as associações entre as variáveis *stress* parental, práticas educativas parentais, autorregulação parental, resposta parental a emoções negativas da criança, percepção parental de problemas de comportamento e funcionamento cognitivo.

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento e autorregulação parental.

As correlações obtidas entre as subescalas do PERS e as escalas da CBCL encontram-se apresentadas na Tabela 20. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre as subescalas Evitamento das Emoções da Criança e Fraco Controlo Emocional e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas.

Tabela 20

Correlação entre os componentes das escalas do PERS e da CBCL (n=33)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Orientação para as Emoções da Criança	0,06	-0,16	-0,10
Evitamento das Emoções da Criança	0,48**	0,49**	0,51**
Fraco Controlo Emocional	0,63**	0,64**	0,69**

**p≤0,01

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento e práticas educativas parentais.

As correlações obtidas entre as subescalas do PPI e as escalas da CBCL encontram-se apresentadas na Tabela 21. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre a escala de Parentalidade Negativa, as subescalas Disciplina Rígida e Inconsistente e Punição Física e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas.

Tabela 21

Correlação entre os componentes das escalas do PPI e da CBCL (n=33)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Parentalidade Positiva	0,08	0,14	0,09
Disciplina Apropriada	0,23	0,27	0,25
Disciplina Verbal Positiva	-0,21	-0,06	-0,21
Expetativas Claras	0,26	0,19	0,18
Parentalidade Negativa	0,70**	0,68**	0,70**
Disciplina Rígida e Inconsistente	0,64**	0,59**	0,62**
Punição Física	0,46**	0,44**	0,47**

*p≤0,05 **p≤0,01

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento e stress parental.

As correlações obtidas entre os domínios e subescalas do PSI e as escalas da CBCL encontram-se apresentadas na Tabela 22. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio da Criança, o Domínio dos Pais, a subescala Distração/Hiperatividade, Maleabilidade de Adaptação, Humor, Aceitação, Sentido de Competência, Depressão, Isolamento Social e Saúde Parental e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva, de magnitude moderada, entre a subescala Restrições de Papel e a escala de Externalização.

Tabela 22

Correlação entre os componentes das escalas do PSI e da CBCL (n=33)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Domínio da Criança	0,67**	0,74**	0,78**
Distração/ Hiperatividade	0,51**	0,72**	0,69**
Maleabilidade de Adaptação	0,59**	0,50**	0,61**
Humor	0,41*	0,67**	0,60**
Aceitação	0,66**	0,62**	0,73**
Domínio dos Pais	0,53**	0,56**	0,60**
Sentido de Competência	0,46**	0,52**	0,56**
Restrições de Papel	0,34	0,35*	0,34
Depressão	0,48**	0,49**	0,54**
Relação com marido/mulher	0,29	0,30	0,32
Isolamento Social	0,46**	0,49**	0,60**
Saúde Parental	0,68**	0,67**	0,75**

*p≤0,05

**p≤0,01

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento e resposta parental a emoções negativas da criança.

As correlações obtidas entre as subescalas da CCNES e as escalas da CBCL encontram-se apresentadas na Tabela 23. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva, de magnitude moderada, entre a subescala Reações de Aborrecimento e a escala de Internalização. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada, entre a subescala Reações de Minimização e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas.

Tabela 23

Correlação entre os componentes das escalas da CCNES e da CBCL (n=33)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Reações de Aborrecimento	0,35*	0,34	0,31
Reações Punitivas	0,14	0,20	0,20
Reações focadas no Problema	0,22	0,23	0,22
Reações focadas na Emoção	0,12	0,18	-0,01
Reações de Minimização	0,44*	0,40*	0,39*
Encorajamento Expressivo	0,12	0,00	0,01
Ignorar a Criança	0,64	0,84	0,99

* $p \leq 0,05$

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento e o funcionamento cognitivo da criança.

As correlações obtidas entre as escalas da CBCL e os níveis de QI encontram-se apresentadas na Tabela 24. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 24

Correlação entre os componentes das escalas da CBCL e os níveis de QI (n=33)

	Internalização	Externalização	Total
QIV	-0,24	-0,19	-0,22
QIR	-0,08	-0,12	-0,12
QIEC	-0,19	-0,16	-0,19

Correlação entre o stress parental e a autorregulação parental.

As correlações obtidas entre as escalas do PSI e o PERS encontram-se apresentadas na Tabela 25. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio da Criança, o Domínios dos Pais, as subescalas Distração/Hiperatividade, Maleabilidade de Adaptação, Humor, Aceitação, Sentido de Competência e Saúde Parental e as subescalas Evitamento das Emoções e Fraco Controlo Emocional. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude

moderada e elevada, entre as subescalas Restrições do Papel, Depressão, Relação com marido/mulher e Isolamento Social e a subescala Fraco Controlo Emocional.

Tabela 25

Correlação entre os componentes do PSI e do PERS (n=33)

	Orientação para as Emoções da Criança	Evitamento das Emoções	Fraco Controlo Emocional
Domínio da Criança	-0,07	0,51**	0,64**
Distração/ Hiperatividade	-0,27	0,45**	0,52**
Maleabilidade de Adaptação	0,11	0,45**	0,56**
Humor	-0,20	0,41*	0,46**
Aceitação	-0,08	0,43*	0,57**
Domínio dos Pais	-0,07	0,36*	0,70**
Sentido de Competência	0,01	0,39*	0,59**
Restrições de Papel	-0,11	0,30	0,52**
Depressão	0,03	0,21	0,62**
Relação com marido/mulher	-0,01	0,20	0,36*
Isolamento Social	-0,27	0,19	0,67**
Saúde Parental	-0,07	0,50**	0,75**

*p≤0,05

**p≤0,01

Correlação entre o stress parental e a resposta parental a emoções negativas.

As correlações obtidas entre as escalas do PSI e a CCNES encontram-se apresentadas na Tabela 26.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada, entre o Domínio da Criança, o Domínio dos Pais, as subescalas Aceitação, Sentido de Competência, Restrições de Papel e Saúde Parental e a escala de Reações de Aborrecimento.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio dos Pais, as subescalas Isolamento Social e Saúde Parental e a subescala de Reações Punitivas.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva, de magnitude moderada, entre a subescala Maleabilidade de Adaptação e a subescala Encorajamento Expressivo.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio da Criança, o Domínio dos Pais, as subescalas Maleabilidade de Adaptação, Sentido de Competência, Restrições de Papel e Saúde Parental e a subescala de Reações de Minimização.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada, entre o Domínio dos Pais, as subescalas Restrições de Papel e Relação com marido/mulher e a subescala Ignorar a Criança.

Não se verificaram diferenças significativas entre nenhum domínio e subescalas do PSI com as subescalas Reações focadas na Emoção e Reações focadas no Problema da CCNES.

Tabela 26

Correlação entre os componentes do PSI e da CCNES (n=33)

	Reações de Aborrecimento	Reações Punitivas	Encorajamento Expressivo	Reações de Minimização	Ignorar
Domínio da Criança	0,38*	0,19	0,15	0,35*	0,09
Distração/ Hiperatividade	0,21	0,08	-0,01	0,17	0,01
Maleabilidade de Adaptação	0,29	0,19	0,39*	0,40*	0,01
Humor	0,25	0,06	-0,10	0,12	0,05
Aceitação	0,40*	0,15	0,12	0,29	0,10
Domínio dos Pais	0,42*	0,49**	-0,06	0,46**	0,35*
Sentido de Competência	0,40*	0,22	0,16	0,37*	0,13
Restrições de Papel	0,38*	0,72**	-0,03	0,56**	0,41*
Depressão	0,24	0,26	-0,11	0,23	0,21
Relação com marido/mulher	0,32	0,24	-0,12	0,28	0,34*
Isolamento Social	0,29	0,41*	-0,24	0,32	0,20
Saúde Parental	0,45**	0,43*	-0,04	0,47**	0,30

*p≤0,05

**p≤0,01

Correlação entre o stress parental e as práticas educativas parentais.

As correlações obtidas entre as escalas do PSI e o PPI encontram-se apresentadas na Tabela 27.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas negativas, de magnitude moderada, entre as subescalas Depressão e Isolamento Social e a Disciplina Verbal Positiva.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas de magnitude moderada, entre as subescalas Maleabilidade de Adaptação, Aceitação e Restrições do Papel, e a subescala Expetativas Claras.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio da Criança, Domínio dos Pais, as subescalas Distração/Hiperatividade, Maleabilidade de Adaptação, Aceitação, Sentido de Competência, Restrições do Papel, Depressão, Isolamento Social e Saúde Parental, e a escala de Parentalidade Negativa.

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre o Domínio da Criança, Domínio dos Pais, as subescalas Maleabilidade de Adaptação, Aceitação, Restrições do Papel, Depressão, Isolamento Social e Saúde Parental, e a subescala de Disciplina Rígida e Inconsistente.

Não se verificaram correlações significativas entre nenhum domínio e subescalas do PSI com a escala Parentalidade Positiva, nem com a subescala Disciplina Apropriada do PPI.

Tabela 27

Correlação entre os componentes do PSI e do PPI (n=33)

	Disciplina Verbal Positiva	Expetativas Claras	Parentalidade Negativa	Punição Física	Disciplina Rígida e Inconsistente
Domínio da Criança	-0,31	0,31	0,55**	0,30	0,48**
Distração/Hiperatividade	-0,27	0,10	0,38*	0,27	0,33
Maleabilidade de Adaptação	-0,16	0,47**	0,52**	0,26	0,40*
Humor	-0,26	-0,06	-0,34	0,21	0,33
Aceitação	-0,31	0,35*	0,48**	0,28	0,48**

Domínio dos Pais	-0,31	0,31	0,62**	0,26	0,58**
Sentido de Competência	-0,10	0,26	0,42*	0,23	0,33
Restrições de Papel	-0,15	0,35*	0,60**	0,22	0,60**
Depressão	-0,42*	0,22	0,53**	0,13	0,50**
Relação com marido/mulher	-0,11	0,17	0,26	-0,25	0,31
Isolamento Social	-0,39*	0,29	0,57**	0,31	0,49**
Saúde Parental	-0,20	0,18	0,71**	0,41*	0,62**

*p≤0,05 **p≤0,01

Correlação entre o stress parental e o funcionamento cognitivo.

As correlações obtidas entre a escalas do PSI e os níveis de QI encontram-se apresentadas na Tabela 28. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa negativa, de magnitude moderada, entre a subescala Aceitação e o QI Verbal e o QI da Escala Completa.

Tabela 28

Correlação entre os componentes do PSI e os níveis de QI (n=33)

	QIV	QIR	QIEC
Domínio da Criança	-0,30	-0,18	-0,26
Distração/ Hiperatividade	-0,16	-0,04	-0,10
Maleabilidade de Adaptação	-0,21	-0,09	-0,16
Humor	-0,12	-0,13	-0,10
Aceitação	-0,45**	-0,30	-0,41*
Domínio dos Pais	-0,16	-0,02	-0,09
Sentido de Competência	-0,22	-0,05	-0,15
Restrições de Papel	-0,18	-0,13	-0,14
Depressão	-0,06	0,14	0,03
Relação com marido/mulher	-0,16	0,13	-0,07
Isolamento Social	-0,12	-0,01	-0,08
Saúde Parental	0,03	0,02	0,03

*p≤0,05 **p≤0,01

Capítulo III – Discussão de Resultados

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos no presente estudo

O objetivo geral desta investigação foi estudar as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas educativas, a autorregulação parental, a resposta parental a emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento, em pais de crianças nascidas prematuras.

Discussão dos resultados do estudo descritivo da variável stress parental; percepção materna de problemas de comportamento da criança; práticas educativas; autorregulação materna; resposta materna a emoções negativas da criança

Em relação ao stress parental, as mães que participaram no estudo revelaram, de uma forma geral, níveis baixos. Os níveis mais elevados de *stress* foram encontrados nas subescalas associadas às características da criança e especificamente, à percepção materna de dificuldades dos filhos se adaptarem ou lidarem com situações de mudança; e nas subescalas associadas às características dos pais, especificamente à percepção materna de menor competência para o desempenho do seu papel como mãe. Os níveis de *stress* mais baixos foram encontrados nas subescalas relacionadas com o humor dos filhos e isolamento social das mães.

Considerando o sexo da criança, verificaram-se diferenças significativas com nível mais elevado de *stress* associado à aceitação dos filhos do sexo masculino, ou seja, maior nível de *stress* quando os filhos do sexo masculino não correspondem às expectativas maternas.

As verificações acima referidas reforçam os resultados da meta-análise de Schappin, Wijnroks, Venema, e Jongmans (2013), no qual não se verificaram níveis elevados de *stress* experienciados por pais de crianças prematuras. Os autores concluíram que “a prematuridade pode ser melhor considerada como uma das possíveis complicações do nascimento, e não como uma fonte de *stress* em si” (idem, p. 16).

Os resultados do presente estudo reforçam parcialmente os de Singer, Fulton, Kirchner, Eisengart, Lewis, Short, ... e Baley (2007), com mães de crianças de idade escolar, que utilizaram o PSI, e verificaram que as mães de crianças de muito baixo peso e alto risco apresentavam níveis mais elevados de *stress* do que as mães de crianças de muito baixo peso e baixo risco e das mães de crianças de termo, nas subescalas associadas às características das crianças, especificamente quando percecionavam os seus filhos como mais exigentes, mais distraídos e hiperativos e menos capazes de se adaptarem às mudanças e transições.

Comparando com outras situações clínicas crónicas, nomeadamente o Síndrome Nefrótico (Santos, 2002), em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, os

níveis de *stress* obtidos no presente estudo foram inferiores aos obtidos em mães de crianças em idade escolar que participaram nesse estudo, exceto nas subescalas Hiperatividade/Distração, Maleabilidade de Adaptação, Aceitação e Restrições de Papel, que os resultados foram ligeiramente superiores. No estudo de Santos (1994), verificou-se que pais de crianças com Doença Celíaca apresentam maior número de áreas de *stress* do que os pais das crianças com Fibrose Quística, quando comparados com um grupo de pais com filhos sem doença crónica, pelo que se conclui que o *stress* parental pode variar de acordo com as características clínicas da criança.

Em relação à percepção parental de problemas de comportamento, os resultados obtidos não indicam valores clínicos em nenhuma das subescalas de Internalização ou de Externalização e Total de Problemas. Estes resultados diferem dos encontrados em vários estudos que reportam mais problemas de internalização e externalização em crianças nascidas prematuras, comparativamente a crianças nascidas de termo (Bhutta et al., 2002; Hornman et al., 2016). No entanto, no estudo realizado por Gurka, LoCasale-Crouch, e Blackman (2010), em crianças com idade entre os 4 e os 15 anos, nascidas entre as 34 e as 36 semanas de gestação, não se verificaram problemas de comportamento. A amostra desse estudo, tal como a amostra do presente estudo, era constituída por crianças sem efeitos de patologia física ou de alterações físicas devido à prematuridade.

No que diz respeito aos problemas de internalização e de externalização e total, não foram encontradas, no presente estudo, diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e do sexo masculino.

Quanto às práticas educativas, as mais reportadas pelas mães são a Disciplina Verbal Positiva, o que indica que perante situações problemáticas as mães utilizam práticas educativas mais positivas orientadas para o envolvimento construtivo com a criança e para a resolução do problema, procurando conversas com os seus filhos acerca dos problemas; e a Disciplina Apropriada, o que indica que, quando sucede um problema, as mães tentam e incentivam os filhos a corrigi-lo. A prática educativa que as mães referiram como menos utilizada é a Punição Física. De facto, às práticas educativas menos negativas estão associadas melhores resultados, e predizem uma maior probabilidade de resiliência das crianças em vários domínios do desenvolvimento (Poehlmann-Tynan et al., 2015). Apesar da escassez de estudos sobre práticas educativas parentais com crianças nascidas prematuras em idade escolar, estudos anteriores verificaram que a prematuridade associada às percepções negativas e irrealistas dos pais em relação ao desenvolvimento futuro da criança aumenta o risco de estilos e práticas educativas

disfuncionais, pouco promotoras do desenvolvimento equilibrado da criança (Hoffenkamp et al., 2015).

Quanto às diferenças entre sexos, verificou-se que as mães reportaram mais práticas parentais positivas com os rapazes do que com as raparigas, o que difere do descrito na literatura que aponta para que os rapazes, relativamente às raparigas, tendem a receber mais disciplina verbal negativa e mais disciplina física punitiva do que as raparigas, por parte dos pais (Chang, Schwartz, Dodge, & McBride-Chang, 2003; Dietz, 2000; McKee, Roland, Coffelt, Olson, Forehand, Massari, ... & Zens, 2007. No entanto, outros estudos não verificaram diferenças relativamente ao género da criança no uso de punição física (Woodward & Fergusson, 2002).

Em relação à autorregulação materna, verificou-se que as mães que participaram no estudo estão atentas, reconhecem e compreendem as emoções dos seus filhos, e esforçam-se para compreender as emoções dos mesmos. Por outro lado, constatou-se menos crenças negativas sobre as emoções negativas da criança e de menor evitamento da expressão de sentimentos negativos da criança. De facto, os pais que mostram melhor capacidade de regular as suas emoções e comportamentos utilizam estratégias mais eficazes quando confrontados com situações desafiantes de parentalidade (Blandon, 2015). Por outro lado, os pais que têm mais dificuldade na regulação das suas emoções são mais inclinados a reagir de forma menos apoiante às emoções negativas dos filhos (Han, Qian, Gao, & Dong, 2015).

As mães também apresentaram reações mais positivas e construtivas face à expressão de emoções negativas dos filhos, que incluem, p.e., ajudar a criança a lidar com as emoções, centrando-se no problema que as originou ou ajudar a criança a encontrar estratégias para lidar com o que sente. Por outro lado, mostraram menos reações negativas às emoções das crianças, que incluem, p.e., desconforto, punição verbal ou física, desvalorização da reação emocional ou do problema que a despoletou, ou ignorar a criança quando expressa essas emoções. Na literatura, é descrito que pais mais empáticos e com capacidade se perceberem a perspetiva do outro respondem às emoções negativas dos filhos de forma mais apoiante e menos severa (Fabes, Poulin, Eisenberg, & Madden-Derdich, 2002).

Os resultados das diferenças entre os sexos relativamente à regulação emocional parental mostraram que as mães evitam mais as emoções dos rapazes do que das raparigas. Também noutros estudos se verificou que os pais tendem a reagir de forma diferente às emoções dos rapazes e das raparigas, p.e., os pais estão mais propensos a discutir tristeza com as filhas e a raiva com os filhos, e as mães tendem a falar mais sobre emoções com suas filhas do que com filhos (Fivush, Brotman, Buckner, & Goodman, 2000). Isto também pode dever-

se ao facto de as meninas expressarem emoções mais frequente e abertamente do que os meninos (Chaplin & Aldao, 2013), o que pode levar a que as mães estejam mais atentas às emoções das mesmas.

Discussão dos resultados do estudo das associações entre variáveis

Associações com a percepção parental de problemas de comportamento da criança

Quanto à autorregulação materna, verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, que indicam a associação entre a percepção de problemas de internalização e externalização da criança e o evitamento das emoções da criança e o fraco controlo emocional das mães. Assim, dificuldades de autorregulação das mães estão associadas a problemas de comportamento das crianças, o que confirma a hipótese 1 do presente estudo. Estes resultados vão ao encontro dos descritos na literatura, que verificam que as crianças com mais problemas de externalização são aquelas cujos pais têm mais dificuldades em regular a expressão emocional (Carrère & Bowie, 2011). Do mesmo modo, Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall, e Heyward (2011) verificaram que crianças cujos pais demonstram uma desregulação emocional significativa apresentavam um risco maior de dificuldades comportamentais. Também no estudo de Reeb, Conger, e Wu (2010) foi verificada a associação entre problemas de internalização e externalização das crianças e a expressão de depressão e hostilidade dos pais.

Em relação às práticas educativas, verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, que sugerem a associação entre os problemas de internalização e externalização e as práticas parentais negativas, a disciplina rígida e inconsistente e a punição física. Assim, práticas educativas negativas estão associadas positivamente à percepção de problemas de comportamento das crianças (externalização e internalização), pelo que a hipótese 2 do presente estudo é confirmada. Estes resultados vão ao encontro dos descritos na literatura, em que a disciplina rígida e inconsistente e a punição física estão associadas a níveis superiores de problemas de externalização (p.e., comportamento agressivo) (McKee et al., 2007; Stormshak, et al., 2000), e em que a hostilidade dos pais surge associada a problemas de internalização e externalização (Reeb, Conger, & Wu, 2010). Por outro lado, as práticas parentais positivas não surgiram, no presente estudo, associadas a problemas de internalização ou externalização, o que é congruente com a literatura, uma vez que as crianças cujas mães utilizam práticas educativas positivas tendem a apresentar menos problemas de adaptação (Stormshak et al., 2000; Tichovolsky, Arnold, & Baker, 2013).

Em relação ao *stress* parental, verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre várias subescalas do Domínio da Criança e do Domínio dos Pais e a percepção parental de problemas de comportamento. Estas correlações indicam que níveis mais elevados de *stress* parental estão associados a problemas de internalização e de externalização.

Mais especificamente, verificou-se a associação entre níveis de *stress* materno relacionados com a percepção materna de que o seu filho é mais exigente, mais distraído e hiperativo, tem mais dificuldade de adaptação e tem humor mais negativo, e a percepção materna de problemas de internalização e externalização. Foi ainda verificada a associação entre níveis de *stress* materno relacionados com as características dos pais, nomeadamente depressão (i.e., não se sentirem emocionalmente disponíveis para os filhos), percepção de competência (i.e., sentirem-se menos competentes enquanto mães), isolamento social, percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe, e a percepção materna de mais problemas de internalização e externalização dos filhos.

Verificou-se ainda que os níveis de *stress* mais elevados relacionados com a percepção das mães de que deixaram papéis importantes na sua vida para exercer a parentalidade, estão associados a mais problemas de externalização das crianças.

Deste modo, os níveis de *stress* parental estão associados positivamente à percepção de problemas de comportamento, pelo que a hipótese 3 do presente estudo é confirmada.

Estes resultados são consistentes com estudos anteriores, que reportam que o *stress* parental se encontra associado a comportamentos de externalização de crianças (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Mackler et al., 2015). No entanto, apesar de os estudos anteriores não relacionarem os problemas de internalização com o *stress* parental, uma vez que o *stress* parental compromete os comportamentos dos pais (Belsky, 1984), é de esperar que estes também possam ter influência nos comportamentos de internalização das crianças, como verificado neste estudo.

Relativamente à resposta parental a emoções negativas da criança, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva, de magnitude moderada, que sugere uma associação entre a manifestação de desconforto materno perante a expressão das emoções negativas das crianças e a percepção materna de problemas de internalização. Do mesmo modo, verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada, que sugerem que a desvalorização materna do problema que despoletou a reação emocional negativa da criança, com o objetivo de restringir a expressão emocional dos filhos está associada à percepção materna de problemas de internalização e de externalização. Neste

sentido, verificou-se uma associação entre respostas parentais mais negativas às emoções negativas das crianças e percepção de problemas de comportamento, pelo que a hipótese 4 é confirmada. Este resultado é consistente com estudos anteriores, que indicam que os pais que reagem de forma negativa às emoções das crianças não promovem a compreensão e regulação das suas emoções, sendo que essa desregulação das estruturas e processos afetivo-cognitivos prediz problemas de internalização e externalização (Cicchetti, Ackerman, Izard, 1995).

Associações com o *stress* parental

Relativamente à autorregulação materna, verificaram-se correlações estatisticamente significativas positivas, de magnitude moderada e elevada, entre várias subescalas do Domínio da Criança e do Domínio dos Pais e o evitamento das emoções dos filhos e o fraco controlo emocional e níveis de *stress*. Mais especificamente, verificou-se uma associação positiva entre o evitamento das emoções das crianças e os níveis de *stress* materno relacionado com a aceitação dos filhos, com o facto de percecionarem os filhos como mais distraídos e hiperativos, com mais dificuldades de adaptação às mudanças e transições, com humor negativo, e com o facto de se percecionarem como menos competentes no seu papel enquanto mãe e de percecionarem que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Verificou-se uma associação positiva entre o fraco controlo das emoções por parte das mães e níveis de *stress* materno relacionados com a aceitação dos filhos, com o facto de percecionarem os filhos como mais distraídos e hiperativos, com mais dificuldades de adaptação às mudanças e transições, com humor negativo, e com o facto de se percecionarem como menos competentes no seu papel enquanto mãe, com pouca disponibilidade emocional, com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe, com isolamento social, com uma relação com o marido menos apoiante e com a percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Relativamente à resposta parental às emoções negativas das crianças, verificaram-se correlações estatisticamente significativas, de magnitude moderada, que sugerem uma associação positiva entre desconforto materno perante as emoções negativas dos filhos e níveis mais elevados de *stress* relacionados com a aceitação dos filhos, e com o facto de se percecionarem como menos competentes no seu papel enquanto mãe e com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe, com isolamento social e com a percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Verificou-se uma associação positiva entre reações punitivas e níveis mais elevados de *stress* relacionados com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe, com

isolamento social e com a percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Os resultados indicaram também uma associação positiva entre comportamentos de encorajamento da expressão emocional negativa da criança e níveis mais elevados de *stress* relacionados com a percepção materna de mais dificuldades de adaptação da criança.

Verificou-se ainda uma associação entre reações de minimização, ou seja, maior desvalorização da reação emocional da criança ou do problema que a despoletou, com o objetivo de restringir a expressão emocional, e níveis mais elevados de *stress* relacionados com a percepção materna de mais dificuldades de adaptação dos filhos, de menor competência para o desempenho do seu papel enquanto mãe, e com as percepções de abandono de outros papéis para exercer o de mãe e de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Foi ainda verificada uma associação positiva entre as mães ignorarem a criança quando esta manifesta emoções negativas e níveis mais elevados de *stress* relacionados com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe e com uma relação menos apoiante com o marido.

Assim, estes resultados verificam a existência de associações entre a resposta parental às emoções negativas da criança e o *stress* materno relacionado quer com as percepções das mães quanto às características da criança, e entre essas, essencialmente a dificuldade de adaptação, quer com as características dos pais, nomeadamente a percepção materna da sua competência, a restrição do papel e o isolamento social. Os resultados reforçam o modelo de Abidin (1995), segundo o qual o *stress* parental é determinado pelas crenças dos pais em relação às características da criança a si próprios como capazes ou competentes para responder aos desafios da parentalidade.

Relativamente às práticas educativas parentais, verificaram-se correlações estatisticamente significativas negativas, de magnitude moderada, que sugerem uma associação entre a disciplina verbal positiva e menores níveis de *stress* relacionados com as características dos pais na subescala de depressão e isolamento social.

Os resultados indicaram uma associação positiva entre expectativas claras das mães em relação aos filhos e níveis superiores de *stress* relacionados com a aceitação dos filhos, mais dificuldades de adaptação e com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o papel de mãe.

Verificou-se ainda uma associação positiva entre práticas negativas no exercício da parentalidade e níveis superiores de *stress* relacionados com a aceitação dos filhos, com o facto de percecionarem os filhos como distraídos e hiperativos, com mais dificuldades de adaptação,

e com o facto de se percecionarem como menos competentes no seu papel enquanto mãe, com pouca disponibilidade emocional, com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe, com isolamento social e com a percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Verificou-se também uma associação positiva entre a disciplina rígida e inconsistente e níveis superiores de *stress* relacionados com a aceitação dos filhos, com o facto de percecionarem os filhos com mais dificuldades de adaptação às mudanças e transições, e com o facto de se percecionarem como tendo pouca disponibilidade emocional, com a percepção de abandono de outros papéis para exercer o de mãe, com isolamento social mães e com a percepção de que a sua saúde física interfere com o seu papel enquanto mãe.

Deste modo, níveis de *stress* parental estão associados positivamente a parentalidade negativa, pelo que se confirma a hipótese 5 do presente estudo. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, nos quais o *stress* parental prediz comportamentos parentais, incluindo punição física e atitudes parentais negativas (Deater-Deckard & Scarr, 1996).

Relativamente aos níveis de funcionamento cognitivo das crianças, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa negativa, de magnitude moderada, entre a subescala Aceitação e o QI Verbal e o QI da Escala Completa, o que indica que valores superiores do QI Verbal e do QI da Escala Completa se encontram associados a um menor nível de *stress* relacionado com a aceitação dos filhos. Esta correlação verificou-se também no estudo de Singer e colaboradores (2007), no qual o QI mais baixo teve correlações baixas a moderadas com maior *stress* parental em várias áreas, incluindo menos aceitação das crianças, menor sentido de competência dos pais e maior restrição de papéis e isolamento social, com crianças aos 8 anos de idade, nascidas prematuras de muito baixo peso.

Capítulo V – Conclusão e Considerações Finais

O objetivo da presente investigação foi estudar as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas educativas, a autorregulação parental, a resposta parental a emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento, em pais de crianças nascidas prematuras.

De um modo geral, as mães que participaram no estudo apresentaram resultados positivos. As mães apresentaram níveis baixos de *stress*, níveis positivos de autorregulação, resposta positiva e adequada face à expressão das emoções negativas dos filhos, práticas parentais positivas, e não registaram percepção de problemas de externalização nem de internalização dos seus filhos, a nível clínico ou *borderline*. Por sua vez, as crianças também apresentaram resultados positivos, tendo a maioria um QI dentro dos parâmetros da normalidade, e eram crianças sem efeitos de patologia física ou de alterações físicas devido à prematuridade, tal como definido nos critérios de inclusão da amostra.

Relativamente ao *stress* materno, os níveis mais elevados foram verificados quando a criança é percebida como tendo maior dificuldade de adaptação e quando a mãe se percebe como menos competente para o exercício da parentalidade. De facto, a prematuridade leva a uma mudança das expectativas dos pais em relação à criança e a uma mudança da dinâmica familiar e a desafios mais exigentes, que podem potenciar menor atribuição de competência materna, aumentando assim o nível de *stress*. Estes resultados vêm reforçar a abordagem Transaccional do *Stress* (Lazarus & Folkman, 1984), verificando o aumento do *stress* materno quando a mãe se sente menos competente para assumir as tarefas da parentalidade.

Os resultados deste estudo reforçam outros estudos que não encontraram perturbação clínica, relacional ou comportamental em crianças nascidas prematuras.

As associações encontradas realçam a relação entre níveis mais elevados de *stress* materno e de percepção materna de problemas da criança, e resultados mais negativos, quer no que diz respeito às práticas educativas, quer à autorregulação materna. Estas associações reforçam a ideia da importância da parentalidade positiva, nomeadamente práticas educativas positivas e capacidade de autorregulação e de resposta de forma positiva às emoções negativas manifestadas pelas crianças, para o bem-estar materno e para o desenvolvimento da criança.

Estes resultados reforçam ainda a conclusão de estudos anteriores, segundo a qual a prematuridade não é um determinante absoluto de *stress* materno e de problemas de comportamento das crianças em idade escolar.

Este estudo tem limitações que devem ser consideradas na leitura dos seus resultados. A amostra é reduzida, o que impossibilita a generalização dos resultados. Apesar de um dos objetivos específicos deste estudo ter sido analisar as diferenças entre as variáveis *stress* parental, percepção parental de problemas de comportamento, resposta parental a emoções negativas da criança, autorregulação parental e práticas educativas parentais, tendo em conta as variáveis caracterizadoras, apenas foi possível analisar as diferenças tendo em conta a variável sexo das crianças, devido ao número reduzido de amostra. Na análise da consistência interna dos questionários, em algumas subescalas não foi obtido um coeficiente alfa de Cronbach aceitável, o que não permitiu uma avaliação nestas escalas.

Apesar das limitações, os resultados do estudo têm contributos para a prática clínica, no que respeita à importância de trabalhar a parentalidade positiva para potenciar um crescimento e desenvolvimento mais positivo das crianças, e no que diz respeito à importância de incluir estratégias de autorregulação para pais em programas de intervenção, de modo a auxiliar os pais no exercício da parentalidade e na relação que estabelecem com os filhos.

Como futuras direções, seria interessante realizar um estudo longitudinal e incluir outros informadores como a figura paterna, de modo a estudar também as diferenças entre a percepção materna e a percepção paterna.

Referências Bibliográficas

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, *124*(2), 717-728.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, *21*:407–412. doi: 10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI)* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abidin, R. R. (2003). PSI—Índice de Stress Parental. *Lisboa: CEGOC*.
- Allen, E. C., Manuel, J. C., Legault, C., Naughton, M. J., Pivor, C., & O’Shea, T. M. (2004). Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*, *113*, 267-273.
- Alves, D., & Cruz, O. (2011). Reações parentais às emoções negativas dos filhos (RPEN): um questionário de avaliação da meta-emoção parental. In *Actas do VIII congresso iberoamericano de avaliação/evaluación psicológica e XV conferência internacional avaliação psicológica: formas e contextos*.
- 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.
- Aylward, G.P. (2005). Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *26*(6):427-40.
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(2), 295-306.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). *SelfRegulation, ego depletion, and motivation*. *Social and Personality Psychology Compass*, *1*(1), 115-128.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, *9*(3), 239-267.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 83-96.
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, *288*(6), 728-737.

- Bilder, D., Pinborough-Zimmerman, J., Miller, J., & McMahon, W. (2009). Prenatal, perinatal, and neonatal factors associated with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, *123*(5), 1293.
- Blandon, A. Y. (2015). Mothers' and fathers' responses to children's negative emotions: Family and physiological correlates. *Family Relations*, *64*, 431-445.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Synnes, A. R., Whitfield, M. F., & Petrie-Thomas, J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early Human Development*, *87*(4), 273-280.
- Carrère, S., & Bowie, S. H. (2011). Like parent, like child: Parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, *26*(3), 23-30.
- Carvalho, A. E., Linhares, M. B., & Martinez, F. E. (2001). História do desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *14*, 1-33.
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A., & McBride-Chang, C. (2003). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of family psychology*, *17*(4), 598.
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *139*(4), 735.
- Chertok, I. R. A., McCrone, S., Parker, D., Leslie, N., & Catlin, A. (2014). Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, *14*(1), 30-37.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, *7*(1), 1-10.
- Clark, C. A., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child development*, *79*(5), 1444-1462.
- Clark, J. E., & Frick, P. J. (2018). Positive parenting and callous-unemotional traits: their association with school behavior problems in young children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(sup1), S242-S254.
- Cortes, M. (2016). Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal: an overview. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (80), 117-143.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. Em *Psychological Bulletin* (Vol. 113, p. 2909). American Psychological Association, Inc.

- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development, 73*, 61-70
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences?. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 45.
- Dietz, T. L. (2000). Disciplining children: characteristics associated with the use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect, 24*(12), 1529-1542.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin, 110*(1), 3-25.
- Dolby, R., Meade, V., Warren, B., Osborne, J. H., & Cooney, G. (2014). Assisting the development of infants born prematurely using a self-regulation framework and relationship-based intervention process. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*(4), 134.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child development, 67*(5), 2227-2247.
- Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review.*
- Feldman, R. (2009). The development of regulatory functions from birth to 5 years: Insights from premature infants. *Child Development, 80*(2), 544-561.
- Fernandes, N. G. V., & Silva, E. M. B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência, (4)*, 107-115.
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex roles, 42*(3-4), 233-253.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes. *Psychologia, 12*, 55-78.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Müller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics, 118*(1), e107-e114.
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and at attachment in portuguese dyads with preterm and full term infants.

- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Peraro, C., & Simonelli, A. (2017). A Psychological Perspective on Preterm Children: The Influence of Contextual Factors on Quality of Family Interactions. *BioMed research international*, 2017.
- Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 453.
- Gerstein, E. D., & Poehlmann-Tynan, J. (2015). Transactional processes in children born preterm: Influences of mother-child interactions and parenting stress. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 777.
- Gerstein, E. D., Woodman, A. C., Burnson, C., Cheng, E. R., & Poehlmann-Tynan, J. (2017). Trajectories of Externalizing and Internalizing Behaviors in Preterm Children Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of pediatrics*, 187, 111-118.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The lancet*, 371(9606), 75-84.
- Gonçalves, M., & Simões, M. (2000). The multi-axial model of Achenbach (ASEBA) in clinical assessment of children and adolescents. In I. Soares (Coordinator), *Developmental psychopathology: Trajectories (in) adaptive throughout life* (pp. 43-87). Coimbra: Quartet.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27.
- 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.
- Gurka, M. J., LoCasale-Crouch, J., & Blackman, J. A. (2010). Long-term cognition, achievement, socioemotional, and behavioral development of healthy late-preterm infants. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(6), 525-532.
- Halpern, L. F., Brand, K. L., & Malone, A. F. (2001). Parenting stress in mothers of very-low-birth-weight (VLBW) and full-term infants: A function of infant behavioral characteristics and childrearing attitudes. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 93-104.
- Han, Z. R., Qian, J., Gao, M., & Dong, J. (2015). Emotion socialization mechanisms linking Chinese fathers', mothers', and children's emotion regulation: A moderated mediation model. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3570- 3579.
- Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, R. A., Tooten, A., Vingerhoets, A. J., & van Bakel, H. J. (2015). Parenting in complex conditions: Does preterm birth provide a context for

- the development of less optimal parental behavior?. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(6), 559-571.
- Hornman, J., de Winter, A. F., Kerstjens, J. M., Bos, A. F., & Reijneveld, S. A. (2016). *Emotional and behavioral problems of preterm and full-term children at school entry. Pediatrics*, e20152255
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., ... & Bova, S. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother–child relationship. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(5), 509-523.
- Jubenville, J., Newburn-Cook, C., Hegadoren, K., & Lacaze-Masmonteil, T. (2012). Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Advances in Neonatal Care*, 12(4), 246-253.
- Kane, P., & Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 339-360.
- Kerstjens, J. M., de Winter, A. F., Bocca-Tjeertes, I. F., ten Vergert, E. M., Reijneveld, S. A., & Bos, A. F. (2011). Developmental delay in moderately preterm-born children at school entry. *The Journal of pediatrics*, 159(1), 92-98.
- Klassen, A. F., Lee, S. K., Raina, P., Chan, H. W., Matthew, D., & Brabyn, D. (2004). Health status and health-related quality of life in a population-based sample of neonatal intensive care unit graduates. *Pediatrics*, 113(3), 594-600.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (2006). Children's conscience and self-regulation. *Journal of Personality*, 74(6), 1587-1618.
- Lampi, K. M., Lehtonen, L., Tran, P. L., Suominen, A., Lehti, V., Banerjee, P. N., ... & Sourander, A. (2012). Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *The Journal of pediatrics*, 161(5), 830-836.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?. *Developmental psychology*, 37(3), 387.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lindström, K., Lindblad, F., & Hjern, A. (2011). Preterm birth and attention-deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren. *Pediatrics-English Edition*, 127(5), 858.

- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *10*, 60-69.
- Loe, I. M., Lee, E. S., Luna, B., & Feldman, H. M. (2011). Behavior problems of 9–16 year old preterm children: biological, sociodemographic, and intellectual contributions. *Early human development*, *87*(4), 247-252.
- Lundqvist-Persson, C., Lau, G., Nordin, P., Bona, E., & Sabel, K. G. (2012). Preterm infants' early developmental status is associated with later developmental outcome. *Acta paediatrica*, *101*(2), 172-178.
- Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P., & O'Brien, M. (2015). Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, *77*(2), 388-406.
- Martinet, S. (2008). A prematuridade. In F. Bailey & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi.
- Matos, C. (2009). Coordenação motora: estudo em crianças ex-prematuras nascidas com muito baixo peso.
- Maypole, J., Trozzi, M., & Augustyn, M. (2011). Prematurity and parental expectations: too early and now too much. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *32*(4), 341-343.
- McElwain, N. L., Halberstadt, A. G., & Volling, B. L. (2007). Mother-and father-reported reactions to children's negative emotions: Relations to young children's emotional understanding and friendship quality. *Child development*, *78*(5), 1407-1425.
- McGovern, P. G., Llorens, A. J., Skurnick, J. H., Weiss, G., & Goldsmith, L. T. (2004). Increased risk of preterm birth in singleton pregnancies resulting from in vitro fertilization–embryo transfer or gamete intrafallopian transfer: a meta-analysis. *Fertility and sterility*, *82*(6), 1514-1520.
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A. L., Forehand, R., Massari, C., ... & Zens, M. S. (2007). Harsh discipline and child problem behaviors: The roles of positive parenting and gender. *Journal of Family Violence*, *22*(4), 187-196.
- Mirra, P. I. S. (2017). *A experiência de ser mãe de um bebé prematuro* (Bachelor's thesis, [sn]).
- Moore, P.S., Whaley, S. E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*, 471-476.

- Morales, M. R., Polizzi, C., Sullioti, G., Mascolino, C., & Perricone, G. (2013). Early precursors of low attention and hyperactivity in moderately and very preterm children at preschool age. *Pediatric reports*, 5(4).
- Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk factors and protective factors. In Zeana, C. H. Ed., *Handbook of infant mental health* (pp. 180–196). New York, NY: The Guilford Press.
- Nadeau, L., Boivin, M., Tessier, R., Lefebvre, F., & Robaey, P. (2001). Mediators of behavioral problems in 7-year-old children born after 24 to 28 weeks of gestation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 1-10.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.
- Nelson, J. A., O'Brien, M., Blankson, A. N., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 671.
- OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Olafsen, K. S., Rønning, J. A., Dahl, L.B., Ulvund, S. E., Handegård, B. H., & Kaaresen, P. I. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(6), 499-509.
- Olson, S. L., Sameroff, A.J., Kerr, D. C. R., & Lunkenheimer, E. S. (2009). Self-regulatory processes in early disruptive behavior: the preschool to school transition. In: S.L. Olson & A.J. Sameroff (Eds.) *Regulatory processes in the development of childhood behavior problems: Biological, Behavioral, and Social-Ecological Interactions*. NY: Cambridge University Press.
- Olson, S. L., Tardif, T. Z., Miller, A., Felt, B., Grabell, A. S., Kessler, D., ... & Hirabayashi, H. (2011). Inhibitory control and harsh discipline as predictors of externalizing problems in young children: A comparative study of US, Chinese, and Japanese preschoolers. *Journal of abnormal child psychology*, 39(8), 1163.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: Parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28(4), 443–463.
- Paulussen-Hoogbeem, M. C., Stams, G. J. J. M., Hermanns, J. M. A., Peetsma, T. T. D., & Wittenboer, G. L. H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative

- emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169 (3), 209-226.
- Pereira, A. I., Barros, L., Roberto, M. S., & Marques, T. (2017). Development of the Parent Emotion Regulation Scale (PERS): Factor Structure and Psychometric Qualities. *Journal of Child and Family Studies*, 26(12), 3327-3338.
- Poehlmann, J., Schwichtenberg, A. J., Bolt, D. M., Hane, A., Burnson, C., & Winters, J. (2011). Infant physiological regulation and maternal risks as predictors of dyadic interaction trajectories in families with a preterm infant. *Developmental Psychology*, 47(1), 91.
- Poehlmann-Tynan, J., Gerstein, E. D., Burnson, C., Weymouth, L., Bolt, D. M., Maleck, S., & Schwichtenberg, A. J. (2015). Risk and resilience in preterm children at age 6. *Development and psychopathology*, 27(3), 843-858.
- Potharst, E. S., Houtzager, B. A., van Wassenaer-Leemhuis, A. G., Kok, J. H., Koot, H. M., & Last, B. F. (2015). Maternal and paternal perception of child vulnerability and behaviour problems in very preterm born children. *Infant and Child Development*, 24(5), 489-505.
- Reeb, B. T., Conger, K. J., & Wu, E. Y. (2010). Paternal depressive symptoms and adolescent functioning: The moderating effect of gender and father hostility. *Fathering*, 8(1), 131-142.
- 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.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development*, 18(1-2), 65-79.
- Samra, H. A., McGrath, J. M., & Wey, H. (2010). Are former late-preterm children at risk for child vulnerability and overprotection?. *Early human development*, 86(9), 557-562.
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506-17.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 1-17.
- Sanders, M. R., Turner, K. M., & Metzler, C. W. (2019). Applying self-regulation principles in the delivery of parenting interventions. *Clinical child and family psychology review*, 22(1), 24-42.
- Santos, S. V. (1992). Adaptação portuguesa, para crianças em idade escolar, do Parenting Stress Index (PSI): Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 115-132.

- Santos, S. V. (1994). Características do stress em pais de crianças com doenças crónicas e em pais de crianças com problemática emocional. *Análise Psicológica*, 12, 301-313.
- Santos, S. V. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise psicológica*, 20(2), 233-241.
- Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M. M. U., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PloS one*, 8(2), e54992.
- Singer, L. T., Fulton, S., Kirchner, H. L., Eisengart, S., Lewis, B., Short, E., ... & Baley, J. E. (2007). Parenting very low birth weight children at school age: maternal stress and coping. *The Journal of pediatrics*, 151(5), 463-469.
- Smetana, J. G. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child development*, 66(2), 299-316.
- Stormshak, E. A., Bierman, K. L., McMahon, R. J., & Lengua, L. J. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 17-29.
- Tallandini, M. A., Morsan, V., Gronchi, G., & Macagno, F. (2014). Systematic and meta-analytic review: Triggering agents of parental perception of child's vulnerability in instances of preterm birth. *Journal of pediatric psychology*, 40(6), 545-553.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., & Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2-and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child development*, 75(6), 1806-1820.
- Teti, D. M., & Candelaria, M. A. (2002). Parenting competence. In: M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol.4, pp.149-180). New York: Lawrence Erlbaum.
- Tichovolsky, M. H., Arnold, D. H., & Baker, C. N. (2013). Parent predictors of changes in child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34, pp. 336-345.
- Tommiska, V., Heinonen, K., Lehtonen, L., Renlund, M., Saarela, T., Tammela, O., et al. (2007). No improvement in outcome of nationwide extremely low birth weight infant populations between 1996–1997 and 1999–2000. *Pediatrics*, 119, 29-36.
- Trombini, E., Surcinelli, P., Piccioni, A., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2008). Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta paediatrica*, 97(7), 894-898.
- Tucker, J., & McGuire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *Bmj*, 329(7467), 675-678.

- van Baar, A. L., Vermaas, J., Knots, E., de Kleine, M. J., & Soons, P. (2009). Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics*, *24*(1), 251-7.
- van der Pal, S., Maguire, C. M., Le Cessie, S., Veen, S., Wit, J. M., Walther, F. J., & Bruil, J. (2008). Parental stress and child behavior and temperament in the first year after the newborn individualized developmental care and assessment program. *Journal of Early Intervention*, *30*(2), 102-115.
- Veddovi, M., Gibson, F., Kenny, D. T., Bowen, J., & Starte, D. (2004). Preterm behavior, maternal adjustment, and competencies in the newborn period: What influence do they have at 12 months postnatal age? *Infant Mental Health Journal*. *25*, 580–599.
- Wechsler, D. (2003). Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição (WISC-III): Manual. *Lisboa: CEGOC*.
- Wechsler, D. (2003a). Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-escolar e Primária - Forma Revista (WPPSI-R): Manual. *Lisboa: CEGOC*.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2002). Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, *11*(3), 213-235.
- World Health Organization. (2001). Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe.
- World Health Organization. (2015). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes: evidence base.
- Yaari, M., Rotzak, N. L., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Eventov-Friedman, S., ... & Yirmiya, N. (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant Behavior and Development*, *52*, 56-65.

ANEXOS

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Quem está a responder

Mãe

Pai

Idade

Menor de 25

Entre 25 e 30

Entre 31 e 35

Entre 36 e 40

Mais de 40

Estado civil

Casado; ou em união de facto; ou vivendo maritalmente (com um companheiro(a))

Separado ou divorciado

Viúvo

Solteiro

Nível socioeconómico

Baixo

Médio -Baixo

Médio

Alto

Situação laboral

Empregado

Desempregado

Nacionalidade _____

Pais de Origem _____

Nível Escolar

Sem a escolaridade mínima

Com a escolaridade mínima

Curso médio

Curso superior

EM RELAÇÃO AO SEU FILHO

Sexo: Feminino Masculino

Idade _____

Tempo de gestação (nasceu com quantas semanas de gestação) _____

Tem terapias de apoio? SIM NÃO

Se sim, quais?

- Terapia da fala
- Apoio escolar
- Fisioterapia
- Outro _____

Anexo II – Índice de *Stress* Parental (*PSI*)

Índice de *Stress* Parental

Para cada afirmação, centre-se, por favor, no filho ou filha que a/o preocupa, e faça um círculo a rodear a resposta que melhor exprime a sua opinião, utilizado o seguinte procedimento:

CC – Concordo Completamente

C – Concordo

NTC – Não tenho a certeza

D – Discordo

DC – Discordo Completamente

- 1- Quando ele/a quer alguma coisa, não desiste até conseguir.
- 2- É tão irrequieto/a que me esgota.
- 3- Parece descontrolado/a e distrai-se por tudo e por nada.
- 4- Comparando-o/a com outras crianças, acho que tem mais dificuldades do que elas em se concentrar e em prestar atenção.
- 5- Entretem-se sozinho/a com os seus brinquedos.
- 6- Afasta-se de nós, sem que saibamos para onde, mais do que eu esperava.
- 7- É mais mexido/a do que esperava que fosse.
- 8- É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa
- 9- Raramente me faz coisas que me deixem contente.
- 10- Em geral sinto que gosta de mim.

Anexo III – Checklist do Comportamento da Criança

Checklist do Comportamento da Criança (1 ½ - 5)

Por favor preencha este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança. Segue-se uma lista de afirmações que descrevem características de crianças. Para cada afirmação que descreve a criança, **agora** ou nos **últimos 2 meses**, por favor assinale/circunde **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira**. Assinale **1** se a afirmação é **de alguma forma ou algumas vezes verdadeira** em relação à criança. Se a afirmação **não é verdadeira** em relação à criança, assinale **0**.

1. Tem dores (sem causa médica conhecida; **não incluir** dores de estômago ou de cabeça).
2. Age de forma demasiado infantil para a sua idade.
3. Tem medo de experimentar coisas novas.
4. Evita olhar os outros nos olhos.
5. Não consegue concentrar-se, prestar atenção durante muito tempo.
6. Não é capaz de ficar sentado/a, sossegado/a, é irrequieto/a ou hiperativo/a.

Checklist do Comportamento da Criança (6 - 18)

Por favor preencha este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho/a é **ou tem sido nos últimos 6 meses**. Assinale/circunde **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira**. Assinale **1** se a afirmação é **de alguma forma ou algumas vezes verdadeira** em relação à criança. Se a afirmação **não é verdadeira** em relação à criança, assinale **0**.

1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade.
2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva) _____
3. Discute muito.
4. Não consegue acabar as coisas que começa.
5. Não há muitas coisas que goste.
6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa-de-banho.

Práticas Parentais – Questionário

Por favor marque com uma cruz o número que corresponde à sua resposta.

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Algumas vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Sempre

- 1- Apresentamos de seguida uma lista das coisas que os pais nos disseram que fazem quando os seus filhos/filhas têm um comportamento que não devem ter. Em geral, quantas vezes faz cada uma das seguintes coisas quando o seu filho/filha faz algo que não devia fazer?
- a. Repara mas não faz nada.
 - b. Levanta a voz (ralha ou grita).
 - c. Faz com que o seu filho/a corrija o problema ou compense o mal que fez.
 - d. Ameaça castigá-lo/a (mas não castiga realmente).
 - e. Dá-lhe tempo (para ele/a pensar).
 - f. Castiga o seu filho/a.
 - g. Tira-lhe privilégios, coisas que ele/a gosta de fazer (como ver televisão ou brincar com os amigos).
 - h. Bate-lhe.
 - i. Dá-lhe uma palmada.
 - j. Dá ao seu filho/a tarefas para ele/a fazer como castigo.
 - k. Discute o problema com ele/a ou faz-lhe perguntas sobre o que aconteceu.

Anexo V – Escala de Regulação Emocional Parental

EREP

Por favor, pense no período atual e na relação com o seu filho e responda em relação a cada item com que frequência a situação ocorre:

0- Nunca ou quase nunca

1- Poucas vezes

2- Algumas vezes

3- Muitas vezes

4- Sempre ou quase sempre

1- Estou atento às emoções do meu filho e tento compreendê-las.

2- Quando o meu filho está perturbado, ajudo-o a compreender o que está a sentir.

3- Quando vejo o meu filho perturbado, procuro fazer-lhe perguntas para que ele compreenda melhor o que está a sentir.

4- Quando o meu filho está perturbado, esforço-me para compreender o que ele está a sentir.

5- Percebo rapidamente quando o meu filho está a ficar nervoso.

Anexo VI – Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos

Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos

Ao longo de doze situações, pedimos que indique numa escala de 1 (Nada provável) a 7 (Muito provável) a probabilidade de responder de forma semelhante ao que é descrito em cada uma das alíneas apresentadas. Por favor, coloque em cada alínea (a – g) um círculo à volta do número (1 – 7) que melhor traduz a probabilidade de responder ou agir como o descrito.

1	2	3	4	5	6	7
Nada provável			Médio			Muito provável

- 1- Se o meu/minha filho/a se zanga porque está doente ou se magoou e não pode ir a uma festa de anos, eu:
- Mando-o ir para o quarto para se acalmar.
 - Zango-me com ele/a.
 - Ajudo-o/a a pensar numa forma de ainda estar com os amigos (por ex., convidar alguns amigos para irem lá para casa).
 - Não lhe respondo enquanto ele/a está zangado/a.
 - Digo-lhe para não dar tanta importância ao assunto.
 - Encorajo-o/a a expressar os seus sentimentos de zanga e frustração.
 - Acalmo-o/a, faço alguma coisa divertida para que se sinta melhor.

FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PAIS
Variáveis parentais e percepção de problemas de comportamento da criança
- estudo com pais de crianças nascidas prematuras -

Caros pais

Vimos convidá-los para participar num projeto destinado a estudar a relação entre o bem-estar dos pais de crianças nascidas prematuras, as suas estratégias educativas, e a forma como percebem os problemas de comportamento dos seus filhos.

Quais são os objetivos do estudo?

Com este estudo pretendemos aprofundar os conhecimentos sobre as dificuldades vividas pelos pais, e adequar melhor a prestação de cuidados a estas crianças e aos seus pais.

Como vai decorrer o estudo? O que precisa de fazer para participar?

Se concordar em participar neste estudo pedimos-lhe autorização para realizar uma avaliação cognitiva ao seu filho, e pedimos que preencha, de acordo com as instruções, os pequenos questionários que lhe vamos entregar.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e não vai influenciar o tratamento do seu filho. Tanto os pais podem interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, desvantagens ou efeitos sobre os cuidados clínicos futuros do seu filho.

Como vai ser tratada a informação que vai fornecer?

Todas as informações serão confidenciais e serão mantidas em sigilo e usadas apenas para comunicação consigo. Aos questionários é atribuído um código de forma a que o seu nome ou o do seu filho não conste. Os dados são tratados na globalidade, isto é, misturados com os de outros pais participantes. A informação será, assim, tratada de forma anónima e apenas utilizada para fins de investigação relacionada com este estudo.

A quem se deve dirigir se tiver dúvidas?

Maria Leonor Ferreira – Gabinete de Psicologia Pediátrica do HFF

Margarida Custódio dos Santos – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Compreendi a informação e aceito participar

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

MUITO OBRIGADA

Anexo VIII – Consentimento informado para pais de crianças com avaliação cognitiva realizada

FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PAIS
Variáveis parentais e percepção de problemas de comportamento da criança
- estudo com pais de crianças nascidas prematuras -

Caros pais

Vimos convidá-los para participar num projeto destinado a estudar a relação entre o bem-estar dos pais de crianças nascidas prematuras, as suas estratégias educativas, e a forma como percebem os problemas de comportamento dos seus filhos.

Quais são os objetivos do estudo?

Com este estudo pretendemos aprofundar os conhecimentos sobre as dificuldades vividas pelos pais, e adequar melhor a prestação de cuidados a estas crianças e aos seus pais.

Como vai decorrer o estudo? O que precisa de fazer para participar?

Se concordar em participar neste estudo pedimos-lhe autorização para usar os resultados da avaliação psicológica que o seu filho realizou na Consulta de Psicologia no último ano, e pedimos que preencha, de acordo com as instruções, os pequenos questionários que agora lhe enviamos.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e não vai influenciar o tratamento do seu filho. Tanto os pais podem interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, desvantagens ou efeitos sobre os cuidados clínicos futuros do seu filho.

Como vai ser tratada a informação que vai fornecer?

Todas as informações serão confidenciais e serão mantidas em sigilo e usadas apenas para comunicação consigo. Aos questionários é atribuído um código de forma a que o seu nome ou o do seu filho não conste. Os dados são tratados na globalidade, isto é, misturados com os de outros pais participantes. A informação será, assim, tratada de forma anónima e apenas utilizada para fins de investigação relacionada com este estudo.

A quem se deve dirigir se tiver dúvidas?

Maria Leonor Ferreira – Gabinete de Psicologia Pediátrica do HFF

Margarida Custódio dos Santos – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Compreendi a informação e aceito participar

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____

MUITO OBRIGADA

Anexo IX – Parecer da Comissão de Ética do Hospital

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 02/2019

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLINICO

TÍTULO DO ESTUDO:

“Relação entre stress parental, práticas educativas, auto-regulação parental, resposta parental a emoções negativas da criança e percepção parental de problemas de comportamento-estudo com pais de crianças prematuras”

Após reunião de 16 de Janeiro de 2019, tendo pareceres favoráveis da Unidade de Investigação Clínica (UIC), e do Encarregado para a Protecção de Dados (EPD), estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável sobre a realização do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 16 de Janeiro de 2019:

Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vice Presidente	Dr.ª Renata Afonso
Vogais	Dr.ª Carla Carneiro
	Dr. Pedro Laranjeira
	Dr. José Tomé
	Enf.ª Lurdes Toscano
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 16 de Janeiro de 2019, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética



Dr.ª Teresa Brandão
HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416