

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS NASCIDAS
PRÉ-TERMO: ESTUDO COM MÃES DE CRIANÇAS
ENTRE OS 4 E OS 10 ANOS**

Raquel Sofia Simões Martins

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença

2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS NASCIDAS
PRÉ-TERMO: ESTUDO COM MÃES DE CRIANÇAS
ENTRE OS 4 E OS 10 ANOS**

Raquel Sofia Simões Martins

Dissertação orientada pela Prof.^a Doutora Margarida Custódio dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicologia da Saúde e da Doença

2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos pelos conhecimentos transmitidos, por toda a sua disponibilidade, pelo apoio prestado e por ter sido incansável. Todas as horas de trabalho conjunto, todas as suas palavras e toda a sua exigência potenciaram, neste ano cheio de desafios, a realização deste trabalho. A sua dedicação por este tema motivou-me sempre a continuar.

Em segundo, agradeço a quem está comigo desde sempre e em todos os momentos da minha vida. À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão. Um agradecimento especial aos meus pais, por me apoiarem sempre a seguir o meu caminho e por não deixarem de acreditar no meu potencial. Ao meu irmão, por toda a companhia e companheirismo desde sempre. Aos meus avós, tios e padrinhos, agradeço por, mesmo nos momentos de maior ausência, demonstrarem sempre preocupação e carinho. Ao João, porque é a prova que a distância fortalece os sentimentos – obrigada pela presença e pelo apoio incondicional em tudo e, em especial, pela motivação e pela paciência que me ensina a ter.

Em terceiro, agradeço aos meus amigos de longa data e aos que fiz na Faculdade. Em especial, à Maria e à Catarina, companheiras de mestrado e amigas para a vida. À Maria, pelo companheirismo nos momentos de desespero e nos momentos de descanso. Pela sua animação e ânimo que iríamos chegar juntas ao final – e chegámos! À Catarina, por toda a inspiração que me deu – a sua presença, persistência e dedicação foram fundamentais para chegarmos juntas aqui.

Em quarto, agradeço com carinho aos profissionais de saúde do HFF, fundamentais para a sinalização de participantes e para a realização deste trabalho. À minha orientadora de estágio, Dr.^a Leonor Ferreira, por todos os conhecimentos partilhados sobre este tema e pelas oportunidades que potenciaram o meu contacto com crianças nascidas pré-termo e com as suas famílias. À Dr.^a Teresa Aguiar, por toda a disponibilidade e ajuda na sinalização das crianças.

Em quinto, agradeço também a todos os docentes do Núcleo, pela transmissão de conhecimentos, experiências e aprendizagens. Em especial, à Professora Doutora Ana Isabel Pereira, pelo auxílio prestado no tratamento estatístico dos dados amostrais.

Por último, agradeço a todas as mães, que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e amabilidade, sem as quais a realização deste trabalho não seria possível.

Resumo

Enquadramento: estudos têm verificado que as crianças nascidas pré-termo apresentam maior risco para desenvolver problemas de comportamento, comparativamente a crianças nascidas de termo, durante a idade pré-escolar e escolar. Várias características parentais e da criança têm surgido como determinantes da perceção parental de problemas emocionais e comportamentais nestas crianças. **Objetivos:** o objetivo geral deste estudo consistiu em identificar as associações entre a perceção parental de problemas de comportamento e o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, em mães de crianças nascidas pré-termo. **Método:** a amostra deste estudo englobou 70 mães de crianças nascidas pré-termo entre os 4 e os 10 anos, que preencheram o Questionário de Comportamentos da Criança versão Pais (CBCL 1½-5/6-10), o Índice de *Stress* Parental (PSI), a Escala de Regulação Emocional Parental (EREP), o Questionário de Práticas Parentais (QPP) e a escala de Reações Parentais às Emoções Negativas (CCNES). Foram realizadas análises descritivas, correlacionais e procedeu-se ao estudo de modelos preditivos através de regressão linear múltipla por *stepwise*. **Resultados:** no geral, não se verificaram valores clínicos nem pré-clínicos nos problemas de internalização, externalização e total de problemas. As mães reportaram níveis mais elevados de *stress* associados às características das crianças, boa capacidade de autorregulação materna, utilização de práticas parentais positivas e reações parentais construtivas perante a emocionalidade negativa da criança. Os três modelos de regressão identificaram diferenças e semelhanças entre os preditores. Como principais preditores, foram identificados, para o modelo de internalização, a depressão e as habilitações maternas; para a externalização, a distração/hiperatividade da criança e a parentalidade negativa; e para o total de problemas de comportamento, a depressão materna e a maleabilidade da criança. Estes modelos explicaram, respetivamente, 47%, 68% e 65% da variância. **Conclusões:** este estudo corroborou as associações entre os determinantes parentais e a incidência de problemas de comportamento em crianças nascidas pré-termo de idade pré-escolar e escolar, salientando-se a necessidade de integrar estes pais em apoios precoces e ao longo do desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: crianças pré-termo; problemas de comportamento; *stress* parental; autorregulação parental; práticas parentais.

Abstract

Background: studies have found that preterm children, compared with term children, have a higher risk to develop behavioral problems during preschool and school ages. Several parental and children's characteristics lead to perceived behavioral and socioemotional problems in these children. **Objectives:** the goal of this study was to identify the associations between mothers' perception of behavioral problems and parenting stress, parental self-regulation, parenting practices and parental reactions to their children's negative emotions. **Methods:** the sample included 70 mothers of preterm children aged from 4 to 10 years old. Mothers were assessed with the Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5/6-10), the Parenting Stress Index (PSI), the Parent Emotion Regulation Scale (PERS), the Parental Practices Inventory (PPI), and the Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES). Data analysis had descriptive and correlational statistics, as well as a stepwise multiple linear regression. **Results:** within this sample there were not found neither clinical nor borderline values for internalization problems, externalization problems, and total behavioral problems. Mothers reported higher stress levels related to child characteristics, good emotional self-regulation, use of positive parenting practices, and adequate reactions to their children's negative emotions. Three regression models identified differences and similarities between behavioral problems predictors. The predictors that explained the most for internalization behaviors' model were maternal depression and maternal education; for externalization behaviors' model were children's distractibility/hyperactivity and negative parenting practices; and the predictors that explained the most for the total behavioral problems' model were maternal depression and children's adaptability. Respectively, these regression models explained the variance 47%, 68%, and 65%. **Conclusions:** this study confirms the associations between parental characteristics and the perceived behavioral problems in preschool and school aged preterm children. These results emphasize the need to integrate these parents in parenting support programs throughout the child's development.

Keywords: preterm children; behavior problems; parenting stress; parental self-regulation; parenting practices.

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introdução..... | 1 |
| Capítulo I. Enquadramento Teórico | 3 |
| 1. Prematuridade | 3 |
| 1.1. Epidemiologia..... | 3 |
| 1.2. Incidência..... | 3 |
| 1.3. Fatores de Risco..... | 4 |
| 1.4. Implicações | 4 |
| 2. Problemas Emocionais e Comportamentais em crianças nascidas pré-termo | 6 |
| 3. Determinantes dos Problemas de Comportamento | 8 |
| 3.1. <i>Stress</i> Parental..... | 9 |
| 3.2. Autorregulação Parental | 13 |
| 3.3. Práticas Parentais | 15 |
| 3.4. Reações Parentais às Emoções Negativas da Criança | 17 |
| 4. O Presente Estudo | 18 |
| 4.1. Relevância..... | 18 |
| 4.2. Objetivos e Hipóteses | 18 |
| 4.3. Características do Estudo..... | 19 |
| Capítulo II. Método..... | 20 |
| 1. Procedimento de Recolha de Dados..... | 20 |
| 2. Amostra..... | 20 |
| 2.1. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Amostra | 20 |
| 2.2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra | 21 |
| 3. Instrumentos de Medida..... | 23 |
| 3.1. Questionário Sociodemográfico | 23 |
| 3.2. Questionário de Comportamentos da Criança para Pais (CBCL 1½-5 e 6-18)..... | 24 |
| 3.3. Índice de <i>Stress</i> Parental (PSI) | 25 |
| 3.4. Escala de Regulação Emocional Parental (EREP) | 27 |
| 3.5. Questionário de Práticas Parentais (QPP)..... | 28 |
| 3.6. Reações Parentais às Emoções Negativas (CCNES)..... | 29 |
| 4. Procedimentos de Análise de Dados | 29 |
| 5. Considerações Éticas | 30 |

| | |
|--|-----------|
| Capítulo III. Resultados..... | 31 |
| 1. Análise Preliminar: Fiabilidade dos Instrumentos utilizados | 31 |
| 2. Apresentação dos Resultados..... | 33 |
| 2.1. Objetivo “Descrever a perceção parental dos problemas de comportamento das crianças” | 33 |
| 2.2. Objetivo “Descrever o nível de <i>stress</i> parental” | 34 |
| 2.3. Objetivo “Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade” | 34 |
| 2.4. Objetivo “Descrever as práticas parentais referidas pelos pais” | 35 |
| 2.5. Objetivo “Descrever o autorrelato das reações parentais perante emoções negativas da criança” | 35 |
| 2.6. Objetivo “Analisar as diferenças nas variáveis em estudo, considerando variáveis caracterizadoras (faixa etária dos pais, habilitações literárias dos pais, sexo da criança, faixa etária da criança e idade gestacional da criança)” | 36 |
| 2.7. Objetivo “Estudar as associações entre a variável perceção parental dos problemas de comportamento da criança e as variáveis <i>stress</i> parental, autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança” | 40 |
| 2.8. Objetivo “Estudar as associações entre a variável <i>stress</i> parental e as variáveis autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança” | 43 |
| 2.9. Objetivo “Construir modelos explicativos da perceção parental de problemas de comportamento em mães de crianças nascidas pré-termo” | 47 |
| Capítulo IV. Discussão dos Resultados | 50 |
| Capítulo V. Conclusões | 64 |
| Referências Bibliográficas | 68 |
| Anexos | 91 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica Materna..... | 21 |
| Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica das Crianças..... | 22 |
| Tabela 3. Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas do PSI..... | 31 |
| Tabela 4. Propriedades Psicométricas das Escalas da EREP..... | 32 |
| Tabela 5. Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas do QPP..... | 32 |
| Tabela 6. Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas da CCNES..... | 33 |
| Tabela 7. Medidas de Tendência Central e de Dispersão dos resultados <i>T</i> das Escalas da CBCL 1½-5 e 6-18..... | 33 |
| Tabela 8. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas do PSI... | 34 |
| Tabela 9. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas da EREP..... | 35 |
| Tabela 10. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas do QPP | 35 |
| Tabela 11. Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas da CCNES..... | 36 |
| Tabela 12. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e o <i>stress</i> parental (PSI)..... | 41 |
| Tabela 13. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e a autorregulação parental (EREP)..... | 41 |
| Tabela 14. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e as práticas parentais (QPP)..... | 42 |
| Tabela 15. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e as reações parentais às emoções negativas da criança (CCNES)..... | 43 |
| Tabela 16. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre o <i>stress</i> parental (PSI) e a autorregulação parental (EREP)..... | 44 |
| Tabela 17. Coeficientes de correlação de <i>Pearson</i> (<i>r</i>) e de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre o <i>stress</i> parental (PSI) e as práticas parentais (QPP)..... | 45 |
| Tabela 18. Coeficientes de correlação de <i>Spearman</i> (<i>ρ</i>) entre o <i>stress</i> parental (PSI) e as reações parentais às emoções negativas da criança (CCNES)..... | 46 |
| Tabela 19. Sumário da regressão linear múltipla por <i>stepwise</i> com a variável dependente problemas de internalização..... | 47 |
| Tabela 20. Sumário da regressão linear múltipla por <i>stepwise</i> com a variável dependente problemas de externalização..... | 48 |

| | |
|--|----|
| Tabela 21. Sumário da regressão linear múltipla por <i>stepwise</i> com a variável dependente total de problemas..... | 49 |
|--|----|

Índice de Anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Consentimento Informado | 91 |
| Anexo 2. <i>E-mail</i> convite enviado aos pais | 92 |
| Anexo 3. Questionário Sociodemográfico | 93 |
| Anexo 4. Excerto do Questionário de Comportamentos da Criança para Pais (CBCL ½-5 e CBCL 6-18)..... | 95 |
| Anexo 5. Excerto do Índice de <i>Stress</i> Parental (PSI)..... | 96 |
| Anexo 6. Excerto da Escala de Regulação Emocional Parental (EREP)..... | 97 |
| Anexo 7. Excerto do Questionário de Práticas Parentais (QPP)..... | 98 |
| Anexo 8. Excerto da escala Reações Parentais Negativas às Emoções da Criança (CCNES)..... | 99 |
| Anexo 9. Parecer da Comissão de Ética do Hospital | 100 |
| Anexo 10. Adenda de Prorrogação do Prazo do Estudo no Hospital | 101 |
| Anexo 11. Análise das diferenças entre variáveis para o Objetivo Específico 6..... | 102 |
| Anexo 12. Modelos de Regressão Linear Múltipla <i>Stepwise</i> para o Objetivo Específico 9.. | 116 |

Glossário de Abreviaturas

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento

APA – *American Psychiatric Association*

CBCL – Questionário de Comportamentos da Criança para Pais

CCNES/RPEN – *Coping with Children's Negative Emotions Scale*/Reações Parentais às Emoções Negativas dos filhos

DBP – Displasia Broncopulmonar

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5.^a Ed.

ECN – Enterocolite Necrosante

EHI – Encefalopatia Hipóxico-Isquémica

EREP/PERS - Escala de Regulação Emocional Parental/*Parent Emotion Regulation Scale*

IG – Idade Gestacional ou Idades Gestacionais

INE – Instituto Nacional de Estatística

LPV – Leucomalácia Periventricular

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PN – Peso à Nascimento

PSI/ISP – *Parenting Stress Index*/Índice de *Stress* Parental

QI – Quociente de Inteligência

QPP/PPI – Questionário de Práticas Parentais/*Parental Practices Inventory*

SDR – Síndrome de Desconforto Respiratório

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

WHO – *World Health Organization*

WMA – *World Medical Association*

Introdução

Mundialmente nascem cerca de 15 milhões de bebês pré-termo por ano (WHO, 2018). Este número tem vindo a aumentar nos últimos anos (Chawanpaiboon et al., 2019), devido aos avanços tecnológicos e ao aumento dos cuidados neonatais (Barfield, 2018). Apesar do aumento muito significativo da sobrevivência de recém-nascidos com idades gestacionais muito baixas, as crianças nascidas pré-termo apresentam riscos acrescidos para desenvolverem complicações de saúde nos primeiros meses de vida (Chawanpaiboon et al., 2019) e, ao longo do desenvolvimento, alterações a nível motor, cognitivo, linguístico, socioemocional e comportamental (Rogers et al., 2018).

Alguns autores (e.g., Bhutta et al., 2002; Loe et al., 2019) têm verificado que as crianças nascidas pré-termo, quando comparadas com crianças nascidas de termo, apresentam mais problemas de comportamento durante a idade pré-escolar e escolar. A incidência de problemas de comportamento nesta população tem sido associada, não só à prematuridade, mas também a diversas características e comportamentos dos pais no exercício da parentalidade (e.g., Linden et al., 2015; Haemmerli et al., 2020; Polic et al., 2016).

Considerando as características dos pais e as vivências parentais, nomeadamente o *stress* sentido (quer na fase imediatamente pós-parto, quer em fases subsequentes), a capacidade de autorregulação parental, as práticas parentais utilizadas e as reações parentais às emoções negativas dos filhos, já estudadas em investigações prévias, torna-se relevante explorar de que forma estas contribuem para a perceção parental de problemas de comportamento da criança. Na realidade, os estudos sobre problemas de comportamento e sobre os correlatos, em crianças de idade pré-escolar e escolar, nascidas pré-termo, ainda são escassos.

O presente estudo dá continuidade aos trabalhos desenvolvidos por Santos (2019) e Pinto (2020). O principal objetivo consistiu em identificar e descrever associações entre a perceção parental de problemas de comportamento e o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, em mães de crianças nascidas pré-termo com idades entre os 4 e os 10 anos.

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico e incide na prematuridade, nos problemas de comportamento em crianças nascidas pré-termo e nos determinantes parentais dos problemas de comportamento. Contempla a apresentação da relevância, objetivos, hipóteses e características do presente estudo. O segundo capítulo corresponde ao método e contempla o procedimento de recolha de dados, os critérios de inclusão e exclusão da amostra, a

caracterização da amostra, os instrumentos de medida utilizados, os procedimentos de análise de dados e as considerações éticas. O terceiro capítulo corresponde à apresentação dos resultados, organizados de acordo com os objetivos específicos estabelecidos. O quarto capítulo corresponde à discussão dos resultados e está organizado de acordo com os resultados obtidos para cada variável estudada. O quinto e último capítulo corresponde às conclusões e considerações finais do estudo e contempla as limitações, as contribuições e implicações desta investigação para a prática clínica e recomendações para investigações futuras.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

1. Prematuridade

1.1. Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a prematuridade como o nascimento de nados-vivos antes de serem completadas 37 semanas de gestação (World Health Organization [WHO], 2018).

A prematuridade classifica-se pela idade gestacional (IG) e pelo peso à nascença (PN) (WHO, 2018). Quanto ao tempo de gestação, pode classificar-se que o bebé nasceu pré-termo moderado ou tardio ($32 \leq IG < 37$ semanas), muito pré-termo ($28 \leq IG < 32$ semanas) ou pré-termo extremo ($IG < 28$ semanas) (WHO, 2018). Em relação ao peso à nascença, o bebé pode classificar-se como tendo nascido de baixo peso ($1500g \leq PN < 2500g$), de muito baixo peso ($1000g \leq PN < 1500g$) ou de extremo baixo peso ($PN < 1000g$) (WHO, 2018).

1.2. Incidência

Mundialmente, estima-se que nasçam 15 milhões de bebés pré-termo por ano (cerca de 1 em 10) (WHO, 2018) e que os nascimentos pré-termo tenham aumentado de 9,8%, em 2000, para 10,6%, em 2014 (Chawanpaiboon et al., 2019; WHO, 2018). Em 2015, nos Estados Unidos da América, as estimativas apontavam para que o nascimento de bebés pré-termo extremos, com $IG \leq 27$ semanas, tenha sido de 0,68%; de bebés muito pré-termo, com IG entre as 28 e as 31 semanas, tenha sido de 0,91%; e de bebés pré-termo moderados a tardios, com IG entre as 32 e 33 semanas, tenha sido de 1,17%, e com IG entre as 34 e as 36 semanas, tenha sido de 6,87% (Barfield, 2018).

Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE; INE, 2020), entre 2014 e 2019, verificou-se quer o aumento de nados-vivos pré-termo ($IG < 37$), de 7,7% para 8,0%, quer o aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso ($PN < 2500g$), que representam 8,9% do total de nados-vivos em 2019.

Os progressos na medicina e os avanços tecnológicos, nos países desenvolvidos, permitiram a redução da taxa de mortalidade dos bebés pré-termo e tornaram possível a sobrevivência de recém-nascidos de idades gestacionais cada vez mais baixas (Barfield, 2018; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2014). Em Portugal, a taxa de mortalidade neonatal é baixa, com 1,8 mortes em 1000 nados-vivos (SPP, 2014).

1.3. Fatores de Risco

O aumento do número de recém-nascidos pré-termo deve-se a uma multiplicidade de fatores, entre os quais (a) as características maternas (e.g., idade materna jovem, na adolescência; ou avançada, mais de 35 anos; nível socioeconómico baixo), (b) a saúde materna (e.g., infeções; condições crónicas, como diabetes, hipertensão, diabetes, obesidade, doenças autoimunes, depressão), (c) os hábitos maternos (e.g., consumos, fumar), (d) complicações obstétricas (e.g., problemas uterinos ou na placenta), (e) gravidezes antecedentes (e.g., pré-termo; múltipla; gravidezes com pouco tempo de intervalo), (f) eventos stressantes e/ou ocorrências traumáticas (e.g., perda de familiares significativos; acidentes envolvendo a própria ou outros), (g) a saúde do bebé (e.g., anomalias fetais) e (h) influências genéticas (Barfield, 2018; INE, 2020).

Os partos pré-termo podem ocorrer espontaneamente, devido ao início precoce do trabalho de parto (estima-se que aconteça em 45% dos casos) ou pela rutura prematura das membranas pré-termo (estima-se que aconteça em 25% dos casos) e, ainda, por indução, devido a condições de risco da mãe e/ou do feto (estima-se que aconteça em 30% dos casos) (Goldenberg et al., 2008).

Embora os fatores sociodemográficos, nutricionais, biológicos e ambientais também aumentem o risco de nascimentos pré-termo, em muitos casos não é possível identificar a causa (Chawanpaiboon et al., 2019).

1.4. Implicações

Apesar dos progressos da medicina permitirem a sobrevivência de bebés nascidos pré-termo e de baixo peso, a prematuridade continua a ser a maior causa de mortalidade infantil até aos 5 anos (Chawanpaiboon et al., 2019; WHO, 2018; UNICEF et al., 2020) e tem implicações físicas e psicológicas, com efeitos ao longo do desenvolvimento da criança (Barfield, 2018; Rogers et al., 2018; Saigal & Doyle, 2008).

Em relação a aspetos físicos e fisiológicos, a prematuridade tem sido associada a várias complicações clínicas pós-natais nos bebés, que resultam em elevada morbilidade e que colocam em risco de vida o recém-nascido (Chawanpaiboon et al., 2019; WHO, 2018; UNICEF et al., 2020). Estima-se que, em 2015, o número mundial de mortes devido à prematuridade tenha sido de um milhão (Liu et al., 2016; WHO, 2018). Segundo Chawanpaiboon e colaboradores (2019), as complicações mais comuns nos primeiros meses de vida são: (a) Síndrome de Desconforto Respiratório (SDR); (b) Displasia Broncopulmonar (DBP); (c) Enterocolite Necrosante (ECN); (d) Septicemia; (e) Leucomalácia Periventricular

(LPV); (f) Convulsões; (g) Hemorragia Intraventricular; (h) Paralisia Cerebral; (i) Infecções; (j) Dificuldades de Alimentação; (k) Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI); e (l) Problemas Visuais e Auditivos. Behrman e colaboradores (2007) e Saigal e Doyle (2008) identificam ainda: (m) instabilidade na Manutenção da Temperatura Corporal; (n) Hipoglicemia; (o) Problemas Gastrointestinais; e (p) Défices Imunitários.

Além das possíveis complicações médicas, o bebê nascido pré-termo apresenta características que podem perturbar a relação mãe-bebê, constituindo-se, assim, um risco para a qualidade dessa interação e para o bem-estar materno. Em relação a estas características, têm sido referidas na literatura, não só a evidente fragilidade física e fisiológica e a aparência do bebê (Ionio & Di Blasio, 2014), mas também a menor emocionalidade positiva, maiores dificuldades de autorregulação (Chiodelli et al., 2021) e menor preparação para responder aos estímulos do meio, apresentando o bebê, por isso, uma menor responsividade nas interações (Forcada-Guex et al., 2006; Hoffenkamp et al., 2015; Yaari et al., 2018). No entanto, outros estudos identificaram diferentes determinantes, como por exemplo as representações parentais do bebê (Fuertes et al., 2011) e a sensibilidade materna (Fuertes et al., 2016), que têm mostrado influenciar a qualidade desta interação.

Em fases posteriores ao nascimento, estudos verificaram que as crianças nascidas pré-termo apresentam perturbações, a longo prazo, nos domínios motor, cognitivo, socioemocional e da linguagem (Rogers et al., 2018; Williams et al., 2009; Woodward et al., 2009). Na revisão realizada por Rogers e colaboradores (2018), que sistematiza a incidência de alterações neurológicas das crianças nascidas pré-termo, foram evidentes mais problemas de neurodesenvolvimento, comparativamente a crianças de termo. Também no estudo de Woodward e colaboradores (2009) se verificou que as crianças nascidas pré-termo têm uma probabilidade três vezes maior de desenvolver patologias (e.g., atraso cognitivo e no desenvolvimento da linguagem, problemas emocionais e comportamentais).

Em crianças nascidas pré-termo de idade escolar, foram identificadas alterações a nível do desenvolvimento da motricidade, da cognição e do comportamento (Barfield, 2018; Bhutta et al., 2002). Na revisão sistemática de Moreira e colaboradores (2014) os autores também verificaram que as crianças nascidas pré-termo de idade escolar apresentavam dificuldades ao nível da motricidade grossa e fina. De forma semelhante, na revisão sistemática de Williams e colaboradores (2009) as estimativas apontavam para a incidência de problemas motores, ligeiros a moderados, em 40% das crianças nascidas pré-termo.

Quanto ao funcionamento cognitivo, alguns estudos identificaram níveis mais baixos de funcionamento cognitivo (e.g., problemas de articulação e expressão verbal; dificuldades

de aprendizagem que afetam a leitura, escrita e raciocínio lógico-abstrato) em crianças nascidas pré-termo (Barfield, 2018; Bhutta et al., 2002; Kerr-Wilson et al., 2012; Mangin et al., 2017; Moreira et al., 2014; Woodward et al., 2009).

Noutros estudos, foi encontrada uma associação entre a prematuridade e a incidência de perturbações do neurodesenvolvimento, como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (Agrawal et al., 2018; Franz et al., 2018; Limperopoulos et al., 2008; Sajdel-Sulkowska et al., 2009). Verificou-se que as crianças nascidas pré-termo apresentavam dificuldades na manutenção da atenção (Vieira & Linhares, 2011), falta de atenção, hiperatividade e impulsividade, e que estas dificuldades estavam associadas a muito baixa IG e muito baixo PN (Franz et al., 2018).

2. Problemas Emocionais e Comportamentais em crianças nascidas pré-termo

Apesar do número limitado e com baixa consistência em termos de resultados, os estudos sobre problemas emocionais e comportamentais nas crianças nascidas pré-termo têm verificado que, desde a idade pré-escolar à idade adulta, os mais frequentes incluem problemas de internalização (e.g., sintomatologia ansiosa e humor deprimido), problemas de externalização (e.g., oposição e hiperatividade), problemas de socialização e problemas de atenção (Bhutta et al., 2002; Loe et al., 2019; Spittle et al., 2009).

Na meta-análise de Bhutta e colaboradores (2002), os autores verificaram que existe um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de comportamento de externalização, de internalização e de PHDA em crianças nascidas pré-termo de idade escolar, quando comparadas com crianças de termo da mesma faixa etária. Outros estudos (e.g., Johnson & Marlow, 2011; Rogers et al., 2018; Woodward et al., 2009) encontraram níveis elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva e de problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo.

Recentemente, Loe e colaboradores (2019) verificaram que as crianças de idade pré-escolar nascidas pré-termo apresentavam resultados mais elevados nas escalas de problemas de internalização, externalização e total de problemas. As crianças que começam a manifestar sintomatologia de externalização (e.g., desobediência, agressividade, agitação psicomotora, dificuldades de regulação) durante a primeira infância tendem a continuar a manifestá-la na idade escolar (Bhutta et al., 2002; Campbell et al., 2000). Comparativamente a crianças de termo, as crianças nascidas pré-termo, entre os 4 e os 8 anos, apresentam mais problemas hiperatividade e impulsividade (Faleschini et al., 2020).

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos em várias revisões sistemáticas de literatura (e.g., Arpi & Ferrari, 2013; de Jong et al., 2012; Moreira et al., 2014). No estudo de Hornman e colaboradores (2016), com 653 crianças nascidas pré-termo com IG entre as 32 e 35 semanas, 401 crianças nascidas pré-termo com IG entre as 25 e as 31 semanas e 389 crianças de termo, verificou-se que as crianças nascidas pré-termo apresentam níveis elevados de problemas emocionais e comportamentais durante a idade escolar. As crianças com IG inferior a 32 semanas apresentam problemas emocionais mais persistentes e emergentes. Os autores verificaram, ainda, que as crianças nascidas pré-termo têm uma maior predisposição para desenvolver problemas emocionais e comportamentais aquando da entrada para o primeiro ano de escolaridade e durante a idade escolar.

Salientam-se, contudo, alguns estudos nos quais não se verificaram diferenças significativas relativamente à incidência de problemas de comportamento em crianças de termo e pré-termo (e.g., Casey, 2006; Gurka et al., 2010; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Santos et al., 2017). Gurka e colaboradores (2010) verificaram que as crianças com IG entre as 34 e as 36 semanas não apresentavam mais problemas emocionais e comportamentais do que crianças nascidas de termo. Foi ainda verificado que as crianças nascidas com baixo peso à nascença, com um desenvolvimento normal ao longo da infância, não apresentam diferenças a nível do comportamento, do funcionamento cognitivo e do desempenho académico, quando comparadas a crianças de peso normal à nascença (Casey et al., 2006).

Existe alguma evidência de que as IG baixas são um fator de risco de problemas de comportamento nas crianças (Barfield, 2018; den Haan et al., 2019; Saigal & Doyle, 2008). Por exemplo, no estudo de den Haan e colaboradores (2019) os autores verificaram que crianças nascidas entre as 32 e as 35 semanas de gestação, quando comparadas com crianças nascidas de termo, apresentavam maior risco para desenvolver problemas emocionais e comportamentais. Também a incidência de complicações médicas e do neurodesenvolvimento se encontram inversamente correlacionadas com a IG (Barfield, 2018; Saigal & Doyle, 2008), sendo a IG compreendida entre as 32 e as 36 semanas de gestação considerada de menor risco para alterações do sistema neurológico (Jin et al., 2020).

A incidência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas pré-termo, ao longo do curso de vida, tem sido associada não só à IG e ao PN, mas também a complicações neonatais (i.e., que podem provocar sequelas neurológicas, cognitivas e perturbações comportamentais), a dificuldades no estabelecimento precoce das interações pais-criança (devido à hospitalização), a atitudes parentais de superproteção e à saúde fragilizada da criança ao longo do desenvolvimento (Delobel-Ayoub et al., 2006). Por

exemplo, den Haan e colaboradores (2019) verificaram que as infecções perinatais, as variáveis maternas (e.g., fumar) e as características individuais da criança (e.g., sexo masculino) contribuem para o aumento de incidência de problemas de externalização nas crianças nascidas pré-termo.

Quanto à variabilidade associada ao sexo, alguns estudos verificaram que comportamentos de hiperatividade, impulsividade, desatenção e agressividade tinham maior prevalência em crianças nascidas pré-termo do sexo masculino, de níveis socioeconômicos mais baixos (Faleschini et al., 2020). Relativamente aos problemas de internalização, não foram identificadas diferenças entre sexos, mas verificou-se uma maior incidência em crianças pré-termo de nível socioeconômico baixo (Faleschini et al., 2020).

Apesar da prematuridade se apresentar como um fator de risco para problemas de comportamento em crianças nascidas pré-termo, na literatura são referidos vários determinantes, como as características associadas aos pais e ao ambiente envolvente da criança, que predis põem uma maior ocorrência de problemas de comportamento em crianças de idade escolar, de populações clínicas e não clínicas.

3. Determinantes dos Problemas de Comportamento

Os modelos transacionais (e.g., Belsky, 1984; Sameroff, 1975; Sameroff & Mackenzie, 2003) postulam que o desenvolvimento humano ocorre por um processo de transação dinâmica e contínua entre a criança, o ambiente familiar e o contexto social.

Segundo Belsky (1984) e Sameroff (1975), as relações pais-filhos são determinadas pelas características dos pais, pelas características da criança e pelo contexto social. Salientam-se quatro domínios principais: as características da criança (e.g., sexo, temperamento, funcionamento cognitivo); as características parentais (e.g., *stress* parental, personalidade); a interação pais-filhos (e.g., qualidade da vinculação); e as características contextuais e do meio (e.g., nível socioeconômico, suporte social, acontecimentos de vida significativos) (Smeekens et al., 2007).

O modelo de Belsky (1984) assume que a parentalidade é multideterminada pelas histórias individuais de desenvolvimento de cada progenitor, pela qualidade das relações estabelecidas, pelo contexto social e pelo estatuto socioeconômico. Estes fatores têm uma influência direta no bem-estar psicológico dos pais e, conseqüentemente, no funcionamento parental promotor do desenvolvimento da criança.

Nesta perspectiva, de forma idêntica ao que acontece com as crianças de termo, o desenvolvimento de problemas de comportamento das crianças de pré-termo é influenciado

não só pelas condições e características da criança, mas também pelas características dos pais, nomeadamente o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas educativas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, que terão enfoque neste estudo.

3.1. *Stress Parental*

O *stress* parental é definido pela discrepância entre as exigências parentais percebidas e os recursos disponíveis para lidar com essas exigências (Abidin, 1995). Os modelos transacionais defendem a existência de associações dinâmicas e recíprocas entre o *stress* parental, os comportamentos parentais, os comportamentos de externalização das crianças e o seu contexto de vida (Mackler et al., 2015; Sameroff, 1975; Suttora et al., 2014). Segundo o modelo de mediação de Abidin (1992; 1995), níveis elevados de *stress* parental associam-se a comportamentos parentais desajustados que, por sua vez, predizem a incidência de problemas de comportamento nas crianças. Apesar de algum *stress* parental ser considerado normal, níveis elevados podem afetar negativamente as práticas parentais e a relação pais-criança (Abidin, 1995; Belsky, 1984). O *stress* parental tem consequências negativas para o desenvolvimento da criança (Pesonen et al., 2008; Cappa et al., 2011) e tem mostrado estar associado às práticas parentais utilizadas e ao próprio desenvolvimento da criança (Abidin, 1995; Theule et al., 2010).

Investigações com populações clínicas e não clínicas encontram evidência de uma associação forte entre o *stress* parental e os domínios da parentalidade, da criança e do contexto social (Theule et al., 2010). Em relação ao domínio dos pais, incluem-se as reações parentais e práticas parentais negativas (Mortensen & Barnett, 2015; Putnick et al., 2008); no domínio da criança, incluem-se o desenvolvimento da criança (Kim et al., 2016) e os problemas de internalização e externalização (Tharner et al., 2012); e no contexto social, inclui-se a qualidade da relação pais-criança (Mäntymaa et al., 2009; Mitchell & Hauser-Cram, 2010). A longo prazo, a percepção das crianças acerca dos comportamentos parentais e dos níveis de *stress* parental tende a relacionar-se com a formação do autoconceito na transição para a adolescência (Putnick et al., 2008).

Stress Parental e problemas de comportamento.

Estudos com populações não clínicas têm mostrado associações positivas entre o *stress* parental e os comportamentos de externalização das crianças, sugerindo que níveis elevados de *stress* parental podem contribuir para uma maior percepção de problemas de comportamento (Anthony et al., 2005; Mackler et al., 2015). No estudo de Anthony e

colaboradores (2005), foram identificadas associações diretas entre o *stress* parental e os comportamentos de externalização em crianças entre os 2 e os 6 anos, mas não foram encontrados efeitos de mediação das práticas parentais rígidas e pouco afetuosas.

No entanto, no estudo de Kim e colaboradores (2016), com o objetivo de analisar o neurodesenvolvimento de bebês saudáveis entre os 3 e os 4 meses, verificou-se que o *stress* materno era um mediador do envolvimento paterno no cuidado dos bebês e que este, por sua vez, se encontrava positivamente associado ao neurodesenvolvimento na primeira infância.

Outros estudos, com uma orientação transacional, reforçam a interação dialética entre pais e filhos, realçando que as características individuais das crianças, como a demonstração de problemas de comportamento, aumentam os níveis de *stress* parental (Barroso et al., 2018; Besnard et al., 2013; Bradley & Corwyn, 2013; Mackler et al., 2015). Por exemplo, o estudo de Besnard e colaboradores (2013) mostrou que os comportamentos disruptivos, de crianças em idade escolar, estavam associados a práticas parentais negativas e a um maior *stress* parental. A influência das características da criança no *stress* parental tem sido apresentada como relevante em estudos com diversas populações clínicas, por exemplo, com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, como PEA e Atraso Global do Desenvolvimento (AGD; Barroso et al., 2018).

Na revisão sistemática de Barroso e colaboradores (2018), com três populações clínicas diferentes (i.e., crianças com PEA e AGD; crianças com doença crônica diagnosticada; e crianças de nível socioeconómico baixo, que foram adotadas e com níveis pré-clínicos de problemas de comportamento), verificou-se que os pais das crianças com PEA e AGD apresentavam níveis superiores de *stress* do que os pais das crianças dos outros grupos clínicos. Os autores verificaram que vários estudos interligam o *stress* parental com os problemas de comportamento das crianças, maioritariamente com os problemas de externalização.

De forma similar, alguns estudos com a população nascida pré-termo (e.g., Huhtala et al., 2014; Linden et al., 2015; Pérez-Pereira & Baños, 2019) têm mostrado que existem associações positivas entre os problemas de comportamento das crianças de idade escolar e pré-escolar e os níveis de *stress* parental. Num estudo longitudinal sobre as associações entre o bem-estar, o *stress* parental e o desenvolvimento social, comportamental e cognitivo das crianças, Huhtala e colaboradores (2014) verificaram que os pais das crianças nascidas pré-termo com níveis mais elevados de *stress* percecionavam mais problemas emocionais e comportamentais quando as crianças tinham 3 e 5 anos.

Stress Parental em crianças nascidas pré-termo.

Os resultados dos estudos sobre *stress* parental em pais de crianças nascidas de pré-termo têm mostrado resultados pouco consistentes, apesar de ser reconhecido que, devido à incerteza sobre a sobrevivência da criança, ao risco acrescido de complicações médicas, às preocupações sobre as sequelas da prematuridade e às vivências dos pais nas unidades de neonatologia que dificultam o estabelecimento da vinculação com o bebê, o nascimento pré-termo é potenciador de níveis mais elevados de *stress* associados à parentalidade (Fegran et al., 2008; Haemmerli et al., 2020).

Por outro lado, vários estudos verificaram que os níveis de *stress* materno são mais elevados em mães de crianças nascidas pré-termo, independentemente de a criança ter mais ou menos riscos associados ao nascimento (Asaka & Takada, 2013; Singer et al., 1999).

Estudos longitudinais têm mostrado que, ao longo do desenvolvimento da criança, os pais de crianças nascidas pré-termo apresentam níveis superiores de *stress*, comparativamente a pais de crianças de termo (Linden et al., 2015; Haemmerli et al., 2020; Treyvaud et al., 2014). Relativamente às diferenças no *stress* parental de acordo com a IG, verificou-se que pais de crianças nascidas entre as 34 e as 36 semanas de gestação, com idades entre os 6 e os 12 anos, apresentam níveis mais elevados de *stress* parental relacionados com as características da criança, especificamente com o humor negativo, comparativamente a pais de crianças nascidas de termo da mesma idade (Polic et al., 2016).

No estudo de Haemmerli e colaboradores (2020), que tinha como pressuposto que o *stress* parental experienciado após o nascimento da criança pré-termo tinha efeitos a longo-prazo, verificou-se que, quando as crianças têm entre os 2 e 3 anos, o domínio de *stress*, medido através do Índice de *Stress* Parental (*Parenting Stress Index* [PSI], Abidin, 1995), com resultados mais elevados era o domínio dos pais (i.e., nos subdomínios depressão, saúde e relação marido/mulher) e que as mães apresentavam níveis superiores de *stress*, comparativamente aos pais. Também no estudo de Treyvaud e colaboradores (2014), os pais de crianças nascidas pré-termo, comparativamente a pais de crianças de termo, reportaram níveis mais elevados de *stress* no domínio dos pais (i.e., subdomínio saúde) e no domínio da criança (i.e., subdomínios distração/hiperatividade, adaptação, aceitação e exigência), quando os filhos tinham 2 e 7 anos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Gray e colaboradores (2017), num estudo longitudinal com mães de crianças de termo e pré-termo, monitorizadas entre os 4 e 12 meses pós-parto e aos 2 anos. Os autores verificaram que as mães das crianças nascidas pré-termo apresentavam níveis mais elevados de *stress* parental aos 2 anos, comparativamente a

mães de crianças de termo. Verificou-se ainda que o aumento dos níveis de *stress* parental ao longo do tempo estava associado à percepção parental dos problemas comportamentais das crianças (medida através do Questionário de Comportamento da Criança [CBCL]) e à saúde mental materna (medida através da escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* [DASS]).

A incidência de níveis elevados de *stress* parental em pais de crianças nascidas pré-termo com 7 anos também foi corroborada no estudo de Linden e colaboradores (2015), com maior prevalência de *stress* em pais de crianças do sexo feminino do que do sexo masculino. Inversamente, na meta-análise de Barroso e colaboradores (2018), a evidência apontava para níveis superiores de *stress* parental em mães de crianças do sexo masculino, sendo isto também verificado no estudo de Vierhaus e colaboradores (2013). Apesar destes resultados, esta diferença relativa aos níveis de *stress* parental consoante o sexo da criança não foi encontrada no estudo de Putnick e colaboradores (2008) com crianças nascidas de termo.

Em relação ao *stress* materno relacionado com resultados a nível do desenvolvimento cognitivo e intelectual, Turpin e colaboradores (2019), num estudo longitudinal com crianças nascidas pré-termo e de termo, verificaram que o Quociente de Inteligência (QI) era significativamente mais baixo para crianças nascidas pré-termo com 11 anos e que a redução da sintomatologia de *stress* materno, especificamente de *stress* pós-traumático, poderia potenciar o funcionamento intelectual das crianças.

Existem poucos estudos a relacionar as trajetórias dos problemas de comportamento e o *stress* parental ao longo do desenvolvimento da criança nascida pré-termo (Neece et al., 2012; Linden et al., 2015). De acordo com o modelo transacional de Sameroff (1975), o desenvolvimento das crianças ocorre através vários fatores (individuais, parentais e contextuais) que vão reestruturando os seus comportamentos ao longo da infância. Verificou-se que os problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo, aos 7 anos, contribuem para o aumento dos níveis de *stress* parental (Linden et al., 2015), mas estes autores não conseguiram estabelecer uma relação de causalidade entre ambos. Outros autores (Neece et al., 2012) verificaram que o *stress* parental é tanto um antecedente como uma consequência dos problemas de comportamento nas crianças e, da mesma forma, os problemas de comportamento são um antecedente e uma consequência do aumento dos níveis de *stress* parental.

Apesar do reconhecimento de que o nascimento de uma criança pré-termo é potencialmente indutor de *stress* parental, nem todos os estudos têm verificado diferenças significativas entre estes pais e os de crianças de termo. Existem estudos que verificam que as diferenças não estão associadas apenas à prematuridade (i.e., aos aspetos fisiológicos da

criança nascida pré-termo), mas sim a outros determinantes, como por exemplo ao bem-estar parental e à saúde mental dos pais (Estes et al., 2009; Farmer & Lee, 2011), aos comportamentos parentais (Putnick et al., 2008), ao funcionamento familiar (Streisand et al., 2003), à qualidade da relação pais-criança (Mitchell & Hauser-Cram, 2010), ao desenvolvimento da criança e aos problemas emocionais e comportamentais percebidos pelos pais (Tripp et al., 2007).

Na meta-análise de Schappin e colaboradores (2013), os autores não encontraram diferenças significativas entre os grupos de pais de crianças nascidas de termo e de pré-termo; no entanto, verificaram que os pais de crianças nascidas pré-termo apresentavam níveis mais elevados de *stress*, comparativamente aos pais de crianças nascidas de termo e que, quando as crianças apresentavam alguma patologia congénita, os níveis de *stress* parental eram ainda mais elevados. Os autores verificaram que quanto menor a IG e o PN das crianças, maior o *stress* parental reportado. Identificaram, ainda, como variável moderadora do *stress* parental, o ano de nascimento da criança, em sete subdomínios (i.e., nas características da criança, como a exigência, o humor e a aceitação; e nas características dos pais, como o sentido de competência, o isolamento social, a restrição de papel e a depressão), indicando que os pais das crianças que tinham nascido nos anos mais recentes apresentavam níveis inferiores de *stress*. Segundo os autores, este efeito ocorreu devido às melhorias dos cuidados neonatais, a nível da inclusão de cuidados centrados na família e da utilização de várias metodologias, como o Método de Canguru, encorajando os pais a manter uma proximidade física e privada com o bebé, estabelecendo contacto pele com pele. Este método tem trazido vários benefícios, quer para o recém-nascido (e.g., diminuição da resposta à dor, efeitos positivos no desenvolvimento físico, possibilidade de ter aleitamento materno), quer para a sua família (e.g., redução da ansiedade materna, mais autoconfiança no papel parental, melhor estabelecimento de vinculação com o bebé) (Kostandy & Ludington-Hoe, 2019).

3.2. Autorregulação Parental

A autorregulação consiste na capacidade para alterar os próprios comportamentos de acordo com regras, valores e objetivos preestabelecidos pelas expectativas do próprio ou da sociedade (Baumeister & Vohs, 2007). A autorregulação parental pressupõe o estabelecimento de objetivos e valores educacionais, o reconhecimento da necessidade de utilizar determinadas práticas parentais, o planeamento e a resolução de dificuldades inesperadas, para ultrapassar desafios e monitorizar o comportamento das crianças (Barros et al., 2015; Sanders, 2008).

Durante a infância, o papel dos pais e do contexto familiar é muito importante para o desenvolvimento da regulação emocional das crianças (Thompson & Meyer, 2007). O desenvolvimento da autorregulação emocional ocorre a partir das interações entre a observação e modelagem das crianças em relação à regulação emocional dos pais, os comportamentos parentais em relação às emoções e o contexto familiar (i.e., as práticas parentais utilizadas, a vinculação com a criança, a relação conjugal e a expressividade emocional parental) (Morris et al., 2007). Assim, os processos familiares são considerados transacionais, o que indica que, da mesma forma que a autorregulação parental afeta o desenvolvimento da autorregulação das crianças, também a própria autorregulação das crianças poderá afetar a regulação emocional dos pais (Lengua & Kovacs, 2005). Postula-se, assim, a existência de uma relação dialética entre os esforços de autorregulação comportamental parental e os esforços de regulação do comportamento, da saúde e do desenvolvimento das crianças (Barros et al., 2015).

A capacidade dos pais para responder às necessidades e exigências da criança requer que consigam, simultaneamente, regular os próprios comportamentos em detrimento da percepção que têm dos comportamentos da criança e responder às exigências da vida pessoal (e.g., trabalho, relação conjugal e relações familiares) (Barros et al., 2015). Contudo, em situações que requerem esforços comportamentais, cognitivos, emocionais e de gestão familiar, os pais podem ter dificuldades em encontrar motivação e estratégias para se envolverem em comportamentos de autorregulação emocional (Pereira, Goes, & Barros, 2015).

A utilização de estratégias de adaptação desadequadas (e.g., ruminação, sentimento de culpa), não promotoras de uma boa autorregulação parental, contribuem para níveis elevados de *stress* parental (Montiel-Nava et al., 2005; Pérez-López et al., 2011). Estas estratégias não promovem uma resposta positiva à resolução de problemas e tendem a manter ou a aumentá-los (Herman & Tetrick, 2009). A forma como as famílias lidam com os problemas de comportamento das crianças influencia quer o bem-estar das crianças, quer a dinâmica familiar (Montiel-Nava et al., 2005).

A autorregulação parental positiva e a utilização de estratégias parentais direcionadas para a resolução do problema promovem a redução dos problemas de comportamento e o aumento do bem-estar familiar (Cantero-García et al., 2018). Neste sentido, apesar da escassez de estudos que relacionem a autorregulação parental no contexto da prematuridade, tem-se verificado que a autorregulação emocional dos pais está relacionada com a autorregulação emocional das crianças e que esta, por sua vez, está relacionada com a

incidência de problemas de comportamento ao longo da vida (Crespo et al., 2017). Na população nascida de termo, estudos como o de Han e Shaffer (2013) verificaram que a desregulação emocional materna se encontrava associada a problemas de internalização em crianças de idade escolar com comportamento mais inibido. Estes resultados são sugestivos de que as crianças cujos problemas de comportamento são menos observáveis têm uma maior propensão para desenvolver problemas psicopatológicos quando os seus pais não têm uma boa autorregulação emocional e são pouco sensíveis às suas necessidades (Han & Shaffer, 2013).

3.3. Práticas Parentais

Darling e Steinberg (1993) definiram os estilos parentais como um “conjunto de atitudes em relação à criança, que lhe são transmitidas, e que criam um espaço emocional onde os comportamentos parentais são expressos” (p. 488). Os estilos parentais agrupam características parentais estáveis, que promovem contexto emocional para a utilização de determinadas práticas parentais. Estas práticas definem-se por ser comportamentos específicos e orientados para objetivos de socialização, a partir dos quais é exercida a parentalidade (Darling & Steinberg, 1993). A parentalidade implica quer estilos parentais (i.e., o clima emocional), quer práticas parentais específicas (i.e., os comportamentos parentais) (Darling & Steinberg, 1993).

Baumrind (1978) identificou dois eixos sobre os quais se distinguem os estilos parentais: o controlo-exigência e a afetividade-responsividade. Da interceção destes dois eixos, distinguem-se quatro estilos parentais (Maccoby & Martin, 1983): (1) autoritário (i.e., pais exigentes e não responsivos); (2) autoritativo/democrático (i.e., pais exigentes e responsivos); (3) permissivo (i.e., pais não exigentes e responsivos); (4) negligente (i.e., pais não exigentes e não responsivos).

Vários estudos (e.g., Baumrind, 1978; Chen et al., 2000; Pereira, 2009; Pereira et al., 2009) verificaram associações entre os estilos parentais e o desenvolvimento das crianças. O estilo autoritativo tem sido associado a resultados positivos no desenvolvimento das crianças (e.g., estabilidade emocional, estilos de *coping* adaptativos, satisfação com a vida). Os estilos autoritário e permissivo encontram-se associados a resultados negativos: o primeiro encontra-se associado a resultados escolares baixos e a sintomatologia depressiva; e o segundo, a pouco autocontrolo, baixa autoestima e comportamentos desviantes. O estilo negligente encontra-se associado aos resultados menos positivos em termos de desenvolvimento.

Existem associações recíprocas entre os comportamentos das crianças e os estilos parentais que aumentam os problemas de comportamento e que reduzem a eficácia parental ao longo do tempo (Pereira et al., 2009; Serbin et al., 2015). Por exemplo, no estudo de Pereira e colaboradores (2009), com pais de crianças entre os 8 e os 11 anos, verificou-se que os pais com estilos parentais pouco apoiantes e rejeitantes/controladores identificavam mais problemas de comportamento nos seus filhos.

Por sua vez, também as práticas parentais são influenciadas por determinantes relacionados com os cuidadores, com as crianças e com o contexto (Pereira, Goes, & Barros, 2015). Estes têm implicações diretas para o desenvolvimento das características e das suas trajetórias comportamentais, sendo que os cuidadores têm um papel fundamental na forma como proporcionam o seu desenvolvimento (Hoffenkamp et al., 2015).

As práticas parentais que se caracterizam pelas dimensões sensibilidade e responsividade, afetividade, aceitação e que expressam apoio, com envolvimento parental positivo e sensível às necessidades psicológicas das crianças têm efeitos positivos para o desenvolvimento (Hoffenkamp et al., 2015).

Por outro lado, as práticas educativas punitivas são menos eficazes, pois centram a atenção da criança nas consequências negativas dos seus comportamentos, em papéis de poder, autoridade e de resistência ao controlo comportamental (Pereira, 2009). Atitudes parentais mais controladoras e protetoras são preditores de níveis elevados de problemas de internalização (e.g., ansiedade) (Creswell et al., 2008) e práticas de menor envolvimento parental associam-se tanto a problemas de internalização, como de externalização, em crianças e adolescentes (McKee et al., 2008).

Os estudos sobre práticas parentais e na população de crianças nascidas pré-termo são escassos. Granero-Molina e colaboradores (2019) tiveram como objetivo descrever as experiências maternas até 12 meses após a hospitalização do bebé nascido pré-termo e verificaram a utilização de práticas de superproteção, de intrusão e aumento do controlo sobre os filhos. Na revisão sistemática de Neel e colaboradores (2018) foram verificadas associações fortes e positivas entre a responsividade parental e o desenvolvimento cognitivo das crianças nascidas pré-termo e entre a responsividade e os resultados comportamentais das crianças. Os autores verificaram, no mesmo sentido, associações negativas fortes entre a rejeição, o desenvolvimento cognitivo e o comportamento das crianças.

A prematuridade encontra-se negativamente associada às práticas parentais, isto é, existe um aumento do risco para estilos parentais negativos e práticas inadequadas, que não promovem o desenvolvimento equilibrado da criança, quer durante os primeiros anos de vida

(Hoffenkamp et al., 2015), quer durante a idade escolar (Jaekel et al., 2012). No estudo de Hoffenkamp e colaboradores (2015), com entrevistas a pais de crianças nascidas pré-termo um e seis meses pós-parto, verificou-se que o nascimento pré-termo estava associado a experiências e preocupações parentais negativas. Além disto, os autores verificaram que as percepções parentais irrealistas acerca das competências da criança, do futuro da criança e do suporte social da família prediziam práticas mais intrusivas e menos sensíveis, que dificultavam as interações pais-criança.

3.4. Reações Parentais às Emoções Negativas da Criança

O desenvolvimento de competências socioemocionais, durante a infância, ocorre no contexto familiar, através da modelagem das expressões emocionais dos pais (Denham, 2007; Duncombe et al., 2012). As crianças aprendem a associar emoções a comportamentos, condicionadas às crenças que os pais têm em relação às próprias emoções e às emoções da criança (Duncombe et al., 2012), isto é, as reações parentais são parte da socialização emocional das crianças, especificamente do seu entendimento e expressão emocional.

A forma como os pais reagem às emoções negativas da criança influencia a forma como as crianças vão aprender a lidar com as próprias emoções e com as dos outros (Fabes et al., 2002). Se, por um lado, as reações dos pais podem ajudar e ser confortantes para a criança, por outro lado, também podem ser desajustadas e pouco responsivas às suas necessidades. Comportamentos parentais que expressam emoções de validação e de empatia promovem o desenvolvimento da compreensão emocional nas crianças e de estratégias de autorregulação das emoções negativas (Duncombe et al., 2012). No entanto, reações parentais pouco sensíveis aumentam a dificuldade das crianças para lidarem com as suas próprias emoções (Dunsmore et al., 2013).

Em crianças nascidas de termo, quando são verificadas maiores dificuldades na identificação, compreensão e regulação das emoções, as crianças apresentam um risco acrescido para problemas de comportamento (Eisenberg et al., 2005). Crianças que desenvolvem uma melhor autorregulação emocional têm demonstrado uma menor incidência de problemas de internalização e de externalização em contextos escolares (Eisenberg et al., 2001). O controlo emocional das crianças aparenta, ainda, mediar a relação entre as reações parentais e a incidência de problemas de externalização (Eisenberg et al., 2005). Os pais que apresentam mais reações e emoções negativas identificam nos seus filhos mais dificuldades na utilização de estratégias de autorregulação em momentos de *distress* (Bouma et al., 2008).

Apesar dos estudos com foco nas reações parentais às emoções negativas da criança na população de crianças nascidas pré-termo serem escassos, parte-se da premissa de que as dificuldades de regulação emocional vão, de igual modo, predizer a incidência de problemas de comportamento nestas crianças.

4. O Presente Estudo

4.1. Relevância

Não obstante a um conjunto alargado de estudos suportarem a existência das associações entre o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais, as reações parentais e os problemas de comportamento das crianças, estas têm sido pouco estudadas em populações de crianças nascidas de pré-termo. Postula-se que uma melhor compreensão destas associações poderá ajudar a apoiar os pais e estas crianças, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções que promovam o desenvolvimento saudável das crianças, aumentem o bem-estar parental e consigam predizer problemas de comportamento.

4.2. Objetivos e Hipóteses

Este estudo tem como principal objetivo identificar associações entre a perceção parental de problemas de comportamento e o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, em mães de crianças nascidas pré-termo com idades entre os 4 e os 10 anos.

Os objetivos específicos deste estudo definem-se por:

- (1) Descrever a perceção parental dos problemas de comportamento da criança;
- (2) Descrever o nível de *stress* parental;
- (3) Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade;
- (4) Descrever as práticas parentais referidas pelos pais;
- (5) Descrever o autorrelato das reações parentais perante emoções negativas da criança;
- (6) Analisar as diferenças nas variáveis em estudo, considerando as variáveis caracterizadoras (faixa etária dos pais, habilitações literárias dos pais, sexo da criança, faixa etária da criança e IG da criança);
- (7) Estudar as associações entre a variável perceção parental dos problemas de comportamento da criança e as variáveis *stress* parental, autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança;
- (8) Estudar as associações entre a variável *stress* parental e as variáveis autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança;

- (9) Construir modelos explicativos da percepção parental de problemas de comportamento em mães de crianças nascidas pré-termo.

Embora a presente investigação seja de carácter exploratório, colocam-se algumas hipóteses baseadas na literatura:

- Hipótese 1.** Os níveis de *stress* parental associam-se positivamente à percepção parental de problemas de comportamento.
- Hipótese 2.** As dificuldades de autorregulação parental associam-se positivamente à percepção parental de problemas de comportamento.
- Hipótese 3.** As práticas parentais mais coercivas e negativas associam-se positivamente à percepção parental de problemas de comportamento.
- Hipótese 4.** As reações parentais mais negativas perante as emoções negativas das crianças associam-se positivamente à percepção parental de problemas de comportamento.
- Hipótese 5.** Os níveis de *stress* parental associam-se positivamente à parentalidade negativa, à baixa autorregulação parental e às reações parentais negativas às emoções negativas da criança;
- Hipótese 6.** A idade gestacional associa-se negativamente à percepção parental de problemas de comportamento.
- Hipótese 7.** A idade gestacional associa-se negativamente aos níveis de *stress* parental.

4.3. Características do Estudo

O presente estudo tem uma abordagem quantitativa. É de tipo transversal, descritivo, correlacional e de carácter exploratório. Este estudo tem como precedentes os anteriores apresentados por Santos (2019) e Pinto (2020), cujos dados amostrais se encontram englobados na presente análise. Foram acrescentados 22 participantes à amostra já existente.

Capítulo II. Método

1. Procedimento de Recolha de Dados

Os dados começaram por ser recolhidos exclusivamente no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, entre janeiro e abril de 2021. A recolha de dados foi feita em colaboração com as pediatras da Consulta de Desenvolvimento e com a psicóloga da Consulta de Psicologia de Ligação. Estas profissionais identificaram os potenciais participantes (i.e., que cumpriam os critérios definidos), indicando o dia e a hora a que estes tinham consulta de rotina agendada. Nesse dia, a autora do presente estudo estava presente no Hospital para apresentar a investigação aos pais e convidá-los a participar. Aos pais, principalmente às mães, que aceitaram participar, foi pedida a assinatura do Consentimento Informado (Anexo 1) e entregue um envelope com os questionários. Foi solicitado que respondessem aos questionários enquanto esperavam pela consulta ou em casa. Foi, ainda, pedido às mães que devolvessem os questionários à autora deste estudo na consulta subsequente, no envelope selado, ou que os enviassem por *e-mail* (e.g., em fotografia ou digitalização), devido a algumas contingências provocadas pela Pandemia de Covid-19.

O acolhimento deste estudo foi bom, contudo as contingências provocadas pela Pandemia de Covid-19 (i.e., menor tempo de permanência dos pais nas salas de espera; redução do número de consultas; consultas subsequentes realizadas por teleconsulta) inviabilizou a efetiva participação de algumas mães. Para poder progredir em tempo útil, optou-se pela divulgação do estudo fora do Hospital e, entre março e abril de 2021, foram estabelecidos contactos por *e-mail* (Anexo 2), com pais de crianças nascidas pré-termo que tinham participado noutros estudos e estes pais indicaram outros, em bola de neve. Nestes casos, os pais foram contactados por *e-mail* ou telefonicamente e, tal como foi feito presencialmente, foi apresentado o estudo e feito o convite para a participação. Nos casos de aceitação, o Consentimento Informado e os questionários foram enviados por *e-mail* e foi solicitado que fossem devolvidos da mesma forma (e.g., em fotografia ou digitalização).

2. Amostra

2.1. Critérios de Inclusão e de Exclusão da Amostra

A amostragem foi feita por conveniência e por propagação geométrica. A amostra global integra 70 participantes, mães de crianças nascidas pré-termo entre os 4 e os 10 anos, que cumpriram os critérios que a seguir se enunciam. A amostra apenas incluiu mães, uma vez que o número de pais que aceitou participar foi muito reduzido e impossibilitou a sua inclusão no tratamento estatístico.

Foram definidos como critérios de inclusão, cumulativamente: (a) ser o principal cuidador da criança nascida pré-termo, de idade entre os 4 e os 10 anos ($24 \leq IG < 37$); (b) coabitar ou ter uma relação próxima com a criança (i.e., estar com a criança, pelo menos, uma vez por semana), de idade entre os 4 e os 10 anos, nascida pré-termo; e (c) dominar a língua portuguesa.

Foram definidos como critérios de exclusão: (a) não ter competência de leitura e/ou escrita da língua portuguesa; e (b) o/a filho/a nascido pré-termo ter diagnóstico de lesão neurológica, deficiência sensorial e cumprir critérios para o diagnóstico de PEA.

2.2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Como se observa na Tabela 1, a amostra foi constituída por igual número de mães nas faixas etárias “inferior” e “igual ou superior” a 40 anos, considerando o grupo etário que corresponde, respetivamente, a jovens adultos e a adultos (Levinson, 1996). A maioria das mães é casada/está numa união de facto e apenas uma é solteira. Em relação à escolaridade, o mesmo número de mães classifica-se “com escolaridade mínima” e “curso superior” e uma minoria das mães “sem escolaridade mínima”. Neste sentido, para análise estatística, as habilitações literárias maternas foram agrupadas em dois grupos (i.e., mães “sem escolaridade mínima e com escolaridade mínima” e mães com “curso médio e curso superior”). A maioria das mães encontra-se empregada, é portuguesa e tem como país de origem Portugal.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica Materna

| Características | <i>N</i> | % |
|--------------------------------|----------|-------|
| Faixa Etária | | |
| < 40 anos | 35 | 50,00 |
| ≥ 40 anos | 35 | 50,00 |
| Estado Civil | | |
| Casada/união de facto | 60 | 85,70 |
| Divorciada | 9 | 12,90 |
| Solteira | 1 | 1,40 |
| Habilitações Literárias | | |
| Sem escolaridade mínima | 6 | 8,60 |
| Com escolaridade mínima | 23 | 32,90 |
| Curso médio | 18 | 25,70 |
| Curso superior | 23 | 32,90 |

Tabela 1 (continuação)

| | | |
|---------------------|----|-------|
| Situação Laboral | | |
| Empregada | 60 | 85,70 |
| Desempregada | 10 | 14,30 |
| Nacionalidade | | |
| Portuguesa | 64 | 91,40 |
| Brasileira | 3 | 4,30 |
| Guineense | 2 | 2,90 |
| São-tomense | 1 | 1,40 |
| País de Origem | | |
| Portugal | 57 | 81,40 |
| Brasil | 6 | 8,60 |
| Guiné-Bissau | 2 | 2,90 |
| Cabo-Verde | 3 | 4,30 |
| São Tomé e Príncipe | 1 | 1,40 |
| Venezuela | 1 | 1,40 |

Na Tabela 2 observa-se que participaram mais mães de raparigas do que de rapazes. A idade média das crianças é 6,57 anos. As idades foram agrupadas por idade pré-escolar (i.e., dos 4 aos 5 anos) e idade escolar (i.e., dos 6 aos 10 anos). O valor médio da IG é 31,34 semanas de gestação. A IG também foi agrupada por categorias, correspondentes à classificação da OMS (WHO, 2018). O grupo de IG com mais crianças corresponde a $32 \leq IG < 37$ semanas e o grupo com menos crianças corresponde a $IG < 28$ semanas, pelo que, na análise estatística, serão considerados apenas dois grupos (i.e., $IG < 32$ e $IG \geq 32$). A maioria das crianças não beneficia de terapias de apoio ao desenvolvimento; contudo, as que beneficiam, frequentam essencialmente Terapia da Fala e Apoio Escolar.

Tabela 2*Caracterização Sociodemográfica das Crianças*

| Características | <i>N</i> | % | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mín-Máx</i> |
|-----------------|----------|-------|----------|-----------|----------------|
| Sexo | | | | | |
| Feminino | 36 | 51,40 | | | |
| Masculino | 34 | 48,60 | | | |

Tabela 2 (continuação)

| | | | | | |
|--|----|-------|-------|------|-------|
| Idade | | | 6,57 | 1,94 | 4-10 |
| 4 aos 5 anos | 27 | 38,60 | | | |
| 6 aos 10 anos | 43 | 61,40 | | | |
| Idade Gestacional | | | 31,34 | 3,34 | 24-36 |
| IG < 28 semanas | 10 | 14,30 | | | |
| 28 ≤ IG < 32 semanas | 26 | 37,10 | | | |
| 32 ≤ IG < 37 semanas | 34 | 48,60 | | | |
| Terapias de Apoio | | | | | |
| Não | 39 | 55,70 | | | |
| Sim | 31 | 44,30 | | | |
| Tipo de Apoio | | | | | |
| Terapia da Fala | 10 | 14,30 | | | |
| Apoio Escolar | 10 | 14,30 | | | |
| Fisioterapia | 1 | 1,40 | | | |
| Outro | 1 | 1,40 | | | |
| Apoio Escolar e Outro | 2 | 2,90 | | | |
| Terapia da Fala e Apoio Escolar | 1 | 1,40 | | | |
| Terapia da Fala e Fisioterapia | 1 | 1,40 | | | |
| Terapia da Fala e Outro | 1 | 1,40 | | | |
| Terapia da Fala, Apoio Escolar e Fisioterapia | 1 | 1,40 | | | |
| Terapia da Fala, Apoio Escolar e Outro | 2 | 2,90 | | | |
| Terapia da Fala, Apoio Escolar, Fisioterapia e Outro | 1 | 1,40 | | | |

3. Instrumentos de Medida

3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo 3) permitiu a recolha de dados sociodemográficos e caracterizadores dos pais e das crianças nascidas pré-termo.

Encontra-se subdividido em duas partes, ambas com questões fechadas e com respostas dadas em escala nominal ou dicotómica. A primeira é relativa à figura parental respondente e as informações solicitadas incluíam o sexo, a faixa etária, o estado civil, a situação laboral, as habilitações literárias, a nacionalidade, o país de origem e a coabitação com a criança. A segunda parte é relativa à criança e as informações solicitadas incluíam o sexo, a idade, a IG e necessidade de recurso a terapias de apoio ao desenvolvimento (e, no caso de requerer apoio, deviam especificar qual).

3.2. Questionário de Comportamentos da Criança para Pais (CBCL 1½-5 e 6-18)

O Questionário de Comportamentos da Criança para Pais (Anexo 4) (Achenbach et al., 2014), versão portuguesa de *Child Behaviour Checklist* (CBCL) de Achenbach (2001) e Achenbach e Rescorla (2000), é uma das provas da bateria *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). É um instrumento de *screening* que permite registar, de forma estandardizada, as competências, o funcionamento adaptativo e os problemas emocionais, comportamentais e sociais de crianças e adolescentes, através da perceção parental/de outros adultos significativos (Achenbach et al., 2014). É um instrumento amplamente utilizado em investigações que pretendem estudar a incidência de problemas de comportamento em crianças de idade pré-escolar e escolar (e.g., Arpi & Ferrari, 2013; Campbell et al., 2000; Gurka et al., 2010; Treyvaud et al., 2014).

Este instrumento tem duas versões, uma para crianças de idade pré-escolar e outra para crianças de idade escolar e adolescentes. Tanto na *Child Behavior Checklist for ages 1½-5* (CBCL 1½-5), como na *Child Behavior Checklist for ages 6-18* (CBCL 6-18), existe uma recolha de dados sociodemográficos da criança (i.e., nome, sexo, idade, nacionalidade, data de nascimento, profissão dos pais, nome da figura parental respondente). Em ambos os questionários os itens têm duas modalidades de resposta. As respostas fechadas incidem em problemas, comportamentos e competências das crianças/adolescentes e são dadas numa escala de *Likert* de três pontos (i.e., 0 = *Não é verdadeira*; 1 = *De alguma forma ou algumas vezes verdadeira*; 2 = *Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira*). As respostas abertas dão aos respondentes a possibilidade de partilharem as suas perceções gerais e fornecerem informações acerca de doenças, dificuldades e preocupações que têm em relação à criança, mas não foram contempladas neste estudo.

Para a idade pré-escolar, a CBCL 1½-5 integra um total de 103 itens (i.e., 99 itens são de resposta fechada e 3 itens são de resposta aberta), que devem ser classificados relativamente aos últimos 2 meses. O perfil de cotação obtido pela classificação dos itens permite identificar sete escalas de síndromes: Reatividade Emocional (9 itens), Ansiedade/Depressão (8 itens), Queixas Somáticas (11 itens), Isolamento Social (8 itens), Problemas de Sono (7 itens), Problemas de Atenção (5 itens) e Comportamento Agressivo (19 itens). Estas agrupam-se em três escalas gerais de problemas: Internalização (i.e., Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento), Externalização (i.e., Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo) e Total de Problemas, que engloba a totalidade das escalas de síndromes. Adicionalmente, permite a identificação de cinco escalas, não contempladas neste estudo, orientadas pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das

Perturbações Mentais 5.^a Ed. (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014): Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas do Espectro do Autismo, Déficit de Atenção e Problemas de Hiperatividade e Problemas de Oposição e Desafio.

Para a idade escolar, a CBCL 6-18 é composta por duas secções distintas. A primeira contempla questões relacionadas com as competências em três áreas: Atividades, Social e Escola, mas o perfil de competências obtido não foi contemplado neste estudo. A segunda secção integra um total de 115 itens (i.e., 112 itens de resposta fechada e 3 itens de resposta aberta), que devem ser preenchidos em relação aos últimos 6 meses. O perfil de cotação obtido pelo somatório dos itens permite identificar oito escalas de síndromes: Ansiedade/Depressão (13 itens), Isolamento/Depressão (8 itens), Queixas Somáticas (11 itens), Problemas Sociais (11 itens), Problemas de Pensamento (15 itens), Problemas de Atenção (10 itens), Comportamento Delinquente (17 itens) e Comportamento Agressivo (18 itens). Estas escalas também se agrupam em três escalas gerais: Internalização (i.e., Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas), Externalização (i.e., Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo) e Total de Problemas, que engloba o somatório de todas as escalas de síndromes.

Os perfis de cotação na CBCL 1½-5 e na CBCL 6-18 são obtidos através do somatório dos itens de cada escala de síndrome. Posteriormente, é feito o somatório total das escalas síndrome que compõem a escala de Internalização, de Externalização e de Total de Problemas. Nestas últimas, os resultados brutos são convertidos em resultados normalizados (i.e., resultados T), que indicam um nível normativo quando $T < 60$, um nível pré-clínico quando $60 \leq T \leq 63$ e um nível clínico quando $T > 63$. Neste estudo, apenas foram utilizados os resultados T das escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas.

A CBCL apresenta boas qualidades psicométricas (Achenbach et al., 2014). Para crianças da amostra normativa, entre os 18 meses e os 5 anos, os valores de consistência interna são de 0,81 para a escala Internalização, de 0,88 para a escala Externalização e de 0,92 para a escala Total de Problemas. Para crianças da amostra normativa, entre os 6 e os 18 anos, os valores são de 0,85 para a escala Internalização, de 0,88 para a escala Externalização e de 0,96 para a escala Total de Problemas.

3.3. Índice de Stress Parental (PSI)

O Índice de *Stress Parental* (Abidin & Santos, 2003), versão portuguesa de *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1995), é um questionário de autorrelato parental que mede a magnitude do *stress* no exercício da parentalidade e identifica fontes de *stress* percebidas na

relação pais-filhos (Anexo 5). Apesar de existir alguma discussão sobre a circularidade da utilização do PSI em conjunto com a CBCL, este tem sido amplamente utilizado em estudos que tiveram como objetivo medir o *stress* parental e os problemas de comportamento da criança (e.g., Mackler et al., 2015; Mak et al., 2020; Neece et al., 2012; Paradise et al., 1999; Roccella et al., 2019; Williford et al., 2007). Num estudo recente elaborado por Holly e colaboradores (2019), os autores verificaram que o PSI é uma medida válida e útil para medir o *stress* parental, comparativamente a outros instrumentos que medem o mesmo construto.

A adaptação portuguesa (Abidin & Santos, 2003) é composta por 132 itens, dos quais 24 são referentes a uma escala opcional denominada *Stress da Vida*, que não foi contemplada no presente estudo. Os 108 itens aplicados apresentam duas modalidades de resposta: 100 itens são respondidos numa escala de *Likert* de cinco pontos (i.e., de 1 = *Discordo Completamente* até 5 = *Concordo Completamente*) e 8 itens são respondidos com quatro ou cinco opções de resposta, que variam desde a ausência à presença de características que provocam *stress*.

O PSI é amplamente utilizado para medir níveis de *stress* parental e permite avaliar dois domínios principais de fontes de *stress* da díade pais-filhos: Domínio da Criança e Domínio dos Pais.

O Domínio da Criança refere-se às características apresentadas pelas crianças que fazem com que os pais considerem que é difícil educá-las/lidar com elas. Avalia aspetos relacionados com o temperamento da criança e as perceções parentais sobre o impacto das características da criança em si próprios. Integra sete subescalas: Distração/Hiperatividade (8 itens), Reforço aos Pais (6 itens), Humor (4 itens), Aceitação (8 itens), Maleabilidade (12 itens), Exigência (8 itens) e Autonomia (8 itens, exclusiva da adaptação portuguesa do instrumento por Abidin & Santos, 2003, e que não vai ser incluída neste estudo devido à sua baixa precisão). Quatro destas subescalas referem-se a aspetos temperamentais da criança, segundo a perceção dos pais: a subescala Distração/Hiperatividade mede comportamentos da criança que fatigam os pais; a subescala Humor mede características como a tendência para chorar e a retração da criança; a subescala Maleabilidade avalia a forma como a criança reage a mudanças; e a subescala Exigência mede as imposições que a criança exerce nos pais. As duas subescalas restantes incidem nas características relativas à díade pais-criança: a subescala Reforço dos Pais avalia o grau em que a interação pais-criança resulta em respostas parentais afetuosas; e a subescala Aceitação avalia de que forma é que a criança responde às expectativas parentais.

O Domínio dos Pais avalia algumas das características pessoais parentais, variáveis do contexto e dinâmicas familiares. Também é constituído por sete subescalas: Sentido de Competência (13 itens), Vinculação (7 itens), Restrição do Papel (7 itens), Depressão (9 itens), Relação Marido/Mulher (7 itens), Isolamento Social (6 itens) e Saúde (5 itens). Três destas incidem no autorrelato parental acerca da própria personalidade e de variáveis psicopatológicas: a subescala Sentido de Competência avalia a forma como os pais percebem a sua autoeficácia no papel parental; a subescala Vinculação mede o investimento no papel parental; e a subescala Depressão mede a indisponibilidade parental, física e emocional, para a criança e sentimentos de culpa. As restantes quatro subescalas avaliam variáveis situacionais: a subescala Restrição de Papel avalia o impacto da parentalidade na vida pessoal dos pais; a subescala Relação Marido/Mulher avalia o apoio físico e emocional do cônjuge no exercício da parentalidade e identifica níveis de conflito entre ambos; a subescala Isolamento Social avalia o nível de isolamento e a existência de apoio familiar ou social no exercício da parentalidade; e a subescala Saúde mede o impacto da saúde parental no exercício das tarefas da parentalidade.

Através do PSI é possível obter três tipos de resultados, a partir do somatório total dos itens: resultados totais por subescala, por domínio e um resultado total (i.e., que engloba o somatório dos dois domínios). Quanto mais elevados forem os valores em cada um dos domínios e no resultado total, maior é o *stress* experienciado pela figura parental.

O PSI apresenta boas qualidades psicométricas, com níveis de consistência interna elevados (Abidin & Santos, 2003): Domínio da Criança $\alpha = 0,89$, Domínio dos Pais $\alpha = 0,91$ e Total de *Stress* $\alpha = 0,94$.

3.4. Escala de Regulação Emocional Parental (EREP)

A Escala de Regulação Emocional Parental (EREP), versão portuguesa de *Parent Emotion Regulation Scale* (PERS; Pereira, Barros, et al., 2015), é uma medida de autorrelato baseada numa conceptualização multidimensional da regulação parental, no contexto da parentalidade, em relação a emoções negativas percebidas (Anexo 6). É pedido aos pais que indiquem como reagem emocionalmente a situações relacionadas com a criança.

Este instrumento é composto por 20 itens de resposta fechada, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (i.e., de 0 = *Nunca ou Quase Nunca* até 4 = *Sempre ou Quase Sempre*). Os itens encontram-se subdivididos em quatro dimensões da regulação emocional parental: Orientação para as Emoções da Criança (5 itens), Aceitação das Emoções Parentais e da Criança (4 itens), Evitamento das Emoções da Criança (6 itens) e Falta de Controlo

Emocional Parental (5 itens). Cada uma das escalas é calculada através da média dos itens e, quanto maior a pontuação obtida por subescala, maior é a utilização das reações que estão a ser medidas.

A EREP apresenta boas qualidades psicométricas, com níveis de consistência interna aceitáveis (Pereira, Barros, et al., 2015). Os coeficientes alfa de *Cronbach* para cada uma das dimensões supramencionadas são, respetivamente: 0,79, 0,62, 0,73 e 0,69.

3.5. Questionário de Práticas Parentais (QPP)

O Questionário de Práticas Parentais (QPP; Gaspar & Santos, 2008) é a versão portuguesa de *Parental Practices Inventory* (PPI; Webster-Stratton, 1998), que foi desenvolvido no âmbito do Projeto “Os Anos Incríveis” (i.e., *The Incredible Years*) na Universidade de Washington. É uma medida de autorrelato para os cuidadores primários da criança, que visa avaliar a perceção parental em relação à própria parentalidade (Anexo 7). É composto por 15 questões e afirmações, respondidas no formato de resposta fechada em várias alíneas (i.e., perfaz um total de 80 itens). As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos (i.e., de 1 = *Nunca/Concordo totalmente* até 5 = *Sempre/Discordo totalmente*), numa escala de *Likert* de 7 pontos (i.e., de 1 = *Nunca* até 7 = *mais de 7 vezes nos dois dias*) ou numa escala de *Likert* de 7 pontos que varia consoante o número de vezes que a figura parental realiza um determinado comportamento.

É composto por sete dimensões de práticas parentais, subdivididas entre as escalas Parentalidade Positiva e Negativa. As dimensões da escala Parentalidade Positiva são: Disciplina Apropriada (12 itens), Disciplina Verbal Positiva (9 itens), Monitorização (5 itens), Elogios e Incentivos (11 itens) e Expectativas Claras (6 itens). As dimensões da escala Parentalidade Negativa são: Disciplina Rígida e Inconsistente (15 itens) e Punição Física (6 itens). A pontuação de cada escala é calculada através da média das pontuações atribuídas aos itens que a constituem (i.e., valores mais elevados em ambas as escalas indicam a utilização de práticas parentais mais positivas ou negativas, respetivamente).

Na versão original do questionário verificou-se que tem boas qualidades psicométricas, com os seguintes valores de consistência interna (Webster-Stratton, 1998): Disciplina Apropriada $\alpha = 0,82$, Disciplina Verbal Positiva $\alpha = 0,75$, Monitorização $\alpha = 0,54$, Elogios e Incentivos $\alpha = 0,67$, Expectativas Claras $\alpha = 0,66$, Disciplina Rígida e Inconsistente $\alpha = 0,80$ e Punição Física $\alpha = 0,76$.

3.6. Reações Parentais às Emoções Negativas (CCNES)

A escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos filhos (RPEN; Alves & Cruz, 2011), versão portuguesa de *Coping with Children's Negative Emotions Scale* (CCNES; Fabes et al., 1990; Fabes et al., 2002), é uma medida de autorrelato que permite conhecer as respostas parentais perante emoções negativas dos filhos (Anexo 8).

Perante 12 situações hipotéticas, nas quais a criança apresenta alguma desregulação e emocionalidade negativa (e.g., zanga, aborrecimento, medo, irritabilidade, ansiedade), os pais devem responder, para cada uma das alíneas apresentadas com comportamentos parentais, a probabilidade de realizarem ou não os comportamentos descritos (e.g., “Se o meu/minha filho/a se zanga porque está doente ou se magoou e não pode ir a uma festa de anos, eu ...”), num total de 84 itens. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 7 pontos (i.e., de 1 = *Nada provável* até 7 = *Muito provável*).

Este instrumento encontra-se subdividido em duas escalas (Alves & Cruz, 2011): Reações Parentais Negativas e Reações Parentais Construtivas. A primeira engloba três subescalas: Aborrecimento, Punição e Minimização. A segunda contempla três subescalas: Centrada no Problema, Encorajamento Expressivo e Centrada na Emoção. Recentemente, Mirabile (2015) propôs a inclusão de uma nova subescala de Reações Parentais Negativas, nomeadamente Ignorar a Criança, com tradução portuguesa de Silva (2016), que foi a versão da CCNES utilizada neste estudo. A pontuação de cada escala e subescala calcula-se através da média dos itens. Valores mais elevados indicam a maior utilização das reações em causa.

Na versão portuguesa de Alves e Cruz (2011) foram encontrados valores aceitáveis e elevados de consistência interna: Reações Parentais Negativas $\alpha = 0,91$, reações parentais de Aborrecimento, de Punição e Minimização $\alpha = 0,37, 0,77$ e $0,79$ (respetivamente), Escala de Reações Construtivas $\alpha = 0,85$, reações Centradas no Problema, Encorajamento Expressivo e Centradas nas Emoções $\alpha = 0,70, 0,88$ e $0,85$ (respetivamente). A subescala Ignorar a Criança apresenta um valor de $\alpha = 0,85$ (Mirabile, 2015). Apenas a subescala reações parentais de Aborrecimento apresentou um valor baixo.

4. Procedimentos de Análise de Dados

Procedeu-se a uma análise estatística com recurso ao programa de *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 27. Foi feita a substituição dos valores omissos através da média das respostas nas respetivas escalas. Foi verificado o grau de confiabilidade de cada escala e das respetivas subescalas, através da análise do coeficiente alfa de *Cronbach* (1951) e foram excluídas da análise as subescalas com valores inferiores a

0,60. Posteriormente, foram feitas as estatísticas descritivas das variáveis em estudo. Verificou-se o pressuposto de normalidade de cada escala e subescala. Foram analisadas as diferenças entre grupos nas variáveis em estudo. De acordo com o cumprimento do pressuposto de normalidade, foi utilizado o Teste *t*; quando este pressuposto não foi cumprido, utilizou-se o Teste *U* de Mann-Whitney. Foram analisadas as associações entre as diferentes variáveis em estudo, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson* ou do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. Por último, foi feita uma Regressão Linear Múltipla por *Stepwise* às variáveis que mostraram melhores valores de correlação com a variável dependente do estudo.

5. Considerações Éticas

Neste estudo, foram respeitadas as orientações da Declaração de Helsínquia (1964), revista em 2013, em Fortaleza (Brasil) (World Medical Association [WMA], 2018), quanto à investigação com seres humanos. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos em relação aos objetivos e procedimentos e assinaram um protocolo de consentimento. Os dados recolhidos em cada questionário foram anonimizados e inseridos na base de dados para tratamento estatístico, tendo sido tratados na sua globalidade, sem identificar os participantes. Os questionários apenas estiveram acessíveis à equipa de investigação e estão mantidos em local acessível apenas às investigadoras.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética do Hospital, tendo obtido parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica e do Encarregado para a Proteção de Dados, emitido em 2019 (Anexo 9) e prorrogado até julho de 2021 (Anexo 10). Foi também submetido, em março de 2021, à Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e aceite com parecer favorável.

Capítulo III. Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados do estudo. A apresentação segue a sequência dos objetivos específicos.

1. Análise Preliminar: Fiabilidade dos Instrumentos utilizados

Os instrumentos utilizados foram submetidos à análise de fiabilidade, para obtenção dos coeficientes de consistência interna (α de *Cronbach*).

Relativamente ao PSI (Tabela 3) foram obtidos valores que variam entre o mínimo de 0,48 na subescala Saúde e o máximo de 0,94 na escala Total de *Stress*. Na subescala Exigência foi removido o item 45, que estava a prejudicar a fiabilidade ($\alpha = 0,57$) e na subescala Vinculação foi removido o item 73, que também estava a prejudicar a consistência interna ($\alpha = 0,50$). Foram excluídas das análises as subescalas Reforço dos Pais e Saúde, por não terem obtido valores de consistência interna aceitáveis.

Tabela 3

Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas do PSI

| Escalas e Subescalas | N.º de itens | α |
|--------------------------|--------------|----------|
| Domínio da Criança | 54 | 0,88 |
| Distração/Hiperatividade | 8 | 0,80 |
| Humor | 4 | 0,66 |
| Aceitação | 8 | 0,74 |
| Maleabilidade | 12 | 0,73 |
| Exigência | 7 | 0,61* |
| Reforço dos Pais | 6 | 0,50 |
| Domínio dos Pais | 54 | 0,93 |
| Sentido de Competência | 13 | 0,82 |
| Restrição de Papel | 7 | 0,86 |
| Depressão | 9 | 0,78 |
| Relação Marido/Mulher | 7 | 0,78 |
| Isolamento Social | 6 | 0,76 |
| Saúde | 5 | 0,48 |
| Vinculação | 7 | 0,60** |
| Total de <i>Stress</i> | 108 | 0,94 |

Nota. $N = 70$. *item 45 excluído. **item 73 excluído.

Como se verifica na Tabela 4, nas escalas da EREP foram obtidos valores aceitáveis de consistência interna para três escalas, que variam entre o mínimo de 0,70 na escala Falta de Controlo Emocional e o máximo 0,87 na escala Evitamento das Emoções da Criança. A escala Aceitação das Emoções Parentais e da Criança não obteve um valor aceitável de consistência interna, pelo que foi excluída das análises.

Tabela 4

Propriedades Psicométricas das Escalas da EREP

| Escalas | N.º de itens | α |
|--|--------------|----------|
| Orientação para as Emoções da Criança | 5 | 0,83 |
| Aceitação das Emoções Parentais e da Criança | 4 | 0,46 |
| Evitamento das Emoções da Criança | 6 | 0,87 |
| Falta de Controlo Emocional | 5 | 0,70 |

Nota. $N = 70$.

Em relação ao QPP (Tabela 5), a análise da consistência interna mostra resultados que variam entre o valor mínimo aceitável 0,60 na escala Parentalidade Positiva e o máximo 0,90 na subescala Punição Física. As subescalas Monitorização e Elogios e Incentivos foram excluídas das análises, pois não apresentam valores aceitáveis de fiabilidade.

Tabela 5

Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas do QPP

| Escalas e Subescalas | N.º de itens | α |
|-----------------------------------|--------------|----------|
| Parentalidade Positiva | 42 | 0,60 |
| Disciplina Apropriada | 12 | 0,68 |
| Disciplina Verbal Positiva | 8 | 0,66 |
| Monitorização | 5 | 0,37 |
| Elogios e Incentivos | 11 | 0,31 |
| Expectativas Claras | 6 | 0,72 |
| Parentalidade Negativa | 24 | 0,83 |
| Disciplina Rígida e Inconsistente | 18 | 0,81 |
| Punição Física | 6 | 0,90 |

Nota. $N = 70$.

Os valores de consistência interna obtidos para a CCNES (Tabela 6) variam entre um mínimo de 0,68 na subescala Ignorar a Criança e um máximo de 0,94 na escala Reações Parentais Construtivas, sendo todos os valores obtidos considerados aceitáveis.

Tabela 6

Propriedades Psicométricas das Escalas e Subescalas da CCNES

| Escalas e Subescalas | N.º de itens | α |
|--------------------------------|--------------|----------|
| Reações Parentais Negativas | 48 | 0,92 |
| Aborrecimento | 12 | 0,79 |
| Punição | 12 | 0,83 |
| Minimização | 12 | 0,81 |
| Ignorar a criança | 12 | 0,68 |
| Reações Parentais Construtivas | 36 | 0,94 |
| Centrada no Problema | 12 | 0,80 |
| Encorajamento | 12 | 0,87 |
| Centrada na Emoção | 12 | 0,87 |

Nota. $N = 70$.

2. Apresentação dos Resultados

2.1. Objetivo “Descrever a percepção parental dos problemas de comportamento das crianças”

Como se pode observar na Tabela 7, os valores médios obtidos nas escalas Internalização, Externalização e Total de Problemas da CBCL 1½-5 e 6-18 são de nível normativo ($T < 60$) indicando que se trata, no geral, de uma amostra sem problemas de comportamento.

Tabela 7

Medidas de Tendência Central e de Dispersão dos resultados T das Escalas da CBCL 1½-5 e 6-18

| Escalas | N | M | DP | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|--------------------|-----|-------|-------|---------------|---------------|
| Internalização | 70 | 54,49 | 10,20 | 33 | 76 |
| Externalização | 70 | 51,26 | 11,21 | 33 | 79 |
| Total de Problemas | 70 | 53,10 | 11,28 | 25 | 78 |

2.2. Objetivo “Descrever o nível de stress parental”

Em relação aos resultados do PSI (Tabela 8), verifica-se que o valor médio mais elevado é do Domínio da Criança, o que indica que, comparativamente, as mães que participaram neste estudo consideram que, no geral, as características da criança são maiores fontes de *stress* do que as características associadas aos pais. Especificamente, no Domínio da Criança os subdomínios Distração/Hiperatividade e Maleabilidade apresentam os valores médios mais elevados e o subdomínio Humor apresenta o valor médio mais baixo e, por isso, indicativo de menor fonte de *stress*. No Domínio dos Pais, o subdomínio Sentido de Competência obteve o valor médio mais elevado, indicando ser a maior fonte de *stress* materno e o subdomínio Vinculação apresenta um valor que evidencia ser a menor fonte de *stress* para estas mães.

Tabela 8

Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas do PSI

| Escalas e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|--------------------------|----------|---------------|-----------|---------------|---------------|
| Domínio da Criança | 70 | 119,43 | 21,82 | 80,00 | 175,00 |
| Distração/Hiperatividade | 70 | 21,16 | 6,33 | 9,00 | 34,00 |
| Humor | 70 | 8,56 | 3,33 | 4,00 | 17,00 |
| Aceitação | 70 | 15,77 | 5,55 | 8,00 | 30,00 |
| Maleabilidade | 70 | 24,69 | 6,34 | 12,00 | 45,00 |
| Exigência | 70 | 14,96 | 4,22 | 8,00 | 31,00 |
| Domínio dos Pais | 70 | 111,37 | 26,73 | 61,00 | 181,00 |
| Sentido de Competência | 70 | 25,34 | 7,72 | 13,00 | 47,00 |
| Restrição de Papel | 70 | 17,47 | 6,28 | 7,00 | 34,00 |
| Depressão | 70 | 18,79 | 5,86 | 9,00 | 33,00 |
| Relação Marido/Mulher | 70 | 15,49 | 5,29 | 7,00 | 27,00 |
| Isolamento Social | 70 | 12,84 | 4,21 | 6,00 | 25,00 |
| Vinculação | 70 | 8,93 | 2,53 | 6,00 | 15,00 |
| Total de <i>Stress</i> | 70 | 230,80 | 44,12 | 151,00 | 356,00 |

2.3. Objetivo “Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade”

Como se observa na Tabela 9, a escala Orientação para as Emoções da Criança apresenta um valor médio superior às restantes, refletindo competências maternas responsivas, de atenção e de compreensão das emoções das crianças. O valor mais baixo

situa-se na escala Falta de Controlo Emocional, resultado indicador de que as mães não reportam dificuldades na sua autorregulação emocional no exercício da parentalidade.

Tabela 9

Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas da EREP

| Escalas e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|---------------------------------------|----------|-------------|-----------|---------------|---------------|
| Orientação para as Emoções da Criança | 70 | 3,51 | 0,52 | 2,00 | 4,00 |
| Evitamento das Emoções da Criança | 70 | 2,00 | 0,98 | 0,17 | 4,00 |
| Falta de Controlo Emocional | 70 | 1,10 | 0,66 | 0,00 | 2,60 |

2.4. Objetivo “Descrever as práticas parentais referidas pelos pais”

Como se observa na Tabela 10, a escala de Parentalidade Positiva apresenta o valor médio mais elevado, o que revela que existe uma maior tendência para as mães utilizarem práticas parentais positivas e ajustadas às necessidades da criança. A subescala Disciplina Verbal Positiva apresenta o valor médio mais elevado das subescalas, indicando que é a prática parental mais utilizada. A subescala Punição Física apresenta o valor médio mais baixo, sendo a prática parental menos utilizada.

Tabela 10

Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas do QPP

| Escalas e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|-----------------------------------|----------|-------------|-----------|---------------|---------------|
| Parentalidade Positiva | 70 | 3,48 | 0,24 | 2,83 | 3,95 |
| Disciplina Apropriada | 70 | 3,41 | 0,49 | 2,00 | 4,50 |
| Disciplina Verbal Positiva | 70 | 3,62 | 0,58 | 1,50 | 4,75 |
| Expectativas Claras | 70 | 2,11 | 0,61 | 1,00 | 3,83 |
| Parentalidade Negativa | 70 | 2,36 | 0,45 | 1,38 | 3,42 |
| Disciplina Rígida e Inconsistente | 70 | 2,56 | 0,50 | 1,39 | 3,83 |
| Punição Física | 70 | 1,75 | 0,71 | 1,00 | 5,00 |

2.5. Objetivo “Descrever o autorrelato das reações parentais perante emoções negativas da criança”

Os resultados da CCNES (Tabela 11) mostram que a escala Reações Parentais Construtivas obtém um valor médio mais elevado do que a escala Reações Parentais Negativas. Especificamente, entre as subescalas que integram as Reações Parentais Construtivas, as que apresentam valores médios mais elevados são as de reações parentais

Centradas na Emoção e Centradas no Problema. Dentro das Reações Parentais Negativas, a subescala Minimização apresenta o valor médio mais elevado e a subescala Ignorar a criança apresenta o valor médio mais baixo, demonstrando ser a que menos ocorre perante emoções negativas da criança.

Tabela 11

Medidas de Tendência Central e de Dispersão das Escalas e Subescalas da CCNES

| Escalas e Subescalas | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> |
|--------------------------------|----------|-------------|-----------|---------------|---------------|
| Reações Parentais Negativas | 70 | 2,28 | 0,75 | 1,29 | 4,54 |
| Aborrecimento | 70 | 2,11 | 0,88 | 1,00 | 4,67 |
| Punição | 70 | 2,14 | 0,94 | 1,00 | 5,42 |
| Minimização | 70 | 3,19 | 1,04 | 1,33 | 5,83 |
| Ignorar a criança | 70 | 1,68 | 0,64 | 1,00 | 3,83 |
| Reações Parentais Construtivas | 70 | 5,51 | 0,91 | 1,86 | 6,83 |
| Centrada no Problema | 70 | 5,70 | 0,84 | 2,33 | 7,00 |
| Encorajamento | 70 | 5,11 | 1,17 | 1,00 | 7,00 |
| Centrada na Emoção | 70 | 5,74 | 1,02 | 2,25 | 6,92 |

2.6. Objetivo “Analisar as diferenças nas variáveis em estudo, considerando variáveis caracterizadoras (faixa etária dos pais, habilitações literárias dos pais, sexo da criança, faixa etária da criança e idade gestacional da criança)”

Problemas de Comportamento considerando a faixa etária e as habilitações literárias maternas.

Em relação aos problemas de Internalização, Externalização e Total de Problemas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos correspondentes às faixas etárias maternas (Anexo 11.1.).

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de habilitações literárias maternas (Anexo 11.2.), em relação aos problemas de Internalização ($t_{(68)} = 3,61, p < 0,001$), de Externalização ($t_{(68)} = 2,05, p = 0,044$) e ao Total de Problemas ($t_{(68)} = 2,98, p = 0,004$), no sentido de mães com menos habilitações literárias identificarem mais problemas de comportamento nos seus filhos. Nestes grupos de mães, os problemas de Internalização e Total de Problemas são identificados no limiar do nível pré-clínico ($M_{\text{Internalização}} = 59,31$ e $M_{\text{Total}} = 57,62$).

Problemas de Comportamento considerando o sexo, a faixa etária e a IG das crianças.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino (Anexo 11.3.) nas escalas de Internalização ($t_{(68)} = 2,36$, $p = 0,021$), de Externalização ($t_{(68)} = 2,58$, $p = 0,012$) e Total de Problemas ($t_{(68)} = 2,26$, $p = 0,027$), no sentido de uma maior identificação de problemas de comportamento em crianças do sexo masculino.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias das crianças quanto à incidência de problemas de comportamento (Anexo 11.4.), ainda que os resultados indiquem mais problemas de comportamento em crianças de idade escolar.

Quanto à IG, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Anexo 11.5.) nos problemas de Externalização ($t_{(68)} = -2,46$, $p = 0,017$) e no Total de Problemas ($t_{(68)} = -2,05$, $p = 0,044$). O grupo de crianças com IG igual ou superior a 32 semanas apresenta uma maior incidência de problemas de comportamento, com resultados no limiar do nível pré-clínico ($M_{\text{Internalização}} = 56,29$, $M_{\text{Externalização}} = 54,53$ e $M_{\text{Total}} = 55,88$).

Stress Parental considerando a faixa etária e as habilitações literárias maternas.

Relativamente aos níveis de *stress* parental, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias maternas (Anexo 11.6.), no entanto, verificam-se níveis de *stress* tendencialmente mais elevados nas mães mais novas.

Em relação às habilitações literárias (Anexo 11.7.), verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na escala Domínio da Criança ($t_{(68)} = 2,66$, $p = 0,010$), nas subescalas Amabilidade ($t_{(68)} = 2,88$, $p = 0,005$), Maleabilidade ($t_{(68)} = 3,00$, $p = 0,004$) do Domínio da Criança, na subescala Isolamento Social ($t_{(68)} = 3,66$, $p < 0,001$) do Domínio dos Pais e na escala Total de Problemas ($t_{(68)} = 2,34$, $p = 0,022$). Estes resultados vão no sentido mais *stress* parental no grupo de mães “sem escolaridade mínima e com escolaridade mínima”.

Stress Parental considerando o sexo, a faixa etária e a IG das crianças.

Quanto às diferenças de *stress* parental em função do sexo das crianças (Anexo 11.8.), não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Contudo, verifica-se uma tendência para níveis de *stress* mais elevados em mães de rapazes.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças de idade pré-escolar e escolar (Anexo 11.9.) na subescala Relação Marido/Mulher ($t_{(68)} = -2,30$, $p = 0,024$), com as mães das crianças de idade escolar a reportarem níveis mais elevados de *stress*.

Relativamente à IG (Anexo 11.10.), não se verificam diferenças estatisticamente significativas quanto ao *stress* parental. Contudo, as mães de crianças nascidas de pré-termo tardio (i.e., $IG \geq 32$) reportam níveis mais elevados de *stress*.

Autorregulação Parental considerando a faixa etária e as habilitações literárias maternas.

Relativamente às diferenças da autorregulação parental em função da faixa etária materna e das habilitações literárias, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (Anexo 11.11. e Anexo 11.12.), porém o grupo de mães mais novas e o grupo “sem escolaridade mínima e com escolaridade mínima” apresentam mais dificuldades de autorregulação.

Autorregulação Parental considerando o sexo, a faixa etária e a IG das crianças.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos valores de autorregulação parental, entre os grupos relativos ao sexo e à faixa etária das crianças (Anexo 11.13. e Anexo 11.14.). No entanto, verifica-se uma maior tendência para dificuldades de autorregulação em mães de crianças de idade escolar.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos de IG (Anexo 11.15.) na escala Falta de Controlo Emocional ($t_{(68)} = -3,67, p < 0,001$), no sentido de maiores dificuldades de regulação emocional em mães de crianças nascidas com maior IG.

Práticas Parentais considerando a faixa etária e as habilitações literárias maternas.

Relativamente às diferentes práticas parentais, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre grupos em função da faixa etária materna (Anexo 11.16.) nas Práticas Parentais Positivas, na subescala Disciplina Verbal Positiva ($U = 382,50, p = 0,007$), no sentido da utilização destas práticas por mães com idades inferiores a 40 anos. Contudo, para os dois grupos de mães verifica-se a tendência para utilizar mais práticas parentais positivas.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre grupos no que respeita às práticas parentais e às habilitações literárias maternas (Anexo 11.17.). Contudo, verifica-se uma tendência para a utilização de mais práticas negativas pelas mães do grupo “sem escolaridade mínima e com escolaridade mínima” e uma tendência para a utilização de mais práticas positivas no grupo de mães com “curso médio e superior”.

Práticas Parentais considerando o sexo, a faixa etária e a IG das crianças.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente às práticas parentais exercidas em função do sexo da criança (Anexo 11.18.) na escala Parentalidade Negativa ($t_{(68)} = 2,42, p = 0,018$) e na subescala Disciplina Rígida e Inconsistente ($t_{(68)} = 2,48, p = 0,016$), indicando maior utilização destas práticas nas mães de crianças do sexo masculino.

Quanto às diferenças nas práticas parentais em função da idade das crianças (Anexo 11.19.), verifica-se uma diferença estatisticamente significativa nas Práticas Parentais Positivas, na subescala Disciplina Verbal Positiva ($U = 273,50, p = <0,001$), no sentido de uma maior utilização desta prática em mães de crianças de idade pré-escolar.

Relativamente à IG das crianças, verificam-se diferenças estatisticamente significativas quanto à utilização das práticas parentais (Anexo 11.20.) na escala Parentalidade Negativa ($t_{(68)} = -3,34, p = 0,001$) e nas subescalas Disciplina Rígida e Inconsistente ($t_{(68)} = -2,63, p = 0,011$) e Punição Física ($U = 807,00, p = 0,021$). Estes resultados indicam que existe uma maior tendência para a utilização de práticas parentais negativas por mães de crianças de IG mais elevadas.

Reações Parentais considerando a faixa etária e as habilitações literárias maternas.

Relativamente às reações parentais à expressão emocional negativa das crianças, verificam-se diferenças estatisticamente significativas em função da faixa etária materna (Anexo 11.21.) na escala de Reações Parentais Construtivas ($U = 350,00, p = 0,002$) e nas subescalas deste domínio reações Centradas no Problema ($U = 383,50, p = 0,007$), reações de Encorajamento ($U = 352,00, p = 0,002$) e reações Centradas na Emoção ($U = 371,00, p = 0,005$). Estes resultados apontam para a maior utilização de reações positivas em mães de idade inferior a 40 anos.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas reações parentais negativas e construtivas em função das habilitações literárias maternas (Anexo 11.22.), porém as reações parentais construtivas são mais utilizadas pelas mães do grupo “sem escolaridade mínima e com escolaridade mínima” e as reações parentais negativas são mais utilizadas pelas mães do grupo “curso médio e superior”.

Reações Parentais considerando o sexo, a faixa etária e a IG das crianças.

Quanto às diferenças entre as reações parentais em função do sexo da criança, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (Anexo 11.23.).

Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre as reações parentais e a idade da criança (Anexo 11.24.) para a escala Reações Parentais Construtivas ($U = 416,00$, $p = 0,047$), no sentido da maior frequência destas reações em mães de crianças de idade pré-escolar.

Relativamente às diferenças nas reações parentais de acordo com a IG (Anexo 11.25.), verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na escala Reações Parentais Negativas ($U = 785,00$, $p = 0,042$) e nas subescalas deste domínio Aborrecimento ($U = 791,50$, $p = 0,035$), Punição ($U = 853,00$, $p = 0,005$) e Minimização ($t_{(68)} = -2,22$, $p = 0,030$). Estas diferenças vão no sentido de uma maior utilização de reações negativas em crianças de IG mais elevadas.

2.7. Objetivo “Estudar as associações entre a variável percepção parental dos problemas de comportamento da criança e as variáveis stress parental, autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança”

Associação entre os problemas de comportamento e o stress parental.

Verificam-se associações positivas de magnitude moderada a forte entre as escalas Domínio da Criança, Domínio dos Pais, Total de *Stress* e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas (Tabela 12).

Quanto às subescalas do domínio da criança, Distração/Hiperatividade, Humor, Aceitação, Maleabilidade, Exigência, e do domínio dos pais, Restrição de Papel, Depressão e Isolamento Social, verificam-se associações positivas de magnitude moderada a forte entre as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas.

As subescalas Sentido de Competência e Vinculação apresentam associações positivas de magnitude moderada a forte com as escalas de Externalização e Total de Problemas; e a subescala Relação Marido/Mulher apresenta associações positivas de magnitude moderada com as escalas de Internalização e Total de Problemas.

Tabela 12

Coeficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e o stress parental (PSI)

| Escalas e Subescalas PSI | Escalas CBCL | | |
|--------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Internalização | Externalização | Total de Problemas |
| Domínio da Criança | 0,53** | 0,68** | 0,71** |
| Distração/Hiperatividade | 0,32** | 0,61** | 0,56** |
| Humor | 0,33** | 0,60** | 0,50** |
| Aceitação | 0,50** | 0,58** | 0,64** |
| Maleabilidade | 0,57** | 0,58** | 0,69** |
| Exigência | 0,33** | 0,42** | 0,48** |
| Domínio dos Pais | 0,46** | 0,58** | 0,62** |
| Sentido de Competência | 0,20 | 0,51** | 0,44** |
| Restrição de Papel | 0,33** | 0,43** | 0,42** |
| Depressão | 0,40** | 0,44** | 0,53** |
| Relação Marido/Mulher | 0,35** | 0,34** | 0,43** |
| Isolamento Social | 0,46** | 0,43** | 0,54** |
| Vinculação | 0,23 | 0,36** | 0,36** |
| Total de <i>Stress</i> | 0,54** | 0,69** | 0,73** |

Nota. N = 70. *p < 0,05. **p < 0,01.

Associação entre os problemas de comportamento e a autorregulação parental.

Na análise dos coeficientes de correlação (Tabela 13), verificam-se associações positivas de magnitude fraca a moderada entre a escala Falta de Controlo Emocional e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verificam-se associações positivas de magnitude fraca entre a escala Evitamento das Emoções da Criança e as escalas de Externalização e Total de Problemas.

Tabela 13

Coeficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e a autorregulação parental (EREP)

| Escalas EREP | Escalas CBCL | | |
|---------------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Internalização | Externalização | Total de Problemas |
| Orientação para as Emoções da Criança | -0,08 | -0,19 | -0,16 |
| Evitamento das Emoções da Criança | 0,19 | 0,29* | 0,26* |
| Falta de Controlo Emocional | 0,27* | 0,43** | 0,40** |

Nota. N = 70. *p < 0,05. **p < 0,01.

Associação entre os problemas de comportamento e as práticas parentais.

Na Tabela 14 verificam-se associações negativas de magnitude fraca a moderada entre a subescala Disciplina Verbal Positiva e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verifica-se, ainda, uma associação negativa de magnitude fraca entre a escala Parentalidade Positiva e a escala Total de Problemas.

Verificam-se associações positivas de magnitude moderada a forte entre a escala Parentalidade Negativa, a subescala Disciplina Rígida e Inconsistente e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verifica-se também uma associação positiva de magnitude fraca entre a subescala Punição Física e a escala de Internalização.

Tabela 14

Coefficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e as práticas parentais (QPP)

| Escalas e Subescalas QPP | Escalas CBCL | | |
|-----------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Internalização | Externalização | Total de Problemas |
| Parentalidade Positiva | -0,17 | -0,22 | -0,25* |
| Disciplina Apropriada | -0,12 | -0,02 | -0,08 |
| Disciplina Verbal Positiva | -0,28* | -0,32** | -0,31* |
| Expectativas Claras | 0,09 | 0,07 | 0,04 |
| Parentalidade Negativa | 0,38** | 0,59** | 0,49** |
| Disciplina Rígida e Inconsistente | 0,32** | 0,57** | 0,45** |
| Punição Física | 0,25* | 0,22 | 0,20 |

Nota. N = 70. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Associações entre os problemas de comportamento e as reações parentais.

Na Tabela 15 observa-se que existem associações positivas de magnitude fraca a moderada entre a subescala Aborrecimento e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas; entre a escala Reações Parentais Negativas e as escalas de Externalização e Total de Problemas; e entre as subescalas Punição, Minimização e a escala de Externalização.

Tabela 15

Coefficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre os problemas de comportamento das crianças (CBCL) e as reações parentais às emoções negativas da criança (CCNES)

| Escala e Subescala CCNES | Escala CBCL | | |
|--------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | Internalização | Externalização | Total de Problemas |
| Reações Parentais Negativas | 0,22 | 0,37** | 0,27* |
| Aborrecimento | 0,28* | 0,43** | 0,36** |
| Punição | 0,15 | 0,32** | 0,23 |
| Minimização | 0,18 | 0,24* | 0,19 |
| Ignorar a criança | 0,03 | 0,12 | 0,03 |
| Reações Parentais Construtivas | 0,03 | 0,07 | 0,04 |
| Centrada no Problema | -0,02 | 0,03 | -0,01 |
| Encorajamento | -0,08 | -0,08 | -0,08 |
| Centrada na Emoção | -0,03 | 0,03 | -0,03 |

Nota. N = 70. *p < 0,05. **p < 0,01.

2.8. Objetivo “Estudar as associações entre a variável stress parental e as variáveis autorregulação parental, práticas parentais e reações parentais às emoções negativas da criança”

Associação entre o stress parental e a autorregulação parental.

Como se observa na Tabela 16, verificam-se associações negativas de magnitude fraca a moderada entre a escala Orientação para as Emoções da criança, as escalas Domínio da Criança, Domínio dos Pais e Total de *Stress* e as subescalas Distração/Hiperatividade, Humor, Exigência, Sentido de Competência e Vinculação.

Verificam-se associações positivas de magnitude fraca entre a escala Evitamento das Emoções da criança, a escala Domínio da Criança e as subescalas Distração/Hiperatividade, Humor e Exigência.

Verificam-se associações positivas de magnitude moderada entre a escala Falta de Controlo Emocional dos pais, a escala Domínio da Criança e as subescalas deste domínio Distração/Hiperatividade, Humor, Aceitação, Maleabilidade e Exigência.

Também se verificam associações positivas de magnitude moderada nas subescalas do domínio dos pais Restrição de Papel, Depressão, Isolamento Social e Vinculação.

Verificam-se, ainda, associações positivas de magnitude forte entre a escala Falta de Controlo Emocional dos Pais, a escala Domínio dos Pais, a subescala Sentido de Competência deste domínio e a escala e Total de *Stress*.

Tabela 16

Coefficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre o stress parental (PSI) e a autorregulação parental (EREP)

| Escalas e subescalas PSI | Escalas EREP | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|
| | Orientação para Emoções | Evitamento das Emoções | Falta de Controlo Emocional |
| Domínio da Criança | -0,32** | 0,25* | 0,45** |
| Distração/Hiperatividade | -0,38** | 0,25* | 0,42** |
| Humor | -0,25* | 0,26* | 0,30* |
| Aceitação | -0,17 | 0,21 | 0,34** |
| Maleabilidade | -0,18 | 0,11 | 0,36** |
| Exigência | -0,26* | 0,28* | 0,41** |
| Domínio dos Pais | -0,26* | 0,13 | 0,57** |
| Sentido de Competência | -0,32** | 0,14 | 0,61** |
| Restrição de Papel | -0,19 | 0,10 | 0,40** |
| Depressão | -0,21 | 0,05 | 0,47** |
| Relação Marido/Mulher | 0,03 | -0,03 | 0,18 |
| Isolamento Social | -0,23 | 0,04 | 0,43** |
| Vinculação | -0,27* | 0,18 | 0,41** |
| Total de <i>Stress</i> | -0,33** | 0,20 | 0,57** |

Nota. N = 70. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Associação entre o *stress* parental e as práticas parentais.

Como consta na Tabela 17, verificam-se associações positivas de magnitude fraca entre a escala Parentalidade Negativa, a subescala Disciplina Rígida e Inconsistente e a subescala Maleabilidade. Verifica-se, ainda, uma associação positiva de magnitude fraca entre a subescala Expectativas Claras e a escala Domínio da Criança.

Verificam-se associações positivas de magnitude moderada a forte entre as escalas Parentalidade Negativa e Disciplina Rígida e Inconsistente e todas as escalas do PSI, com exceção da subescala relação Marido/Mulher do domínio dos pais.

Verificam-se associações negativas de magnitude fraca entre a subescala Disciplina Apropriada e a subescala Depressão e de magnitude fraca a moderada entre a subescala Disciplina Verbal Positiva, Disciplina Apropriada e a subescala Relação Marido/Mulher.

Verificam-se associações negativas de magnitude moderada entre a subescala Disciplina Verbal Positiva, a escala Domínio da Criança, as subescalas Distração/Hiperatividade, Aceitação, Maleabilidade, a escala Domínio dos Pais, as subescalas Sentido de Competência, Restrição de Papel e a escala Total de *Stress*. Verificam-se associações negativas de magnitude moderada entre a subescala Parentalidade Positiva, a escala Domínio dos Pais, respectivas subescalas Depressão, Relação Marido/Mulher, Isolamento Social, Vinculação e a escala Total de *Stress*.

Tabela 17

Coefficientes de correlação de Pearson (r) e de Spearman (ρ) entre o stress parental (PSI) e as práticas parentais (QPP)

| Escalas e subescalas PSI | Escalas e subescalas QPP | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|---------|-------|---------------|---------------|-------|
| | PP | DA | DVP | EC | PN | DRI | PF |
| Domínio da Criança | -0,17 | 0,00 | -0,41** | 0,09 | 0,38** | 0,37** | 0,07 |
| Distração/Hiperatividade | -0,16 | 0,03 | -0,35** | -0,04 | 0,32** | 0,33** | 0,09 |
| Humor | -0,11 | -0,04 | -0,16 | 0,02 | 0,41** | 0,40** | 0,13 |
| Aceitação | -0,13 | -0,06 | -0,30* | 0,12 | 0,36** | 0,40** | 0,03 |
| Maleabilidade | -0,15 | 0,03 | -0,39** | 0,13 | 0,29* | 0,24* | 0,11 |
| Exigência | 0,01 | 0,05 | -0,14 | 0,19 | 0,38** | 0,37** | 0,21 |
| Domínio dos Pais | -0,37** | -0,19 | -0,44** | 0,26* | 0,53** | 0,54** | 0,06 |
| Sentido de Competência | -0,23 | 0,01 | 0,42** | 0,17 | 0,50** | 0,53** | 0,07 |
| Restrição de Papel | -0,20 | -0,12 | -0,32** | 0,30* | 0,46** | 0,45** | 0,15 |
| Depressão | -0,35** | -0,26* | -0,32** | 0,18 | 0,41** | 0,45** | -0,04 |
| Relação Marido/Mulher | -0,40** | -0,30* | -0,30* | 0,23 | 0,10 | 0,12 | -0,04 |
| Isolamento Social | -0,34** | -0,21 | -0,22 | 0,19 | 0,40** | 0,35** | 0,15 |
| Vinculação | -0,31** | -0,17 | -0,22 | 0,16 | 0,42** | 0,47** | 0,09 |
| Total de <i>Stress</i> | -0,31** | -0,11 | -0,47** | 0,20 | 0,51** | 0,51** | 0,07 |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Apropriada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Associação entre o *stress* parental e as reações parentais.

Como se observa na Tabela 18, verificam-se associações positivas, de magnitude fraca a moderada entre a escala Reações Parentais Negativas e a escala Domínio dos Pais, as subescalas Sentido de Competência, Restrição de Papel e a escala Total de *Stress*; entre a subescala Aborrecimento e a escala Domínio da Criança, as subescalas Humor, Aceitação, Exigência, a escala Domínio dos Pais, as subescalas Sentido de Competência, Restrição de Papel, Depressão, Vinculação e a escala Total de *Stress*; entre a subescala Punição e a escala Domínio dos Pais e a subescala Restrição de Papel; entre a subescala Minimização e a subescala Restrição de Papel; e entre a subescala Ignorar e a escala Domínio dos Pais e a subescala Restrição de Papel.

Não se verificam associações estatisticamente significativas entre as escalas e subescalas de *stress* parental e as Reações Parentais Construtivas.

Tabela 18

Coefficientes de correlação de Spearman (ρ) entre o stress parental (PSI) e as reações parentais às emoções negativas da criança (CCNES)

| Escalas e subescalas PSI | Escala e subescalas de Reações Negativas CCNES | | | | |
|--------------------------|--|---------------|---------------|-------------|---------------|
| | Reações Parentais Negativas | Aborrecimento | Punição | Minimização | Ignorar |
| Domínio da Criança | 0,21 | 0,34** | 0,13 | 0,03 | 0,12 |
| Distração/Hiperatividade | 0,11 | 0,21 | 0,09 | -0,04 | 0,05 |
| Humor | 0,21 | 0,26* | 0,08 | 0,14 | 0,10 |
| Aceitação | 0,22 | 0,37** | 0,18 | 0,04 | 0,16 |
| Maleabilidade | 0,09 | 0,16 | 0,10 | -0,02 | 0,01 |
| Exigência | 0,24 | 0,36** | 0,19 | 0,13 | -0,02 |
| Domínio dos Pais | 0,29* | 0,38** | 0,29* | 0,10 | 0,26* |
| Sentido de Competência | 0,24* | 0,34** | 0,22 | 0,12 | 0,11 |
| Restrição de Papel | 0,44** | 0,39** | 0,45** | 0,26* | 0,40** |
| Depressão | 0,16 | 0,28* | 0,16 | 0,05 | 0,11 |
| Relação Marido/Mulher | 0,10 | 0,19 | 0,07 | -0,08 | 0,21 |
| Isolamento Social | 0,11 | 0,13 | 0,20 | -0,03 | 0,03 |
| Vinculação | 0,15 | 0,28* | 0,09 | 0,01 | 0,11 |
| Total de <i>Stress</i> | 0,27* | 0,39** | 0,23 | 0,06 | 0,21 |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

2.9. Objetivo “Construir modelos explicativos da percepção parental de problemas de comportamento em mães de crianças nascidas pré-termo”

Após a análise das associações entre variáveis, foram selecionadas as associações de magnitude moderada a forte para elaboração de modelos explicativos dos problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo. Foi utilizada a metodologia de regressão linear múltipla por *stepwise*, pelo que os resultados apresentados nos modelos apresentam exclusivamente os preditores estatisticamente significativos (os modelos completos encontram-se no Anexo 12).

Na Tabela 19 pode observar-se o sumário do modelo preditivo dos problemas de internalização das crianças nascidas pré-termo. Os resultados mostram que as variáveis que melhor predizem os problemas de internalização são, por valor decrescente de explicação de variância: o *stress* associado às características dos pais (i.e., depressão materna), as habilitações literárias maternas (i.e., menor escolaridade), o *stress* associado às características da criança (i.e., maleabilidade), o sexo das crianças (i.e., sexo masculino) e as práticas parentais negativas.

Os preditores deste modelo explicam um valor substancial do total da variância da percepção parental dos problemas de internalização das crianças nascidas pré-termo, com o modelo final a apresentar um total de variância de 47% (R^2 ajustado = 0,43).

Tabela 19

Sumário da regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente problemas de internalização

| Modelo | Preditores | ΔR^2 | ΔF | <i>p</i> |
|--------|---|--------------|------------|------------|
| 1 | Sexo | 0,08 | 5,57 | 0,021* |
| 2 | Sexo, Habilitações Literárias | 0,12 | 10,05 | 0,002*** |
| 3 | Sexo, Habilitações Literárias, Parentalidade Negativa | 0,07 | 6,69 | 0,012* |
| 4 | Sexo, Habilitações Literárias, Parentalidade Negativa, Depressão | 0,12 | 12,17 | <0,001**** |
| 5 | Sexo, Habilitações Literárias, Parentalidade Negativa, Depressão, Maleabilidade | 0,09 | 10,78 | 0,002*** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$.

Na Tabela 20 encontra-se o sumário dos resultados da análise do modelo preditivo dos problemas de externalização das crianças nascidas pré-termo. Os resultados mostram que as variáveis estatisticamente significativas que melhor predizem os problemas de externalização das crianças são, por ordem decrescente de explicação da variância: o *stress* associado às características da criança (i.e., distração/hiperatividade), a parentalidade negativa, a falta de controlo emocional materno, o sexo da criança (i.e., sexo masculino), o *stress* associado às características dos pais (i.e., depressão materna), a IG da criança (i.e., IG mais elevadas) e o *stress* associado às características da criança (i.e., humor).

Mais se verifica, que a variável reações maternas perante a emocionalidade negativa da criança, que entrou para o modelo, não contribuiu para a explicação significativa dos comportamentos de externalização.

No total, os preditores deste modelo explicam um valor substancial de variância da perceção parental sobre os comportamentos de externalização das crianças nascidas pré-termo, com a variância de 68% (R^2 ajustado = 0,64).

Tabela 20

Sumário da regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente problemas de externalização

| Modelo | Preditores | ΔR^2 | ΔF | <i>p</i> |
|--------|--|--------------|------------|------------|
| 1 | Sexo | 0,09 | 6,65 | 0,012* |
| 2 | Sexo, IG | 0,07 | 5,30 | 0,024* |
| 3 | Sexo, IG, Falta de Controlo Emocional | 0,10 | 9,17 | 0,004*** |
| 4 | Sexo, IG, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa | 0,14 | 14,62 | <0,001**** |
| 5 | Sexo, IG, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa, Depressão | 0,08 | 10,02 | 0,002*** |
| 6 | Sexo, IG, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa, Depressão, Distração/ Hiperatividade | 0,15 | 24,82 | <0,001**** |
| 7 | Sexo, IG, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa, Depressão, Distração/ Hiperatividade, Humor | 0,05 | 10,26 | 0,002*** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$.

Na Tabela 21 encontra-se a síntese do modelo preditivo do total de problemas de comportamento (i.e., todas as escalas de síndromes da CBCL) das crianças nascidas pré-termo. Verifica-se que as variáveis estatisticamente significativas que melhor predizem o total de problemas são, por ordem decrescente de explicação da variância: o *stress* associado às características dos pais (i.e., depressão materna), o *stress* associado às características da criança (i.e., maleabilidade), a falta de controlo emocional, a IG (i.e., IG mais elevadas), as habilitações literárias maternas (i.e., menor nível de escolaridade), o sexo da criança (i.e., sexo masculino) e a parentalidade negativa.

De forma semelhante ao verificado no modelo anterior, as reações maternas às emoções negativas da criança também não apresentaram valor preditivo para o total de problemas das crianças nascidas pré-termo.

Os preditores deste modelo explicam, no total, um valor substancial de variância da perceção parental dos problemas de comportamento apresentados pelas crianças nascidas pré-termo, com o total de variância de 65% (R^2 ajustado = 0,61).

Tabela 21

Sumário da regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente total de problemas

| Modelo | Preditores | ΔR^2 | ΔF | <i>p</i> |
|--------|--|--------------|------------|------------|
| 1 | IG | 0,07 | 5,17 | 0,026* |
| 2 | IG, Sexo | 0,05 | 4,02 | 0,049* |
| 3 | IG, Sexo, Habilitações Literárias | 0,06 | 5,01 | 0,029* |
| 4 | IG, Sexo, Habilitações Literárias, Falta de Controlo Emocional | 0,10 | 8,71 | 0,004**** |
| 5 | IG, Sexo, Habilitações Literárias, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa | 0,05 | 5,15 | 0,027* |
| 6 | IG, Sexo, Habilitações Literárias, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa, Depressão | 0,16 | 20,01 | <0,001**** |
| 7 | IG, Sexo, Habilitações Literárias, Falta de Controlo Emocional, Parentalidade Negativa, Depressão, Maleabilidade | 0,15 | 27,22 | <0,001**** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$.

Capítulo IV. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar associações entre a percepção parental de problemas de comportamento e o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, em mães de crianças nascidas pré-termo, com idades entre os 4 e os 10 anos.

Participaram 70 mães de crianças nascidas pré-termo. Verificou-se um igual número de mães com idade inferior a 40 anos e igual ou superior a 40 anos, a maioria estava casada, tinha curso médio ou curso superior, estava empregada e tinha nacionalidade portuguesa. A maioria das crianças era do sexo feminino, de idade escolar (entre os 6 e os 10 anos), de IG compreendida entre as 32 e as 36 semanas e não tinha recurso a terapias de apoio ao desenvolvimento. As crianças com IG mais elevadas eram maioritariamente de idade escolar.

Problemas de Comportamento nas crianças nascidas pré-termo

Os resultados mostraram que, no geral, as crianças não apresentavam indicadores de níveis clínicos de problemas de internalização e de externalização. No entanto, verificou-se uma expressiva amplitude de resultados, com valores máximos a indicar casos de sintomatologia de nível clínico. Trata-se, assim, no geral, de uma amostra em que as mães não percecionam indicadores de patologia. No entanto, 16 mães assinalaram valores de sintomatologia de nível clínico na escala de internalização e 14 mães de sintomatologia de externalização.

Apesar da falta de consistência dos resultados de estudos prévios, muitos evidenciaram o aumento da prevalência de problemas de ansiedade, depressão e de problemas de comportamento em crianças de idade escolar nascidas pré-termo (Faleschini et al., 2020; Loe et al., 2019; Rogers et al., 2018; Woodward et al., 2009), colocando como hipótese que a condição de prematuridade constitui um fator de risco para problemas emocionais e comportamentais nesta população. No entanto, os resultados do presente estudo vão ao encontro dos apresentados por Casey (2006) e Gurka e colaboradores (2010), que realizaram estudos comparativos, entre crianças nascidas de termo e de pré-termo, e não verificaram diferenças significativas quanto à prevalência de problemas comportamentais e emocionais. Também Pérez-Pereira e Baños (2019), num estudo comparativo com crianças de 5 anos, nascidas pré-termo e de termo, que teve como objetivo verificar o efeito das condições neonatais e das características maternas na incidência de problemas de comportamento, verificaram que, quanto à prevalência de sintomatologia de externalização e de internalização, não existiam diferenças significativas entre os dois grupos.

Mais recentemente, na revisão exaustiva de literatura de Pinto (2020), que analisou 19 estudos sobre a percepção parental de problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas pré-termo, com idades entre os 4 e os 10 anos, foi verificado que, comparativamente a crianças de termo, as crianças nascidas pré-termo apresentavam maior incidência de problemas impulsividade, de atenção e de hiperatividade, registrando poucas diferenças quanto a problemas de conduta.

Quanto às diferenças estatisticamente significativas, considerando as variáveis sociodemográficas, foram identificados mais problemas de internalização, de externalização e total de problemas por mães com menos habilitações literárias, mães de crianças do sexo masculino e mães de crianças com IG igual ou superior a 32 semanas de gestação. Verificou-se ainda que as mães de idade igual ou superior a 40 anos e as de crianças de idade escolar (entre os 6 e os 10 anos) identificaram mais problemas de comportamento nos seus filhos.

Relativamente à escolaridade materna, os resultados deste estudo reforçam outros com pais de crianças nascidas de termo (e.g., Carneiro et al., 2013; Harding, 2015; Hughes & Ensor, 2009) e pré-termo (e.g., Potharst et al., 2015), nos quais se verificou que pais com mais habilitações percebiam menos problemas de externalização nos seus filhos. Por exemplo, no estudo de Carneiro e colaboradores (2013), os autores encontraram a associação entre níveis elevados de escolaridade e menor percepção parental de problemas de comportamento em crianças de idade escolar (i.e., dos 7 aos 8 anos) e em adolescentes (i.e., dos 12 aos 14 anos). Também Potharst e colaboradores (2015), num estudo comparativo com uma amostra de 104 crianças de 5 anos nascidas pré-termo e 95 crianças de termo, identificaram como fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento a baixa/moderada educação parental. Na literatura, tem sido referido que, mães com níveis educativos mais elevados, tiveram oportunidades de desenvolvimento de competências diversificadas de resolução de problemas, que também podem ser utilizadas no exercício da parentalidade (Harding, 2015).

Quanto às diferenças considerando o sexo da criança, os resultados do presente estudo reforçam os encontrados por Faleschini e colaboradores (2020), que, comparativamente, verificaram que as mães de crianças nascidas pré-termo identificavam maior prevalência de problemas de comportamento nas crianças do sexo masculino. Resultados similares foram encontrados no estudo de den Haan e colaboradores (2019), que teve como objetivo identificar fatores relacionados com problemas de comportamento aos 4 anos, em crianças nascidas de pré-termo tardio. Os autores verificaram que as crianças do sexo masculino tinham uma maior tendência para desenvolver problemas de externalização. Os resultados também são congruentes com os encontrados na literatura com amostras de crianças nascidas

de termo. Por exemplo, no estudo de Serbin e colaboradores (2015), com crianças de idade escolar e pré-adolescentes, os autores verificaram que, segundo a percepção dos professores, os rapazes apresentavam mais problemas de externalização do que as raparigas. Também no estudo de Lahey e colaboradores (2000), com crianças de idade escolar e adolescentes, os autores verificaram uma tendência para os rapazes apresentarem mais comportamentos de externalização (e.g., comportamento agressivo e de oposição) do que as raparigas.

As diferenças entre rapazes e raparigas, quanto à prevalência de problemas de comportamento e aos fatores que lhes estão associados, ainda é controversa. No entanto, tem sido sugerido que existem fatores biológicos (i.e., diferenças no desenvolvimento neurológico; diferenças hormonais) e culturais (i.e., expectativas culturais; atitudes nos contextos educativos) que contribuem para a maior tendência de comportamentos externalizantes no sexo masculino (Beltz et al., 2020; Heckman, 2008).

Quanto à idade das crianças, os resultados do presente estudo são idênticos aos encontrados na meta-análise de Bhutta e colaboradores (2002), que verificaram que as crianças nascidas pré-termo apresentavam um risco acrescido para desenvolver problemas de externalização com maior incidência na idade escolar. Resultados similares foram apresentados no estudo recente de Ghandour e colaboradores (2019), com crianças e adolescentes entre os 3 e os 17 anos nascidos de termo, sobre a prevalência de sintomatologia depressiva, ansiosa e de problemas de conduta. Nesse estudo, foi verificado que os problemas de internalização e de conduta tendiam a aumentar com a idade. Mais especificamente, durante a idade escolar (i.e., entre os 6 e os 11 anos) os autores encontraram maior prevalência de problemas de conduta e na adolescência (i.e., entre os 12 e os 17 anos) mais problemas relacionados com humor deprimido e ansiedade.

Relativamente à IG, ao contrário dos resultados encontrados em vários estudos que mostraram associações entre menor idade gestacional e maior incidência de problemas emocionais e de comportamento (e.g., Barfield, 2018; den Haan et al., 2019; Hornman et al., 2016; Saigal & Doyle, 2008), no presente estudo, a maior prevalência de problemas de comportamento foi encontrada em crianças com IG mais elevadas. Assim, a Hipótese 6 deste estudo não foi corroborada. Não obstante, na literatura existem alguns estudos que não verificaram diferenças na prevalência de problemas de comportamento entre crianças de termo e pré-termo (e.g., Casey, 2006; Gurka et al., 2010; Santos et al., 2017). Os resultados encontrados no presente estudo podem dever-se às características da amostra, nomeadamente tratar-se de uma amostra maioritariamente saudável e em que as crianças de IG igual ou superior a 32 semanas são maioritariamente de idade escolar, isto é, da idade em que existe

maior prevalência de problemas e comportamento. Coloca-se como hipótese, salvaguardando a necessidade de mais estudos, que as expectativas parentais em relação aos problemas de comportamento são diferentes em pais de crianças nascidas muito pré-termo e de pré-termo tardio, podendo, nestes últimos, os pais tolerar menos sintomatologia de externalização.

Stress Parental

Os poucos estudos que existem com mães de crianças nascidas pré-termo em idade pré-escolar (Haemmerli et al., 2020; Huhtala et al., 2014) e escolar (Polic et al., 2016; Treyvaud et al., 2014) têm verificado que, comparativamente a mães de crianças nascidas de termo, as de crianças pré-termo apresentam níveis de *stress* materno mais elevados.

Nas mães que participaram no presente estudo, verificou-se que, na generalidade, os níveis de *stress* parental são superiores aos encontrados por Huhtala e colaboradores (2014) e Treyvaud e colaboradores (2014), com amostras de crianças nascidas pré-termo, de idade pré-escolar e escolar, que utilizaram a mesma versão do questionário PSI como instrumento de avaliação. Estes resultados mostraram que as mães deste estudo sentem níveis relativamente elevados de *stress* no exercício da parentalidade.

Verificou-se, nesta amostra, que os valores médios do Domínio da Criança foram superiores aos do Domínio dos Pais. Comparativamente, os níveis de *stress* potenciados pelas características da criança (i.e., Domínio da Criança e respectivas subescalas) apresentaram associações mais fortes com a percepção materna de problemas de comportamento da criança, do que o *stress* potenciado pelas características dos pais (i.e., Domínio dos Pais).

Relativamente às características associadas à criança, os níveis mais elevados de *stress* estavam relacionados com a distração/hiperatividade, com a maleabilidade da criança e, em níveis mais baixos, com a aceitação e a exigência. Estes resultados indicam que as mães com *stress* mais elevado reconhecem nos seus filhos características que potenciam mais *stress*, particularmente relacionadas com o desgaste em gerir e manter a vigilância da criança, ter de lidar com as reações da criança em situações de mudança, lidar com perdas em relação às expectativas que colocaram na criança e responder às suas exigências.

O *stress* relacionado com as características dos pais apresentou níveis mais elevados em relação ao sentido de competência que os pais percebem que têm para responder às necessidades e características da criança. Também se verificou uma tendência para resultados elevados nos subdomínios depressão, restrição de papel e relação marido/mulher. Desta forma, as mães apresentam como fontes de *stress* a autoatribuição de falta de competência

para o desempenho do seu papel parental, o seu estado de humor, a ausência de atividades além dos cuidados prestados à criança e a falta de apoio físico e emocional do cônjuge.

Os resultados vão ao encontro dos obtidos por Treyvaud e colaboradores (2014), que verificaram que o domínio da criança apresentava níveis mais elevados, especificamente nos subdomínios da distração, adaptação, aceitação e exigência, quando os pais de crianças nascidas pré-termo de idade pré-escolar e escolar eram comparados com pais de crianças nascidas de termo. Também Huhtala e colaboradores (2014), num estudo com pais de crianças de 5 anos nascidas pré-termo, verificaram, à semelhança do presente estudo, que as maiores fontes de *stress* estavam associadas aos subdomínios distração/hiperatividade, maleabilidade e sentido de competência parental. Contudo, estes autores verificaram que eram as características dos pais que potenciavam níveis mais elevados de *stress*, resultado inverso ao verificado no presente estudo.

Os resultados do presente estudo são, ainda, parcialmente congruentes com os encontrados por Haemmerli e colaboradores (2020), que verificaram que os pais de crianças nascidas pré-termo de idade pré-escolar identificavam como maiores fontes de *stress* a depressão parental e a relação marido/mulher (i.e., características do domínio dos pais), evidenciando a importância da partilha da parentalidade e do apoio mútuo dos cônjuges nesta população. Quanto à influência da qualidade da relação conjugal e do apoio mútuo entre pai e mãe, outros estudos também têm evidenciado que relações afetuosas, com cumplicidade, com suporte emocional e boas estratégias de resolução de conflitos estão relacionados com níveis baixos de *stress* parental (Muslow et al., 2002; Wieland & Baker, 2010).

Neste estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias maternas, no sentido de mães com menor grau de escolaridade reportarem níveis superiores de *stress*. Também se verificou que, tendencialmente, as mães que reportaram mais *stress* são as mães mais novas, de crianças do sexo masculino, de idade escolar (entre os 6 e os 10 anos) e de IG igual ou superior a 32 semanas.

Considerando as características sociodemográficas maternas, especificamente as habilitações literárias, os resultados vão ao encontro dos de Singer e colaboradores (2007), que verificaram, num estudo com crianças nascidas com muito baixo peso e com crianças nascidas de termo (que variavam quanto ao risco de saúde e de desenvolvimento), que níveis mais elevados de escolaridade materna estavam associados a uma menor perceção de *stress* materno no domínio da criança e no domínio dos pais. Também estudos com amostras de crianças nascidas de termo verificaram que mães com menor educação apresentavam níveis mais elevados de *stress* materno (Parkes et al., 2015). Sugere-se, como hipótese, que o baixo

nível de educação parental possa diminuir as possibilidades parentais de acesso a emprego e, conseqüentemente, aumentar as restrições económicas da família, potenciando uma maior tensão na conjugalidade e na parentalidade (Conger & Donnelland, 2007).

Relativamente à maior incidência de *stress* parental em crianças do sexo masculino, também Polic e colaboradores (2016), num estudo comparativo entre mães de crianças nascidas pré-termo tardio sujeitas a cuidados neonatais, mães de crianças nascidas pré-termo tardio não internadas e mães de crianças nascidas de termo, entre os 6 e os 12 anos, verificaram que as mães de rapazes nascidos pré-termo que estiveram internados na neonatologia, apresentaram os níveis de *stress* mais elevados.

Resultados similares foram também encontrados por Vierhaus e colaboradores (2013) que, num estudo entre o *stress* materno e problemas de internalização e de externalização com adolescentes, verificaram que as mães de rapazes reportavam mais *stress* do que as mães de raparigas. Estes resultados também vão ao encontro dos de Barroso e colaboradores (2018), que, numa revisão sistemática sobre *stress* parental, verificaram, em diferentes grupos clínicos de crianças (e.g., PEA e AGD, doenças crónicas e contextos socioeconómicos de risco), que a relação entre o *stress* parental e os problemas de internalização e de externalização das crianças era moderado pelo sexo da criança, com piores resultados para os rapazes.

Quanto à IG, na meta-análise de Schappin e colaboradores (2013), os autores verificaram que IG mais baixas estavam associadas a níveis mais elevados de *stress* parental, resultado oposto ao verificado neste estudo. Assim, não foi possível corroborar a Hipótese 7. Contudo, os resultados do presente estudo são congruentes com os de Polic e colaboradores (2016), já mencionado anteriormente, em relação à IG e à idade da criança. Nesse estudo, os autores também verificaram que as mães de crianças nascidas de pré-termo tardio (i.e., entre as 34 e as 36 semanas) e as mães de crianças nascidas pré-termo de idade escolar mais velhas reportavam níveis de *stress* mais elevados relacionados com as características da criança, comparativamente a mães de crianças de termo, mostrando que estas características colocam sobrecarga na parentalidade.

Quanto às associações entre o *stress* materno e a perceção de problemas de comportamento da criança, os resultados mostraram que todos os domínios do *stress* se relacionam com a perceção materna de problemas de internalização, de externalização e com o total de problemas de comportamento (i.e., sintomatologia de todas escalas sindromáticas que estão integradas na CBCL).

Especificamente, as características da criança (i.e., a hiperatividade, o humor negativo, a dificuldade de adaptação a situações de mudança e a aceitação da criança) e as

características parentais (i.e., o sentido de competência) mostraram-se associados à percepção materna de problemas de externalização. Estes resultados sugerem que as características das crianças, nomeadamente comportamentos mais disruptivos, mais desregulados e que requerem uma maior atenção e vigilância parental, e a baixa percepção de competência parental, se associam a níveis mais elevados de *stress* materno e a uma maior percepção de problemas de externalização nas crianças. Deste modo, os resultados obtidos confirmam a Hipótese 1 deste estudo.

Outros autores (e.g., Huhtala et al., 2014; Linden et al., 2015; Mackler et al., 2015; Pérez-Pereira & Baños, 2019) também verificaram esta associação em estudos com crianças nascidas pré-termo. Por exemplo, no estudo de Anthony e colaboradores (2005), os autores verificaram que existiam associações diretas entre o *stress* parental e os comportamentos de externalização em crianças nascidas pré-termo, de idades entre os 2 e os 6 anos. Também no estudo de Huhtala e colaboradores (2014), os autores verificaram que o *stress* parental de ambos os pais e a sintomatologia depressiva em mães eram fatores que aumentavam o risco para problemas sociais, comportamentais e de desenvolvimento nestas crianças.

Relativamente à autorregulação materna, verificou-se que níveis menos elevados estavam associados a maior *stress* parental. Este resultado reforça outros estudos (e.g., Montiel-Nava et al., 2005; Pérez-Lopez et al., 2011), mostrando a relação entre a dificuldade de regulação emocional parental e o *stress* sentido pelos pais. Na análise das associações entre as escalas e subescalas de *stress* parental e as escalas de autorregulação, as associações mais fortes foram encontradas entre a falta de controlo emocional parental e as características associadas aos pais (i.e., domínio dos pais), especificamente o sentido de competência no exercício da parentalidade. Este resultado reflete a relação entre a dificuldade materna em controlar as suas emoções e a própria atribuição de competência para o exercício da parentalidade.

Verificou-se que o *stress* parental também se encontra positivamente associado com as práticas parentais negativas, resultado que sugere uma maior utilização destas práticas quando os pais apresentam níveis elevados de *stress*. Este resultado é consistente com a literatura (e.g., Abidin, 1995; Mak et al., 2020; Theule et al., 2010), reforçando que as práticas parentais negativas estão associadas a níveis mais elevados de *stress* parental. As associações mais fortes foram verificadas entre as práticas negativas, a disciplina rígida e inconsistente e as características associadas aos pais, também relacionadas com o sentido de competência percebido pelos pais (i.e., domínio dos pais), à semelhança do que foi verificado na associação com a autorregulação parental.

Por último, verificou-se que o *stress* parental apresentava associações positivas com as reações parentais negativas às emoções negativas da criança. Estes resultados vão no sentido de que quanto maior é o nível de *stress* parental, maior a prevalência de reações parentais negativas (Eisenberg et al., 2005). Verificaram-se associações mais fortes com a reação negativa de aborrecimento e com o *stress* relacionado com as características parentais (i.e., domínio dos pais). A nível das características parentais, salientou-se a restrição do papel, isto é, a anulação dos pais enquanto indivíduos fora do exercício da parentalidade, enquanto característica com associações mais fortes com as reações parentais negativas, de aborrecimento, de punição e de ignorar a criança. Em relação às características da criança (i.e., domínio da criança) enquanto maiores fontes de *stress*, verificou-se que estas apresentam correlações mais fortes com a reação parental de aborrecimento. Este resultado aponta para uma circularidade entre reações negativas parentais e o *stress* parental, sugerindo que estes pais poderão ter uma maior dificuldade em promover a autorregulação dos seus filhos.

Assim, corrobora-se a Hipótese 5 proposta neste estudo.

Estes resultados reforçam os modelos transacionais (Belsky, 1984; Sameroff, 1975), que postulam que o desenvolvimento das crianças decorre de forma contínua e dinâmica entre as características da criança, as características dos pais, o ambiente familiar e o contexto social envolvente da criança. Estas características influenciam-se mutuamente e são as interações mútuas entre elas que contribuem para o desenvolvimento da criança.

Autorregulação Parental

No geral, as mães deste estudo não identificaram dificuldades de autorregulação emocional no exercício da parentalidade, mostrando não evitar as emoções negativas da criança e ter competências de orientação para as emoções da criança, mesmo quando os filhos estão em situação de desregulação emocional. Estas mães mostraram ser sensitivas e responsivas em relação à criança e ter tendência para a compreensão das suas emoções.

Quando à utilização de estratégias de orientação para as emoções da criança (e.g., falar sobre o problema, tentar ajudar a criança a resolver problemas, ajudar a criança a compreender o que está a sentir), não foram encontradas diferenças significativas quanto à idade e nível de escolaridade maternos, nem quanto ao sexo, idade e IG das crianças.

Relativamente ao evitamento das emoções da criança (e.g., evitar que a criança se sinta nervosa, resolver imediatamente as situações potencialmente problemáticas da criança), também não foram encontradas diferenças significativas quanto à idade e escolaridade maternas, nem quanto ao sexo, idade e IG das crianças.

Em relação à falta de controlo emocional (e.g., ceder aos pedidos da criança quando esta está desregulada, não conseguir ajudar a criança a autorregular-se porque a própria mãe está desregulada), verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos com diferentes IG, no sentido de maior falta de controlo em mães de crianças nascidas com IG igual ou superior a 32 semanas.

Quanto às diferenças entre o sexo da criança, apesar de não serem diferenças estatisticamente significativas, verificou-se que as mães apresentavam maior tendência para dificuldades de autorregulação emocional com crianças do sexo masculino. Resultados similares foram encontrados por Fivush e colaboradores (2000), num estudo sobre a expressão emocional parental, em que os autores verificaram que esta dificuldade poderá dever-se às mães tenderem a conversar e a dirigir as suas emoções menos para os rapazes do que para as raparigas.

No presente estudo, verificaram-se associações positivas entre o evitamento materno das emoções da criança, a falta de controlo emocional materna e os problemas de internalização, externalização e total de problemas de comportamento. Estes resultados evidenciam que mães com problemas de autorregulação (i.e., mães que utilizam menos estratégias sensitivas e positivas e que têm maiores dificuldades na autogestão emocional) reportam mais problemas emocionais e comportamentais nos seus filhos, especialmente problemas de externalização. Confirma-se, assim, a Hipótese 2 deste estudo.

Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Cantero-García e colaboradores (2018) sobre estratégias de *coping* e de resiliência em mães com crianças de termo com problemas de comportamento. Os autores verificaram que, apesar de não ser possível estabelecer uma relação de causalidade, as estratégias relacionadas com autorregulação emocional positiva e focadas no problema têm efeitos benéficos na resiliência parental e na redução dos problemas de comportamento da criança.

Apesar da escassez de estudos sobre autorregulação parental em crianças nascidas pré-termo, tem sido verificado, em crianças nascidas de termo, que as dificuldades de autogestão e autorregulação emocionais dos pais estão associadas a mais problemas de comportamento nas crianças. Por exemplo, Crespo e colaboradores (2017), num estudo sobre as associações entre a autorregulação emocional materna, a autorregulação emocional das crianças e os problemas de comportamento das crianças, com mães de crianças entre os 3 e os 7 anos, verificaram que as dificuldades de autorregulação das crianças tinham associações indiretas entre a fraca autoperceção das emoções maternas e os problemas de internalização e de externalização das crianças. Os autores verificaram, ainda, que a emocionalidade negativa das crianças tinha uma

associação indireta entre a regulação emocional materna e os problemas de comportamento das crianças. Similarmente, também Bowie (2010), num estudo longitudinal de 4 anos, com recolha de dados através de entrevistas com crianças de idades entre os 5 e os 12 anos, verificaram que a desregulação emocional da criança (i.e., sentimentos frequentes de tristeza e zanga) predizia a incidência futura de problemas de internalização e de externalização. Num estudo longitudinal de 5 anos, com crianças entre os 7 e os 9 anos, que tinha o objetivo de examinar a associação entre a desregulação emocional das crianças e os problemas emocionais parentais, Carrère e Bowie (2012) verificaram que os problemas de externalização das crianças se encontram associados à desregulação emocional na expressão de hostilidade pelos pais. Mais recentemente, também Oliveira (2016), num estudo sobre associações entre a regulação emocional materna, as reações maternas às emoções da criança e o ajustamento da criança, verificou que a autorregulação materna negativa estava associada a problemas de internalização e de externalização nas crianças.

Práticas Parentais

As mães que participaram neste estudo reportaram utilizar maioritariamente práticas parentais positivas, sendo a mais utilizada dialogar com a criança sobre o seu comportamento de forma construtiva e a menos utilizada o estabelecimento claro de regras (i.e., que permite que a criança antecipe as consequências das suas ações). Das práticas negativas, a mais reportada foi a disciplina rígida e inconsistente e a menos reportada foi punir fisicamente a criança. Desta forma, as mães relataram educar os seus filhos com princípios de parentalidade positiva (e.g., utilizar consequências e dar castigos adequados e menos intrusivos; utilizar o diálogo e falar empaticamente com a criança acerca dos seus problemas e comportamentos). No entanto, mostraram alguma dificuldade em estabelecer, de uma forma clara e adequada, limites e normas que devem regular o comportamento da criança.

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na utilização de práticas parentais positivas, especificamente a disciplina verbal positiva, no sentido de maior utilização desta prática por mães de idade inferior a 40 anos e por mães de crianças de idade pré-escolar (entre os 4 e os 5 anos). Quanto às práticas parentais negativas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na utilização da prática disciplina rígida e inconsistente pelas mães de crianças do sexo masculino e de práticas negativas, de disciplina rígida e inconsistente e de punição física pelas mães de crianças de IG mais elevadas.

Relativamente às associações entre as práticas parentais e a perceção materna de problemas de comportamento, verificaram-se correlações negativas entre a prática disciplina

verbal positiva e os problemas de internalização, externalização e total de problemas de comportamento da criança. Verificaram-se, também, associações positivas entre a parentalidade negativa e, em específico, com a prática disciplina rígida e inconsistente e os problemas de internalização, externalização e total de problemas. Estes resultados evidenciam que a utilização de práticas negativas se associa à percepção materna de problemas de comportamento nas crianças. Deste modo, a Hipótese 3 deste estudo é corroborada.

Os resultados encontrados neste estudo são contrários aos verificados por Hoffenkamp e colaboradores (2015), que verificaram que a prematuridade estava associada a percepções parentais irrealistas e mais negativas e que, por sua vez, estas prediziam a utilização de práticas parentais mais intrusivas e controladoras. Apesar deste estudo (Hoffenkamp et al., 2015) ter como amostra pais de crianças na primeira infância, também Jaekel e colaboradores (2012), num estudo com crianças nascidas pré-termo de idade escolar, verificaram que as mães das crianças nascidas pré-termo, quando comparadas com mães de crianças de termo, reportavam práticas mais controladoras e menos sensíveis. O presente estudo contraria esses resultados mostrando, no geral, mães mais sensitivas e centradas na compreensão dos comportamentos da criança.

Quanto às diferenças nas práticas parentais, considerando o sexo da criança, os resultados do presente estudo são idênticos aos encontrados por McKee e colaboradores (2007), que verificaram que os pais utilizam mais práticas negativas, a nível de disciplina verbal negativa e de punição física, com os seus filhos rapazes.

Vários autores (e.g., Creswell et al., 2008; McKee et al., 2008; Neel et al., 2018) têm verificado que quanto maior a utilização de práticas negativas, maior a percepção de problemas de comportamento nas crianças, resultado consistente com o deste estudo. Especificamente, Jackson e Choi (2018), num estudo com crianças desde a idade pré-escolar até à adolescência, verificaram que práticas parentais negativas estavam associadas com a incidência de problemas de comportamento em crianças entre os 9 e os 15 anos. Também Besnard e colaboradores (2013) verificaram que comportamentos disruptivos, em crianças de idade escolar, estavam associados a práticas parentais negativas. Resultados semelhantes tinham sido encontrados Stormshak e colaboradores (2000), que num estudo sobre práticas parentais e comportamentos de externalização em crianças de termo, verificaram que práticas parentais apoiadas na punição física estavam associadas a níveis elevados de problemas disruptivos.

Reações Parentais às Emoções Negativas da Criança

Neste estudo, verificou-se que as reações parentais às emoções negativas da criança reportadas foram essencialmente reações parentais construtivas, especificamente centradas nas emoções da criança e na resolução do problema. Dentro das reações construtivas, a menos utilizada foi a reação de encorajamento. Das reações parentais negativas, a mais frequente foi a reação de minimização/desvalorização da criança e a menos frequente a reação de ignorar a criança. Deste modo, as mães relataram que reagem às emoções negativas do filho (e.g., birras, comportamento de oposição, incapacidade de lidar com a frustração e de se autorregular) ajudando a criança a encontrar estratégias para lidar com o que sentem e também auxiliam a criança a centrar-se na resolução dos problemas, em vez de se centrarem no descontrolo emocional da criança. Contudo, verificou-se que as mães que participaram neste estudo relataram reagir, com frequência, com a desvalorização das reações emocionais negativas da criança e que tentam restringir a expressão de sentimentos negativos da criança.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, especificamente uma maior frequência de reações parentais construtivas em mães com idade inferior a 40 anos e de crianças de idade pré-escolar (entre os 4 e os 5 anos) e uma maior frequência de reações negativas nas mães de crianças de IG igual ou superior a 32 semanas.

Quanto à idade das crianças, os resultados encontrados neste estudo não são consistentes com a literatura. Por exemplo, Johnson e colaboradores (2017), numa meta-análise sobre problemas de conduta nas crianças e as reações emocionais parentais, verificaram que a associação entre as reações parentais negativas era mais forte para crianças de idade pré-escolar do que para crianças mais velhas.

Verificaram-se associações positivas entre as reações parentais negativas, nomeadamente entre a reação de aborrecimento (e.g., ficar zangada quando a criança está zangada, ficar chateada quando a criança não consegue reprimir as suas emoções ou não está à altura das expectativas dos pais), a punição física e a minimização (e.g., desvalorizar o que a criança está a sentir/o seu problema) e os problemas de externalização e total de problemas de comportamento. Assim, corrobora-se a Hipótese 4 deste estudo.

Estes resultados reforçam os de outros estudos (e.g., Bouma et al., 2008; Duncombe et al., 2012; Dunsmore et al., 2013; Johnson et al., 2017; Oliveira, 2016) que, de forma similar, têm verificado que as reações parentais negativas não promovem a autorregulação emocional das crianças e isto, por sua vez, aumenta o risco de problemas de comportamento.

Também Eisenberg e colaboradores (2001) e Eisenberg e colaboradores (2005), verificaram que a desregulação emocional das crianças poderá ser um mediador entre as

reações parentais negativas e os comportamentos de externalização (i.e., quanto mais desregulada está a criança, maior a tendência para reações parentais negativas e maior a percepção parental de problemas de comportamento das crianças). Num estudo recente, Bjørk e colaboradores (2020) também verificaram que, em crianças de idade pré-escolar nascidas de termo, as reações parentais negativas apresentam uma associação significativa com os comportamentos de externalização e que a expressão emocional parental de encorajamento estava associada significativamente com a compreensão emocional das crianças.

Modelo explicativo dos Problemas de Comportamento das crianças nascidas pré-termo

Os resultados obtidos nas análises correlacionais permitiram a elaboração de modelos explicativos da percepção materna de problemas de internalização, de externalização e do total de problemas de comportamento na amostra em estudo. Os modelos preditivos explicam entre 47% e 68% da variância dos problemas de comportamento das crianças nascidas pré-termo, especificamente: 47% no modelo dos problemas de internalização, 68% no modelo dos problemas de externalização e 65% no modelo de total de problemas.

Quanto aos problemas de internalização, o modelo mostrou que as características da mãe, nomeadamente a depressão materna e o nível de escolaridade (i.e., menor escolaridade) têm maior valor preditivo. São, ainda, preditores a maleabilidade da criança (i.e., a capacidade de adaptação da criança), o sexo da criança (i.e., sexo masculino) e as práticas parentais negativas.

Em relação aos problemas de externalização, o modelo mostrou que as características associadas à criança, nomeadamente a distração/hiperatividade e as práticas parentais negativas têm maior valor preditivo. São, ainda, preditores a falta de controlo emocional materno, o sexo da criança (i.e., sexo masculino), a depressão materna, a IG da criança (i.e., IG mais elevadas) e o humor da criança.

Relativamente à totalidade de problemas de comportamento relatados pelas mães, o modelo mostrou que as características maternas, nomeadamente a depressão, e as características da criança, nomeadamente a maleabilidade, têm maior valor preditivo. São, ainda, preditores a falta de controlo emocional, a IG da criança (i.e., IG mais elevadas), as habilitações literárias maternas (i.e., menor escolaridade), o sexo da criança (i.e., sexo masculino) e a parentalidade negativa.

Não foi possível encontrar na literatura estudos que tenham tido como objetivo encontrar preditores dos problemas de comportamento em crianças de idade escolar nascidas pré-termo e que tivessem incluído todas as variáveis do presente estudo. No entanto, alguns

dos preditores identificados neste estudo foram já referidos na literatura como tendo valor preditivo para os problemas de comportamento das crianças.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Faleschini e colaboradores 2020, que também verificaram que, em amostras de mães de crianças nascidas pré-termo, o sexo masculino tinha valor preditivo de comportamentos de externalização.

Noutros estudos, também as características sociodemográficas maternas surgiram como tendo um papel relevante na explicação dos problemas de comportamento da criança. Por exemplo, Carneiro e colaboradores (2013), num estudo de crianças comunitário, verificaram que níveis elevados de escolaridade materna eram preditivos de menor perceção dos problemas de comportamento das crianças ao longo das várias fases do desenvolvimento.

Relativamente aos determinantes parentais, o *stress* materno, quer seja proveniente das características da criança, como das características dos pais apresenta-se como um preditor importante. Nos estudos que relacionam o *stress* parental com os problemas de comportamento das crianças, especificamente nas nascidas pré-termo, verificou-se que o *stress* parental tem associações fortes com a perceção parental dos problemas de comportamento da criança (e.g., Huhtala et al., 2014; Mackler et al., 2015). Os resultados são consistentes com os encontrados por Anthony e colaboradores (2005), num estudo com crianças comunitárias, e por Barroso e colaboradores (2018), num estudo com crianças de vários grupos clínicos, e ambos os autores verificaram, respetivamente, que o *stress* parental tinha efeitos de mediação e de moderação na explicação dos problemas de externalização das crianças. Por outro lado, Linden e colaboradores (2015) verificaram que os problemas de externalização das crianças prediziam níveis mais elevados de *stress* parental.

Também em relação às práticas parentais foram encontrados alguns estudos com resultados idênticos aos apresentados. Num estudo recente de Mak e colaboradores (2020), os autores verificaram que os estilos parentais são um mediador parcial entre o *stress* parental e os problemas de comportamento em crianças comunitárias entre os 3 e os 7 anos.

Na literatura verifica-se que as práticas parentais e a autorregulação parental interagem maioritariamente com o *stress* parental e, neste sentido, pode colocar-se como hipótese que estas variáveis poderão exercer efeitos de mediação entre o *stress* parental e a perceção parental dos problemas de comportamento das crianças. Estes resultados reforçam o modelo de mediação de Abidin (1992; 1995), que postula que o *stress* parental está associado a comportamentos parentais desajustados e às práticas parentais, sendo que estes comportamentos predizem os problemas de comportamento das crianças.

Capítulo V. Conclusões

1. Considerações Finais

O principal objetivo deste estudo consistiu em identificar e analisar associações entre os problemas de comportamento e o *stress* parental, a autorregulação parental, as práticas parentais e as reações parentais às emoções negativas da criança, em pais de crianças entre os 4 e os 10 anos, nascidas pré-termo.

A amostra incluiu 70 mães que, no geral, não identificaram problemas de comportamento a nível clínico. No entanto, algumas mães indicaram sintomatologia compatível com problemas de internalização e de externalização. Quanto aos possíveis determinantes parentais dos problemas de comportamento incluídos neste estudo, a maioria das mães apresentou níveis de *stress* que se situam ligeiramente acima do nível médio e que são relativamente mais altos do que os encontrados noutros estudos com populações semelhantes, o que sugere que algumas mães vivem a parentalidade com *stress*. As mães que participaram no estudo referiram, quer a utilização de práticas educativas de acordo com a parentalidade positiva, quer a utilização positiva de estratégias de autorregulação e reações emocionais e comportamentais adequadas nas situações de expressão emocional negativa dos filhos. Quanto à autorregulação, as mães identificaram dificuldades relacionadas com a sua falta de controlo emocional. Em relação às práticas parentais, identificaram maiores dificuldades no estabelecimento de regras e limites à criança. Relativamente às reações maternas às emoções negativas da criança, as mães identificaram maiores dificuldades em valorizar as emoções negativas dos filhos, sem restringir a sua expressão emocional. Os resultados positivos encontrados podem ter sido influenciados por esta amostra ser constituída por mães de crianças que não apresentam problemas de saúde, nem têm riscos médicos associados, condições que, segundo estudos prévios, podem aumentar o *stress* e a desregulação parentais.

No geral, os resultados contribuíram para a identificação de características (i.e., maternas, da parentalidade e da criança) com efeito preditivo dos problemas de comportamento em crianças nascidas pré-termo. Esta identificação permitiu a construção de modelos preditivos dos problemas de internalização, externalização e total de problemas, considerando as variáveis estudadas.

Nos vários modelos, foram identificadas semelhanças e diferenças quanto aos preditores mais significativos. Assim, a depressão materna, o sexo da criança (i.e., ser do sexo masculino) e a parentalidade negativa mostraram ser preditores dos problemas de comportamento em todos os modelos (i.e., comportamentos de internalização, externalização

e total de problemas); as habilitações literárias maternas (i.e., ter escolaridade mais baixa) e a maleabilidade da criança foram identificadas como preditores significativos dos problemas de internalização e do total de problemas de comportamento; a falta de controlo emocional materna e a IG das crianças (i.e., ter IG mais elevadas) mostraram ser preditores de problemas de externalização e do total de problemas de comportamento; e a distração/hiperatividade e o humor da criança mostraram ser apenas preditores de problemas de externalização.

Considerando especificamente cada um dos modelos, verificou-se que, no modelo de internalização, os preditores mais significativos foram a depressão materna (enquanto característica parental potenciadora de *stress*) e as habilitações literárias maternas; no modelo de externalização, os preditores mais significativos foram a distração/hiperatividade da criança (enquanto característica da criança potenciadora de *stress*) e a parentalidade negativa; e no modelo que engloba a totalidade de problemas de comportamento, os preditores mais significativos foram a depressão materna (enquanto característica parental potenciadora de *stress*) e a maleabilidade (enquanto característica da criança potenciadora de *stress*).

As hipóteses postuladas neste estudo foram parcialmente corroboradas. As hipóteses relativas às associações entre a perceção parental de problemas de comportamento das crianças nascidas pré-termo e o *stress*, a autorregulação, as práticas e as reacções parentais foram corroboradas. Neste sentido, níveis elevados de *stress* materno, associados às características da criança e dos pais, dificuldades de autorregulação materna e utilização de práticas e reacções parentais negativas associam-se positivamente à perceção materna de problemas de comportamento em crianças nascidas pré-termo.

Os resultados reforçam os modelos transacionais (e.g., Belsky, 1984; Sameroff, 1975), que postulam que o desenvolvimento ocorre através de processos de interação entre as características da criança, do contexto familiar e social, salientando que mães com boas capacidades de autorregulação, que utilizam práticas parentais positivas e reacções parentais construtivas promovem o desenvolvimento dos seus filhos, o que contribui para a diminuição dos problemas e comportamento.

Estes resultados reforçam a necessidade de, durante a idade pré-escolar e escolar, se intervir para a redução do *stress* materno e para o incentivo da utilização de práticas parentais positivas, sensíveis e reguladoras dos limites dos comportamentos aceitáveis da criança e centradas em expectativas realistas em relação às suas competências cognitivas, emocionais e comportamentais. É, ainda, evidenciada a importância da relação entre o *stress* parental e estratégias de autorregulação e do benefício de maior controlo emocional materno e maior capacidade para autorregular as suas atitudes e emoções no desenvolvimento, especificamente

nos problemas de comportamento das crianças de idade pré-escolar e escolar. Por exemplo, Webster-Stratton e colaboradores (2001), através de programas de parentalidade positiva em mães de crianças de idade pré-escolar, verificaram que as intervenções são eficazes a aumentar as práticas parentais positivas e a reduzir práticas de disciplina rígida, o que, por sua vez, resulta na redução dos problemas de conduta das crianças no contexto familiar e escolar.

Por último, apesar das hipóteses relativas à IG não terem sido corroboradas, a IG apresenta um valor preditivo importante, quer para os problemas de externalização, quer para o total de problemas que fazem parte do questionário CBCL utilizado neste estudo. Nota-se, no entanto, que reforçando os modelos transacionais, a prematuridade deve ser considerada como um entre outros determinantes complexos que interagem, desde muito cedo, no exercício da parentalidade e no desenvolvimento da criança. Desta forma, estas mães deverão ser acompanhadas, não só porque a criança nasce pré-termo, mas também porque esse nascimento poderá aumentar o risco de complicações que contribuem para o aumento dos desafios da parentalidade.

2. Limitações

Os resultados deste estudo devem ser lidos com cautela. A amostra não apresenta uma dimensão que permita a generalização dos resultados à população geral de mães de crianças nascidas pré-termo. É importante ter em consideração que esta amostra não inclui mães de crianças com alterações físicas e fisiológicas frequentes na prematuridade, pelo que os resultados não podem ser extrapolados para essa população de maior risco.

Os modelos apresentados obtiveram valores de predição elevados, contudo, estes resultados têm de ser interpretados com alguma prudência, devido, novamente, à dimensão da amostra. Com um número tão elevado de variáveis para uma amostra reduzida, é possível que nem todos os preditores dos problemas de comportamento tenham surgido na análise dos modelos finais.

Considerando as várias dimensões em estudo, verificou-se que um dos impedimentos à participação consiste na utilização de questionários longos para cada uma das variáveis. Contudo, estes são necessários para a robustez da recolha de dados e das análises elaboradas.

Considera-se, ainda, como limitação deste estudo, o contexto pandémico vivido durante a terceira fase da investigação, responsável pelo impedimento da participação de muitas mães sinalizadas.

3. Implicações Práticas

Através deste estudo, foi possível verificar determinantes da percepção materna de problemas emocionais e comportamentais. Estes determinantes incluem características das mães e características das crianças. Muitos destes determinantes são passíveis de mudança se as mães forem devidamente acompanhadas desde o nascimento da criança.

Deste modo, intervenções precoces, centradas no apoio da vivência parental e na qualidade da relação pais-criança, focadas no bem-estar e na autorregulação parental, com uma orientação de parentalidade positiva, serão importantes para atenuar o *stress* materno no exercício da parentalidade e potenciar o bem-estar e o desenvolvimento destas crianças.

4. Direções Futuras

Neste estudo, foram estudadas associações entre o *stress* parental, a autorregulação parental, as reações parentais às emoções negativas da criança e os problemas de comportamento, que são associações pouco estudadas em pais de crianças nascidas pré-termo. Os resultados obtidos propiciam a continuidade do estudo destas associações, com uma amostra mais robusta e de forma a identificar mais relações entre estas variáveis, eventualmente através de análises de mediação e de moderação. Neste sentido, futuramente poderá ser interessante estudar os efeitos de mediação entre a parentalidade negativa, a autorregulação parental, as reações parentais, o *stress* parental e os problemas de comportamento das crianças nascidas pré-termo, de idade pré-escolar e escolar.

Salienta-se a importância de estudar diferenças no *stress* parental, no sentido de analisar de que formas o sexo da figura parental e a coparentalidade contribuem para a maior ou menor percepção de problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo. Assim, considerando as diferenças entre o sexo da figura parental, postulam-se eventuais efeitos de mediação das práticas, da autorregulação e das reações parentais no *stress* parental. Através destas análises, poderá ser possível perceber quais são as formas mais eficazes para intervir junto destes pais para reduzir os problemas de comportamentos percecionados.

Considera-se relevante o aumento da amostra deste estudo com crianças de idade pré-escolar e, eventualmente, estudar longitudinalmente a progressão da percepção parental de problemas de comportamento até à idade escolar, juntamente com a evolução dos níveis de *stress* parental, das práticas parentais utilizadas e da capacidade de autorregulação emocional.

Finalmente, propõe-se a inclusão de grupos clínicos em estudos futuros, nomeadamente de pais de crianças com patologias associadas à prematuridade e de pais com antecedentes de *stress* parental excessivo nas fases perinatais.

Referências Bibliográficas

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Manual* (3ª Ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R., & Santos, S. V. (2003). *Índice de Stress Parental – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Achenbach, T. M. (2001). *Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 6-18*.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Questionário de Comportamentos da Criança – CBCL 1½-5*.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar. Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores* (1.ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Agrawal, S., Rao, S. C., Bulsara, M. K., & Patole, S. K. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Preterm Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics, 142*(3), 1-14. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0134>
- Alves, D., & Cruz, O. (2011). Reações parentais às emoções negativas dos filhos (RPEN): um questionário de avaliação da meta-emoção parental. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII congresso iberoamericano de avaliação/evaluación psicológica e XV conferência internacional avaliação psicológica: formas e contextos* (pp. 1480-1492). Lisboa: SPP.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The Relationships Between Parenting Stress, Parenting Behaviour and Preschoolers' Social Competence and Behaviour Problems in the Classroom. *Infant and Child Development*, 14, 133-154. <https://doi.org/10.1002/icd.385>
- 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. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12142>
- Asaka, Y., & Takada, S. (2013). Relation between sleep status of preterm infants aged 1-2 years and mothers' parenting stress. *Pediatrics International*, 55(4), 416-421. <https://doi.org/10.1111/ped.12097>
- Barfield, W. D. (2018). Public Health Implications of Very Preterm Birth. *Clinics in Perinatology*, 45(3), 565-577. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2018.05.007>
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention/Autorregulação parental, regulação emocional e temperamento: implicações para a intervenção. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 295-306. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200013>
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449-461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-Regulation, Ego Depletion, and Motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 115-128. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x>
- Baumrind, D. (1978). Parental Disciplinary Patterns and Social Competence in Children. *Youth & Society*, 9(3), 239-276. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>

- Behrman, R. E., Butler, A. S., & Institute of Medicine (US) Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes. (2007). *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
- Beltz, A. M., Kelly, D. P., & Berenbaum, S. A. (2020). Chapter 27 – Sex differences in brain and behavioral development. In J. Rubenstein, P. Rakic, B. Chen, & K. Y. Kwan (Eds.), *Neural Circuit and Cognitive Development* (2.^a Ed., pp. 585-638). Massachusetts, EUA: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814411-4.00027-5>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Besnard, T., Verlaan, P., Davidson, M., Vitaro, F., Poulin, F., & Capuano, F. (2013). Bidirectional influences between maternal and paternal parenting and children's disruptive behaviour from kindergarten to grade 2. *Early Child Development and Care*, 183, 515-533. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711597>
- 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. *Journal of American Medical Association*, 288(6), 728-737. <https://doi.org/10.1001/jama.288.6.728>
- Bjørk, R. F., Havighurst, S. S., Pons, F., & Karevold, E. B. (2020). Pathways to behavior problems in Norwegian kindergarten children: The role of parent emotion socialization and child emotion understanding. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61, 751-762. <https://doi.org/10.1111/sjop.12652>
- Bouma, E., Ormel, J., Verhulst, F., & Oldehinkel, A. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: the influence of parental

- depression, temperament, and alcohol use during early adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 105, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.007>
- Bowie, B. H. (2010). Emotion regulation related to children's future externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23, 74-83. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00226.x>
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. (2013). From Parent to Child to Parent...: Paths In and Out of Problem Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 515-529. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9692-x>
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003114>
- Cantero-García, M., & Alonso-Tapia, J. (2018). Coping and Resilience in Families With Children With Behavioral Problems. *Revista de Psicodidáctica*, 23(2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.04.001>
- Cappa, K. A., Begle, A. M., Conger, J. C., Dumas J. E., & Conger, A. J. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: Findings from the Pace Study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 334-342. <https://doi.org/10.1007/s10826-010-9397-0>
- Carneiro, P., Meghir, C., & Parey, M. (2013). Maternal education, home environments, and the development of children and adolescents. *Journal of the European Economic Association*, 11, 123-160. <https://doi.org/10.1111/j.1542-4774.2012.01096.x>
- Carrère, S., & Bowie, B. H. (2012). Like Parent, Like Child: Parent and Child Emotion Dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), e23-e30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.008>

- Casey, P. H., Whiteside-Mansell, L., Barrett, K., Bradley, R. H., & Gargus, R. (2006). Impact of Prenatal and/or Postnatal Growth Problems in Low Birth Weight Preterm Infants on School-Age Outcomes: An 8-Year Longitudinal Evaluation. *Pediatrics*, *118*(3), 1078-1086. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0361>
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., Landoulsi, S., Jampathong, N., Kongwattanakul, K., Laopaiboon, M., Lewis, C., Rattanakanokchai, S., Teng, D. N., Thinkhamrop, J., Watananirun, K., Zhang, J., Zhou, W., & Gülmezoglu, A. M. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet Global Health*, *7*(1), e37-e46. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)
- Chen, X., Liu, M., & Li, D. (2000). Parental warmth, control, and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: A longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *14*, 401-419. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.3.401>
- Chiodeli, T., Rodrigues, O. M. P. R., Pereira, V. A., Lopes dos Santos, P. L., & Fuertes, M. (2021). Face-to-Face Still-Face: Comparison between Interactive Behaviors of Full-Term and Preterm Infants. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *31*, e3102. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3102>
- Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, *58*, 175-199. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085551>
- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(10), 2797-2809. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8>

- Creswell, C., O'Connor, T. G., & Brewin, C. R. (2008). The Impact of Parents' Expectations on Parenting Behaviour: An Experimental Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 483-490. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004414>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Delobel-Ayoub, M., Kaminski, M., Marret, S., Burguet, A., Marchand, L., N'Guyen, S., Matis, J., Thiriez, G., Fresson, J., Arnaud, C., Poher, M., & Larroque, B. (2006). Behavioral Outcome at 3 Years of Age in Very Preterm Infants: The EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 117(6), 1996-2005. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2310>
- Denham, S. A. (2007). Dealing with Feelings: How Children Negotiate the Worlds of Emotions and Social Relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, 11, 1-48. <https://denhamlab.gmu.edu/Publications%20PDFs/Denham%202007.pdf>
- de Jong, M., Verhoeven, M., & van Baar, A. L. (2012). School outcome, cognitive functioning, and behaviour problems in moderate and late preterm children and adults: A review. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17(3), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.02.003>
- den Haan, P. J., de Kroon, M. L. A., van Dokkum, N. H., Kerstjens, J. M., Reijneveld, S. A., & Bos, A. F. (2019). Risk factors for emotional and behavioral problems in moderately-late preterms. *PLOS ONE*, 14(5), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216468>
- Duncombe, M., Havighurts, S., Holland, K., & Frankling, E. (2012). The Contribution of Parenting Practices and Parent Emotion Factors in Children at Risk for Disruptive

- Behavior Disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 715-733.
<https://doi.org/10.1007/s10578-012-0290-5>
- Dunsmore, J. C., Booker, J. A., & Ollendick, T. H. (2013). Parental Emotion Coaching and Child Emotion Regulation as Protective Factors for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Social Development*, 22(3), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x>
- Eisenberg, N., Gershoff, E. T., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., Guthrie, I. K., & Murphy, B. C. (2001). Mothers' emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's regulation. *Developmental Psychology*, 37, 475-490. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.475>
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A., & Liew, J. (2005). Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: a three-wave longitudinal study. *Child development*, 76(5), 1055-1071. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00897.x>
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X-H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375-387. <https://doi.org/10.1177/1362361309105658>
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). *Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Description and Scoring*. Tempe, AZ: Arizona State University. <http://www.public.asu.edu/~rafabes/cnesall.pdf>
- 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*, 34(3-4), 285-310. https://doi.org/10.1300/J002v34n03_05
- Faleschini, S., Matte-Gagné, C., Côte, S., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2020). Trajectories of behavioral problems among moderate-late preterm children from 4 to 10 years: A prospective population-based study. *Early Human Development*, 143, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104964>
- Farmer, A. Y., & Lee, S. K. (2011). The effects of parenting stress, perceived mastery, and maternal depression on parent-Child interaction. *Journal of Social Service Research*, 37, 516-525. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.607367>
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 17(6), 810-816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent-child emotion narratives. *Sex Roles: A Journal of Research*, 42(3-4), 233-253. <https://doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118, e107-e114. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., Procianoy, R. S., Rohde, L. A., & Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Very Preterm/Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), e20171645. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645>
- Fuertes, M., Faria, A., Beeghly, M., & Lopes-dos-Santos, P. (2016). The effects of parental sensitivity and involvement in caregiving on mother–infant and father–infant

- attachment in a Portuguese sample. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 147-156.
<https://doi.org/10.1037/fam0000139>
- Fuertes, M., Faria, A., Fink, N.S., & Barbosa, M. (2011). Associations among maternal representations at birth and attachment in portuguese dyads with preterm and full term infants. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD*, 1, 79-86. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328007.pdf>
- Gaspar, M., & Santos, P. (2008). *Questionário de Práticas Parentais (QPP)*.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *The Journal of Pediatrics*, 206, 256-267.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Goldenberg, R., Culhane, J., Iams, J., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *Preterm birth*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Granero-Molina, J., Medina, I., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J., Lasserrotte, M., & Rodríguez, M. (2019). Experiences of Mothers of Extremely Preterm Infants after Hospital Discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, e2-e8.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>
- Gray, P. H., Edwards, D. M., & Gibbons, K. (2017). Parenting stress trajectories in mothers of very preterm infants to 2 years. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 103(1), F43–F48. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312141>
- 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.
<https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.83>

- Haemmerli, N. S., Lemola, S., Holditch-Davis, D., & Cignacco, E. (2020). Comparative Evaluation of Parental Stress Experiences Up to 2 to 3 Years After Preterm and Term Birth. *Advances in Neonatal Care*, 20(4), 301-313.
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000714>
- Han, Z. R., & Shaffer, A. (2013). The relation of parental emotion dysregulation to children's psychopathology symptoms: The moderating role of child emotion dysregulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 591-601.
<https://doi.org/10.1007/s10578-012-0353-7>
- Harding, J. F. (2015). Increases in Maternal Education and Low-Income Children's Cognitive and Behavioral Outcomes. *Developmental Psychology*, 51(5), 583-599.
<https://doi.org/10.1037/a0038920>
- Heckman, J. J. (2008). Schools, Skills, and Synapses. *Economic Inquiry*, 46(3), 289-324.
<https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2008.00163.x>
- Herman, J. L., & Tetrick, L. E. (2009). Problem-focused versus emotion-focused coping strategies and repatriation adjustment. *Human Resource Management*, 48(1), 69-88.
<https://doi.org/10.1002/hrm.20267>
- 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. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv007>
- Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R., & Langer, D. A. (2019). Evidence-Base Update for Parenting Stress Measures in Clinical Samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 685-705.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1639515>

- Hornman, J., de Winter, A. F., Kersthens, J. M., Bos, A. F., & Reijneveld, S. A. (2016). Emotional and Behavioral Problems of Preterm and Full-Term Children at School Entry. *Pediatrics*, 137(5), 1-9. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2255>
- Hughes, C., & Ensor, R. (2009). Independence and interplay between maternal and child risk factors for preschool problem behaviors? *International Journal of Behavioral Development*, 33, 312-322. <https://doi.org/10.1177/0165025408101274>
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., Rautava, P., & PIPARI Study Group. (2014). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Human Development*, 90(3), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.12.009>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Estatísticas Demográficas – 2019*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=463511884&att_display=n&att_download=y
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interaction: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 163-181. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Jackson, A. P., & Choi, J-K. (2018). Parenting Stress, Harsh Parenting, and Children's Behavior. *Journal of Family Medicine & Community Health*, 5(3), 1-9. <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-5-1150.pdf>
- Jaekel, J., Wolke, D., & Chernova, J. (2012). Mother and Child Behaviour in Very Preterm and Term Dyads at 6 and 8 Years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(8), 716-723. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04323.x>
- Jin, J. H., Yoon, S. W., Song, J., Kim, S. W., & Chung, H. J. (2020). Long-term cognitive, executive, and behavioral outcomes of moderate and late preterm at school age.

Clinical and Experimental Pediatrics, 63(6), 219-225.

<https://doi.org/10.3345/kjp.2019.00647>

Johnson, A. M., Hawes, D. J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J., & Dudeney, J. (2017). Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis.

Clinical Psychology Review, 54, 65-80. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.001>

Johnson, S., & Marlow, N. (2011). Preterm Birth and Childhood Psychiatric Disorders.

Pediatric Research, 69(5), 11-18. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212faa0>

Kerr-Wilson, C. O., Mackay, D. F., Smith, G. C. S., & Pell, J. P. (2012). Meta-analysis of the association between preterm delivery and intelligence. *Journal of Public Health*,

34(2), 209-216. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr024>

Kim, M., Kang, S., Yee, B., Shim, S., & Chung, M. (2016). *BMC Pediatrics*, 16(212), 1-8.

<https://doi.org/10.1186/s12887-016-0747-y>

Kostandy, R. R., & Ludington-Hoe, S. M. (2019). The evolution of the science of kangaroo (mother) care (skin-to-skin contact). *Birth Defects Research*, 111, 1032-1043.

<https://doi.org/10.1002/bdr2.1565>

Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J., Miller, T. L., Dennis, K. D., Bird, H., & Jensen, P. S. (2000). Age and gender

differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional

household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal*

Psychology, 109(3), 488-503. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.488>

Lengua, L. J., & Kovacs, E. A. (2005). Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Journal of*

Applied Developmental Psychology, 26, 21-38.

<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.10.001>

Levinson, D. J. (1996). *The Seasons of a Woman's Life*. New York: Ballantine Books.

- Limperopoulos, C., Bassan, H., Sullivan, N. R., Soul, J. S., Robertson, R. L., Moore, M., Ringer, S. A., Volpe, J. J., & Plessis, A. J. (2008). Positive Screening for Autism in Ex-preterm Infants: Prevalence and Risk Factors. *Pediatrics*, *121*(4), 758-765. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2158>
- Linden, M. A., Cepeda, I. L., Synnes, A., & Grunau, R. E. (2015). Stress in parents of children born very preterm is predicted by child externalising behaviour and parent coping at age 7 years. *Archives of Disease in Childhood*, *100*(6), 554-558. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307390>
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, *388*(10063), 3027-3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- Loe, I. M., Heller, N. A., & Chatav, M. (2019). Behavior problems and executive function impairments in preterm compared to full term preschoolers. *Early Human Development*, *130*, 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.01.014>
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington, *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (4.^a Ed., Vol. 4, pp. 1-101). New York: Wiley.
- Mackler, J., Kellerher, R., Shanahan, L., Calkins, S., Keane, S., & 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. <https://doi.org/10.1111/jomf.12163>
- Mak, M. C. K., Yin, L., Li, M., Cheung, R. Y., & Oon, P-T. (2020). The Relation between Parenting Stress and Child Behavior Problems: Negative Parenting Styles as Mediator.

Journal of Child and Family Studies, 29, 2993-3003. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01785-3>

- Mangin, K. S., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2017). Cognitive development trajectories of very preterm and typically developing children. *Child Development*, 18(1), 282-298. <https://doi.org/10.1111/cdev.12585>
- Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2009). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(5), 379-386. <https://doi.org/10.1080/08039480600937280>
- McKee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones, D., & Forehand, R. (2008). Parenting and Child Externalizing Behaviors: Are the Associations Specific or Diffuse?. *Aggression and Violent Behavior*, 13(3), 201-215. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.005>
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C., & Zens, M. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence*, 22(4), 187-196. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9070-6>
- Mirabile, S. P. (2015). Ignoring Children's Emotions: a novel ignoring subscale for the Coping with Children's Negative Emotions Scale. *European Journal of Developmental Psychology*, 12, 459-471. <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1037735>
- Mitchell, D. B., & Hauser-Cram, P. (2010). Early childhood predictors of mothers' and fathers' relationships with adolescents with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 487-500. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01268.x>

- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I., & Pena, A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, *13*(2), 297-310.
https://www.fundacioncadah.org/j289eghfd7511986_uploads/20120606_H9wFZ9h2YftQL84peS4H_0.pdf
- Moreira, R. S., Magalhães, L. C., & Alves, C. R. L. (2014). Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, *90*(2), 119-134. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.05.010>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Meyers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, *16*, 361-388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Mortensen, J. A., & Barnett, M. A. (2015). Teacher–Child Interactions in Infant/Toddler Child Care and Socioemotional Development. *Early Education and Development*, *26*(2), 209-229. <https://doi.org/10.1080/10409289.2015.985878>
- Muslow, M., Caldera, Y. M., Pursley, M., Reifman, A., & Huston, A. C. (2002). Multilevel factors influencing maternal stress during the first three years. *Journal of Marriage and the Family*, *64*, 944-956. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00944.x>
- 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.
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Neel, M., Stark, A., & Maitre, N. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, *44*, 507-515. <https://doi.org/10.1111/cch.12561>
- Oliveira, A. I. B. P. N. (2016). *Maternal Emotion Regulation, Reactions to Childrens' Negative Emotions and Youth's Adjustment* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de

- Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34045/1/ulfpie053047_tm_tese.pdf
- Paradise, J. L., Feldman, H. M., Colborn, D. K., Campbell, T. F., Dollaghan, C. A., Rockette, H. E., Janosky, J. E., Kurs-Lasky, M., Bernard, B. S., & Smith, C. G. (1999). Parental stress and parent-rated child behavior in relation to otitis media in the first three years of life. *Pediatrics*, *104*(6), 1264-1273. <https://doi.org/10.1542/peds.104.6.1264>
- Parkes, A., Sweeting, H., & Wight, D. (2015). Parenting stress and parent support among mothers with high and low education. *Journal of Family Psychology*, *29*(6), 907-918. <https://doi.org/10.1037/fam0000129>
- Pereira, A. I. (2009). Contextos Sociais da Infância: Relações Afetivas entre pais e filhos e Estilos Parentais Educativos. In A. I. Pereira (Ed.), *Crescer em Relação: Estilos Parentais Educativos, Apoio Social e Ajustamento. Estudo longitudinal com crianças em idade escolar* (pp. 159-242). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, A. I., Barros, L., Roberto, M. S., & Marques, T. (2015). Development of the Parent Emotion Regulation Scale (PERS): Factor Structure and Psychometric Qualities. *Journal of Child and Family Studies*, *26*, 3327-3338. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0847-9>
- Pereira, A. I., Canavarro, C., Cardoso, M., & Mendonça, D. (2009). Patterns of Parental Rearing Styles and Child Behaviour Problems among Portuguese School-Aged Children. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 454-464. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9249-3>
- Pereira, A. I., Goes, A. R., & Barros, L. (2015). *Promoção da Parentalidade Positiva. Intervenções Psicológicas com Pais de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Pérez-López, J., Rodríguez-Cano, R. A., Montealegre, M. P., Pérez-Lag, M., Perea, L. P., & Botella, L. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales infantiles percibidos por sus progenitores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 531-540.
https://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen1/INFAD_010123_531-540.pdf
- Pérez-Pereira, M., & Baños, L. (2019). Do healthy preterm children have behavior problems?. *Anales de Psicología*, 35(3), 397-404. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.332531>
- Pesonen, A. K., Raikkonen, K., Heinonen, K., Komsu, N., Jarvenpaa, A. L., & Strandberg, T. (2008). A transactional model of temperamental development: Evidence of a relationship between child temperament and maternal stress over five years. *Social Development*, 17, 326-340. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x>
- Pinto, R. F. J. O. (2020). *Determinantes parentais e problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras – estudo com mães de crianças entre os 4 e os 10 anos* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa].
Repositório da Universidade de Lisboa.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46564/1/ulfpie055789_tm.pdf
- Polic, B., Bubic, A., Mestrovic, J., Markic, J., Kovacevic, T., Juric, M., Tesija, R. A., Susnjar, H., & Kolcic, I. (2016). Late preterm birth is a strong predictor of maternal stress later in life: Retrospective cohort study in school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(6), 608-613. <https://doi.org/10.1111/jpc.13167>
- Potharst, E. S., Houtzager, B. A., Wassenaer, L. 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 & Child Development*, 24(5), 489-505. <https://doi.org/10.1002/icd.1898>

- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D., & Collins, W. A. (2008). Parenting Stress, Perceived Parenting Behaviors, and Adolescent Self-Concept in European American Families. *Journal of Family Psychology, 22*(5), 752-762. <https://doi.org/10.1037/a0013177>
- Roccella, M., Smirni, D., Smirni, P., Precenzano, F., Operto, F. F., Lanzara, V., Quatrosi, G., & Carotenuto, M. (2019). Parental Stress and Parental Ratings of Behavioral Problems of Enuretic Children. *Frontiers in Neurology, 10*(1054), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01054>
- Rogers, C. E., Lean, R. E., Wheelock, M. D., & Smyser, C. D. (2018). Aberrant structural and functional connectivity and neurodevelopmental impairment in preterm children. *Journal of Neurodevelopmental Disorders, 10*(38), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s11689-018-9253-x>
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet, 371*, 261-269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)
- Sajdel-Sulkowska, E. M., Makowska-Zubrycka, M., Czarzasta, K., Kasarello, K., Aggarwal, V., Bialy, M., Szczepanska-Sadowska, E., & Cudnoch-Jedrzejewska, A. (2019). Common Genetic Variants Link the Abnormalities in the Gut-Brain Axis in Prematurity and Autism. *The Cerebellum, 18*, 255-265. <https://doi.org/10.1007/s12311-018-0970-1>
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development, 18*, 65-79. <https://doi.org/10.1159/000271476>
- Sameroff, A., & Mackenzie, M. J. (2003). A Quarter-Century of the Transactional Model: How Have Things Changed?. *Zero to Three, 24*, 14-22.

<https://www.researchgate.net/publication/234679785> A Quarter-Century of the Transactional Model How Have Things Changed

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.

<https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>

Santos, C. M. J. P. (2019). *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* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/41572/1/ulfpie055215_tm.pdf

Santos, I. S., Barros, F. C., Munhoz, T., & Matijasevich, A. (2017). Gestational age at birth and behavioral problems from four to 11 years of age: birth cohort study. *BMC Pediatrics*, 17(184), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0936-3>

Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M., & Jongmans, M. (2013). Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 8(2), 1-16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054992>

Serbin, L. A., Kingdom, D., Ruttle, P. L., & Stack, D. M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27, 969-986.

<https://doi.org/10.1017/S0954579415000632>

Silva, I. M. S. (2016). *O Papel da Meta-emoção Parental na Competência Emocional de Crianças em Idade Escolar* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/85832>

- Singer, L. T., Fulton, S., Kirchner, L., Eisengart, S., Lewis, B., Short, E., Meeyoung, O., Kercksmar, C., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.012>
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of the American Medical Association*, *281*(9), 799-805. <https://doi.org/10.1001/jama.281.9.799>
- Smeekens, S., Riksen-Walraven, J. M., & van Bakel, H. J. A. (2007). Multiple Determinants of Externalizing Behavior in 5-Year-Olds: A Longitudinal Model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 347-361. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9095-y>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP]. (2014). *Dia Mundial da Prematuridade*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Spittle, A. J., Treyvaud, K., Doyle, L. W., Roberts, G., Lee, K. J., Inder, T. E., Cheong, J. L. Y., Hunt, R. W., Newnham, C. A., & Anderson, P. J. (2009). Early Emergence of Behavior and Social-Emotional Problems in Very Preterm Infants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 909-918. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181af8235>
- 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. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_3
- Streisand, R., Kazak, A. E., & Tercyak, K. P. (2003). Pediatric-specific parenting stress and family functioning in parents of children treated for cancer. *Children's Health Care*, *32*, 245-256. https://doi.org/10.1207/S15326888CHC3204_1

- Suttora, C., Spinelli, M., & Monzani, D. (2014). From prematurity to parenting *stress*: The mediating role of perinatal post-traumatic *stress* disorder. *European Journal of Developmental Psychology, 11*(4), 478-493.
<https://doi.org/10.1080/17405629.2013.859574>
- Tharner, A., Luijk, M. P. C. M., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2012). Infant Attachment, Parenting Stress, and Child Emotional and Behavioral Problems at Age 3 Years. *Parenting, 12*(4), 261-281. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.709150>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2010). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 21*(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 249-268). New York, NY: The Guilford Press.
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *The Journal of Pediatrics, 164*(3), 515-521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Tripp, G., Schaughency, E. A., Langlands, R., & Mouat, K. (2007). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 385-400.
<https://doi.org/10.1007/s10826-006-9093-2>
- Turpin, H., Urban, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports, 9*(459), 1-9.
<https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2>

- UNICEF, WHO, World Bank Group, & United Nations. (2020). *Levels and Trends in Mortality 2020*. <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>
- Vieira, M., & Linhares, M. (2011). Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool- and school-age. *Jornal de Pediatria*, 87(4), 281-291. <https://doi.org/10.2223/JPED.2096>
- Vierhaus, M., Lohaus, A., Schmitz, A., & Schoppmeier, M. (2013). Relationships between Maternal Parenting Stress and Reports on Children's Internalizing and Externalizing Problems: A Cross-Lagged Structural Equation Model. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3(1), 39-50. <https://doi.org/10.5539/jedp.v3n1p39>
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 715-730. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.5.715>
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283-302. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_2
- Wieland, N., & Baker, B. L. (2010). The role of marital quality and spousal support in behavior problems of children with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 620-633. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01293.x>
- Williams, J., Lee, K. J., & Anderson, P. J. (2009). Prevalence of motor-skill impairment in preterm children who do not develop cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(3), 232-237. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03544.x>

- Williford, A. P., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251-263. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9082-3>
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition*, 94(5), F339-F344. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146282>
- World Health Organization [WHO]. (2018, Fevereiro). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Medical Association [WMA]. (2018, Julho). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yaari, M., Rotzak, N. L., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Eventov-Friedman, S., Bar-Oz, B., Zucker, D., Shinar, O., & Yirmiya, N. (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant behavior & development*, 52, 56-65. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.05.008>

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado

FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PAIS

Variáveis parentais e perceção de problemas de comportamento da criança

- estudo com pais de crianças nascidas pré-termo

Caros pais

Vimos convidá-los a 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 vai realizar e pedimos que preencha, de acordo com as instruções, os questionários que lhe serão entregues.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e não vai influenciar o tratamento do seu filho. 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, utilizadas apenas para comunicação consigo. Aos questionários é atribuído um código de forma a que o seu nome ou o do seu filho não esteja presente em nenhum sítio. Os dados são tratados na globalidade, isto é, misturados com os de outros pais. A informação será, assim, tratada de forma anónima e apenas utilizada para fins da investigação relacionada com este estudo.

A quem se deve dirigir se tiver dúvidas?

Maria Leonor Ferreira – Gabinete de Psicologia Pediátrica HFF – (*e-mail*)

Margarida Custódio dos Santos – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa – (*e-mail*)

Compreendi a informação e **aceito participar**

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Anexo 2

E-mail convite enviado aos pais

“Caros pais,

Espero que se encontrem bem.

Sou a -----, já estivemos juntos num estudo anterior, e a Dr.^a ----- fez o favor de vos enviar um e-mail, pedindo a vossa autorização para este contacto.

Agradeço desde já essa autorização e venho convidar-vos para um novo estudo.

Neste momento estou, numa colaboração entre a Faculdade de Psicologia e o Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, a fazer um estudo sobre problemas de comportamento em crianças entre os 4 e os 10 anos, nascidas pré-termo.

Queremos com este estudo, perceber melhor os problemas de comportamento destas crianças e ajudar os pais a prevenir e/ou a gerir esses comportamentos.

A vossa participação será feita através do preenchimento de questionários, que vos poderão ser enviados pelo correio, incluindo, nesse envio, um envelope com a morada de retorno dos questionários preenchida e já selado. Se preferirem, poderemos enviar os questionários por email, pedido que sejam preenchidos e nos enviem digitalizados ou em fotografia.

Junto enviamos o consentimento informado, para que tenham uma ideia mais precisa sobre este estudo. Este consentimento deverá ser assinado por vós e reenviado digitalizado ou em fotografia.

Não temos muito para vos dar em troca da vossa generosa participação, mas conseguiremos, pelo menos, oferecer-vos o link para um *WEBINAR* que terá lugar em julho deste ano. Nesse *webinar*, serão apresentados os resultados do estudo e uma conferência com perguntas e respostas sobre "birras e outras coisas de difícil resposta - falamos com pais".

Se aceitarem o convite, por favor respondam a este mail com o consentimento informado assinado.

Estou ao vosso dispor para qualquer dúvida ou informação adicional.”

Anexo 3

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

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

Separado(a) ou divorciado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)

Situação laboral

Empregado(a)

Desempregado(a)

Nacionalidade _____

País de Origem _____

Nível Escolar

Sem a escolaridade mínima

Com a escolaridade mínima

Curso médio

Curso superior

Coabita com a criança ou está com ela mais do que uma vez por semana?

Sim

Não Quantas vezes está com o seu filho(a) durante a semana? _____

EM RELAÇÃO AO SEU FILHO(A)

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 Qual? _____

Anexo 4

Excerto do Questionário de Comportamentos da Criança para Pais (CBCL 1/2-5 e CBCL 6-18)

Questionário de Comportamentos da Criança para Pais – CBCL 1 ½ - 5 (Achenbach & Rescorla, 2000)

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 **2** se a afirmação é muito **verdadeira ou muitas vezes verdadeira** em relação à criança. 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**. Por favor, responda a todos os itens o melhor que possa, mesmo que alguns pareçam não se aplicar à criança.

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. (...)

Questionário de Comportamentos da Criança para Pais – CBCL 6-18 (Achenbach, 2001)

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) **é ou tem sido durante os últimos 6 meses**. Assinale **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira**. Assinale **1** se a afirmação é **de alguma forma ou algumas vezes verdadeira**. Se a descrição **não é verdadeira** em relação à criança, assinale **0**. Por favor, responda a todos os itens o melhor que possa, mesmo que alguns pareçam não se aplicar ao seu filho(a).

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 de que goste
6. (...)

Anexo 5

Excerto do Índice de Stress Parental (PSI)

Índice de Stress Parental (Abidin & Santos, 2003)

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, utilizando 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 dificuldade do que elas em se concentrar e em prestar atenção.
5. Entretém-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 eu esperava que fosse.
8. É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa.
9. Raramente faz coisas que me deixem contente.
10. Em geral, sinto que gosta de mim.
11. (...)

Anexo 6

Excerto da Escala de Regulação Emocional Parental (EREP)

EREP (Barros & Pereira, 2015)

Este questionário tem por objetivo conhecê-lo um pouco melhor como pai/mãe e como reage emocionalmente em situações relacionadas com o seu filho. Interessa-nos em particular compreender como reage e o que pensa quando você ou o seu filho estão perturbados, seja por se sentirem tristes, irritados, preocupados, ansiosos ou zangados. Por favor, pense no período atual e na relação com este 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 por compreender o que ele está a sentir.
5. Percebo rapidamente quando o meu filho está a ficar nervoso.
6. (...)

Anexo 7

Excerto do Questionário de Práticas Parentais (QPP)

Práticas Parentais – Questionário (Gaspar & Santos, 2008)

PROJECTO “OS ANOS INCRÍVEIS” – *University of Washington-Parenting Clinic*

Este questionário contém questões sobre as diferentes formas de educar as crianças e ensiná-las a distinguir entre o bem e o mal. 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 um 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.

2. (...)

Anexo 8

Excerto da escala Reações Parentais Negativas às Emoções da Criança (CCNES)

Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (Alves & Cruz, 2011)

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. até g.) um círculo à volta do número (1 até 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:
 - a. Mando-o ir para o quarto para se acalmar.
 - b. Zango-me com ele/a.
 - c. Ajudo-o/a a pensar numa forma de ainda estar com os amigos (por exemplo, convidar alguns amigos para irem lá para casa).
 - d. Não lhe respondo enquanto ele/a está zangado/a.
 - e. Digo-lhe para não dar tanta importância ao assunto.
 - f. Encorajo-o/a a expressar os seus sentimentos de zanga e frustração.
 - g. Acalmo-o/a, faço alguma coisa divertida para que se sinta melhor.

2. (...)

Anexo 9

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

Anexo 10

Adenda de Prorrogação do Prazo do Estudo no Hospital



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 140/2020

TIPO DE ESTUDO: ADENDA

Adenda ao estudo: **PRORROGAÇÃO DO PRAZO 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 nascidas prematuras”

Após reunião de 16 de Dezembro de 2020, estando de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável.

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 Dezembro de 2020:

| | |
|-----------------|----------------------|
| Presidente | Dr.ª Teresa Brandão |
| Vice Presidente | Dr.ª Carla Carneiro |
| Vogais | Dr. Pedro Laranjeira |
| | Dr. José Tomé |
| | Dr. Vasco Rodrigues |
| | Enf.ª Helena Cardoso |
| | Pe. Pedro Monteiro |

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 Dezembro de 2020, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética

Dr.ª Teresa Brandão
PROFESSORA
FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416

Anexo 11

Análise das diferenças entre variáveis para o Objetivo Específico 6

Anexo 11.1.

Teste Paramétrico *t* para as diferenças na CBCL entre as faixas etárias maternas

| Escala | < 40 anos (<i>n</i> = 35) | | ≥ 40 anos (<i>n</i> = 35) | | <i>t</i> (68) | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|---------------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | |
| I | 52,89 | 9,88 | 56,09 | 10,41 | -1,32 | 0,192 | -0,32 |
| E | 51,11 | 12,06 | 51,40 | 10,47 | -0,11 | 0,916 | -0,03 |
| TP | 52,54 | 10,63 | 53,66 | 12,02 | -0,41 | 0,682 | -0,10 |

Nota. *N* = 70. I = Internalização; E = Externalização; TP = Total de Problemas.

Anexo 11.2.

Teste Paramétrico *t* para as diferenças na CBCL entre as habilitações literárias maternas

| Escala | Sem e Com Mínima (<i>n</i> = 29) | | Curso Médio e Superior (<i>n</i> = 41) | | <i>t</i> (68) | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------|--------------------------------------|-----------|--|-----------|---------------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | |
| I | 59,31 | 8,57 | 51,07 | 9,97 | 3,61 | <0,001** | 0,88 |
| E | 54,45 | 10,74 | 49,00 | 11,12 | 2,05 | 0,044* | 0,50 |
| TP | 57,62 | 9,26 | 49,90 | 11,58 | 2,98 | 0,004** | 0,72 |

Nota. *N* = 70. I = Internalização; E = Externalização; TP = Total de Problemas.

p* < 0,05. *p* < 0,01.

Anexo 11.3.

Teste Paramétrico *t* para as diferenças na CBCL entre o sexo das crianças

| Escala | Masculino (<i>n</i> = 34) | | Feminino (<i>n</i> = 36) | | <i>t</i> (68) | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------|-------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|---------------|----------|-------------------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | |
| I | 57,35 | 57,35 | 51,78 | 8,91 | 2,36 | 0,021* | 0,56 |
| E | 54,68 | 54,68 | 48,03 | 10,52 | 2,58 | 0,012* | 0,62 |
| TP | 56,15 | 56,15 | 50,22 | 10,05 | 2,26 | 0,027* | 0,54 |

Nota. *N* = 70. I = Internalização; E = Externalização; TP = Total de Problemas.

p* < 0,05. *p* < 0,01.

Anexo 11.4.*Teste Paramétrico t para as diferenças na CBCL entre as crianças de idade pré-escolar e escolar*

| Escala | 4 aos 5 anos | | 6 aos 10 anos | | <i>t</i> (68) | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------|--------------|-----------|---------------|-----------|---------------|----------|-------------------|
| | (n = 27) | | (n = 43) | | | | |
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | |
| I | 52,96 | 8,39 | 55,44 | 11,18 | -0,99 | 0,326 | -0,24 |
| E | 49,52 | 9,50 | 52,35 | 12,15 | -1,03 | 0,307 | -0,25 |
| TP | 51,11 | 8,74 | 54,35 | 12,55 | -1,17 | 0,245 | -0,29 |

Nota. N = 70. I = Internalização; E = Externalização; TP = Total de Problemas.**Anexo 11.5.***Teste Paramétrico t para as diferenças na CBCL entre as diferentes IG das crianças*

| Escala | < 32 | | ≥ 32 | | <i>t</i> (68) | <i>p</i> | <i>d</i> de Cohen |
|--------|----------|-----------|----------|-----------|---------------|----------|-------------------|
| | (n = 36) | | (n = 34) | | | | |
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | | |
| I | 52,78 | 8,00 | 56,29 | 11,97 | -1,44 | 0,156 | -0,35 |
| E | 48,17 | 9,66 | 54,53 | 11,84 | -2,46 | 0,017* | -0,59 |
| TP | 50,47 | 9,04 | 55,88 | 12,80 | -2,05 | 0,044* | -0,49 |

Nota. N = 70. I = Internalização; E = Externalização; TP = Total de Problemas.**p* < 0,05. ***p* < 0,01.

Anexo 11.6.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no PSI entre as faixas etárias maternas

| Escala | < 40 anos (n = 35) | | | ≥ 40 anos (n = 35) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|-----------------------|-------|-------|-----------------------|-------|-------|-------|--------|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| DC | 120,71 | 24,46 | | 118,14 | 19,09 | | 0,49 | | 0,626 | 0,12 |
| D/H | 21,26 | 7,03 | | 21,06 | 5,66 | | 0,13 | | 0,896 | 0,03 |
| H | 9,31 | 3,71 | | 7,80 | 2,77 | | 1,94 | | 0,057 | 0,46 |
| A | 15,91 | 5,73 | | 15,63 | 5,44 | | 0,21 | | 0,831 | 0,05 |
| M | 25,17 | 7,14 | | 24,20 | 5,50 | | 0,64 | | 0,526 | 0,15 |
| E | | | 14,71 | | | 14,40 | | 549,00 | 0,452 | |
| DP | 111,66 | 26,27 | | 111,09 | 27,56 | | 0,09 | | 0,930 | 0,02 |
| SC | 26,31 | 8,67 | | 24,37 | 6,62 | | 1,05 | | 0,296 | 0,25 |
| RP | 17,51 | 6,31 | | 17,43 | 6,34 | | 0,06 | | 0,955 | 0,01 |
| D | 18,77 | 5,77 | | 18,80 | 6,04 | | -0,02 | | 0,984 | -0,01 |
| RM/M | 14,69 | 5,08 | | 16,29 | 5,44 | | -1,27 | | 0,208 | -0,30 |
| IS | 13,03 | 5,44 | | 12,66 | 5,02 | | 0,37 | | 0,715 | 0,09 |
| V | 9,09 | 2,48 | | 8,77 | 2,60 | | 0,52 | | 0,606 | 0,12 |
| TS | 232,37 | 47,16 | | 229,23 | 41,49 | | 0,30 | | 0,768 | 0,07 |

Nota. N = 70. DC = Domínio da Criança; D/H = Distração/Hiperatividade; H = Humor; A = Aceitação; M = Maleabilidade; E = Exigências; DP = Domínio dos Pais; SC = Sentido de Competência; RP = Restrição de Papel; D = Depressão; RM/M = Relação Marido/Mulher; IS = Isolamento Social; V = Vinculação; TS = Total de Stress.

Anexo 11.7.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no PSI entre as habilitações literárias maternas

| Escala | Sem e Com Mínima (n = 29) | | | Curso Médio e Superior (n = 41) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|------------------------------|-------|-------|------------------------------------|-------|-------|-------|--------|----------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| DC | 127,34 | 21,10 | | 113,83 | 20,79 | | 2,66 | | 0,010** | 0,65 |
| D/H | | | | | | | 1,53 | | 0,132 | 0,37 |
| H | 8,97 | 3,40 | | 8,27 | 3,31 | | 0,86 | | 0,393 | 0,21 |
| A | 17,93 | 5,68 | | 14,24 | 4,98 | | 2,88 | | 0,005** | 0,70 |
| M | 27,24 | 6,56 | | 22,88 | 5,59 | | 3,00 | | 0,004** | 0,73 |
| E | | | 17,00 | | | 14,00 | | 447,00 | 0,076 | |
| DP | 117,66 | 27,75 | | 106,93 | 25,38 | | 1,68 | | 0,098 | 0,41 |
| SC | 25,69 | 7,72 | | 25,10 | 7,81 | | 0,31 | | 0,755 | 0,08 |
| RP | 17,86 | 6,59 | | 17,20 | 6,12 | | 0,44 | | 0,665 | 0,11 |
| D | 20,28 | 6,34 | | 17,73 | 5,32 | | 1,82 | | 0,073 | 0,44 |
| RM/M | 16,38 | 5,56 | | 14,85 | 5,06 | | 1,19 | | 0,237 | 0,29 |
| IS | 14,86 | 4,22 | | 11,41 | 3,62 | | 3,66 | | <0,001** | 0,89 |
| V | | | 9,00 | | | 8,00 | | 490,50 | 0,210 | |
| TS | 245,00 | 43,11 | | 220,76 | 42,51 | | 2,34 | | 0,022* | 0,57 |

Nota. N = 70. DC = Domínio da Criança; D/H = Distração/Hiperatividade; H = Humor; A = Aceitação; M = Maleabilidade; E = Exigências; DP = Domínio dos Pais; SC = Sentido de Competência; RP = Restrição de Papel; D = Depressão; RM/M = Relação Marido/Mulher; IS = Isolamento Social; V = Vinculação; TS = Total de Stress.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.8.*Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no PSI entre o sexo das crianças*

| Escalas | Masculino (n = 34) | | | Feminino (n = 36) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|-----------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|-------|--------|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| DC | 121,21 | 21,70 | | 117,75 | 22,10 | | 0,66 | | 0,512 | 0,16 |
| D/H | 21,12 | 6,33 | | 21,19 | 6,42 | | -0,50 | | 0,960 | -0,01 |
| H | 8,26 | 3,13 | | 8,83 | 3,55 | | -0,71 | | 0,480 | -0,17 |
| A | 16,38 | 5,14 | | 15,19 | 5,93 | | 0,89 | | 0,375 | 0,21 |
| M | 25,29 | 6,60 | | 24,11 | 6,12 | | 0,78 | | 0,439 | 0,19 |
| E | | | 14,88 | | | 14,00 | | 539,00 | 0,387 | |
| DP | 113,18 | 30,99 | | 109,67 | 22,28 | | 0,55 | | 0,587 | 0,13 |
| SC | 25,29 | 8,11 | | 25,39 | 7,45 | | -0,51 | | 0,960 | -0,01 |
| RP | 17,41 | 7,16 | | 17,52 | 5,41 | | -0,07 | | 0,940 | -0,02 |
| D | 19,18 | 7,01 | | 18,41 | 4,58 | | 0,53 | | 0,596 | 0,13 |
| RM/M | 15,35 | 5,40 | | 15,61 | 5,26 | | -0,20 | | 0,840 | -0,05 |
| IS | 13,62 | 5,13 | | 12,11 | 3,00 | | 1,49 | | 0,143 | 0,36 |
| V | | | 9,00 | | | 7,83 | | 529,00 | 0,327 | |
| TS | 234,38 | 48,35 | | 227,42 | 40,11 | | 0,66 | | 0,513 | 0,16 |

Nota. N = 70. DC = Domínio da Criança; D/H = Distração/Hiperatividade; H = Humor; A = Aceitação; M = Maleabilidade; E = Exigências; DP = Domínio dos Pais; SC = Sentido de Competência; RP = Restrição de Papel; D = Depressão; RM/M = Relação Marido/Mulher; IS = Isolamento Social; V = Vinculação; TS = Total de *Stress*.

Anexo 11.9.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no PSI entre as crianças de idade pré-escolar e escolar

| Escala | 4 aos 5 anos (n = 27) | | | 6 aos 10 anos (n = 43) | | | t(68) | U | p | d de Coher |
|--------|--------------------------|-------|-------|---------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| DC | 116,56 | 21,52 | | 121,23 | 22,06 | | -0,87 | | 0,631 | -0,21 |
| D/H | 20,22 | 5,65 | | 21,74 | 6,72 | | -0,98 | | 0,331 | -0,24 |
| H | 8,22 | 3,24 | | 8,77 | 3,42 | | -0,66 | | 0,510 | -0,16 |
| A | 14,59 | 5,34 | | 16,51 | 5,61 | | -1,42 | | 0,161 | -0,35 |
| M | 24,22 | 4,85 | | 24,98 | 7,16 | | -0,48 | | 0,387 | -0,12 |
| E | | | 14,00 | | | 14,00 | | 594,00 | 0,870 | |
| DP | 108,04 | 23,53 | | 113,47 | 28,62 | | -0,83 | | 0,412 | -0,20 |
| SC | 25,26 | 8,96 | | 25,40 | 6,94 | | -0,07 | | 0,943 | -0,02 |
| RP | 16,37 | 4,86 | | 18,16 | 6,99 | | -1,17 | | 0,248 | -0,29 |
| D | 18,04 | 5,57 | | 19,26 | 6,05 | | -0,85 | | 0,401 | -0,21 |
| RM/M | 13,70 | 4,69 | | 16,60 | 5,39 | | -2,30 | | 0,024* | -0,57 |
| IS | 13,26 | 3,63 | | 12,58 | 4,56 | | 0,65 | | 0,516 | 0,16 |
| V | 8,96 | 2,21 | | 8,91 | 2,73 | | 0,09 | | 0,929 | 0,02 |
| TS | 224,59 | 40,97 | | 234,70 | 46,03 | | -0,93 | | 0,355 | -0,23 |

Nota. N = 70. DC = Domínio da Criança; D/H = Distração/Hiperatividade; H = Humor; A = Aceitação; M = Maleabilidade; E = Exigências; DP = Domínio dos Pais; SC = Sentido de Competência; RP = Restrição de Papel; D = Depressão; RM/M = Relação Marido/Mulher; IS = Isolamento Social; V = Vinculação; TS = Total de *Stress*.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Anexo 11.10.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no PSI entre as diferentes IG das crianças

| Escalas | < 32 (n = 36) | | | ≥ 32 (n = 34) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|-------|--------|-------|---------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| DC | 116,83 | 18,62 | | 122,18 | 24,75 | | -1,02 | | 0,309 | -0,25 |
| D/H | 20,53 | 5,12 | | 21,82 | 7,43 | | -0,85 | | 0,396 | -0,20 |
| H | 8,06 | 2,84 | | 9,09 | 3,77 | | -1,30 | | 0,198 | -0,31 |
| A | 14,78 | 4,92 | | 16,82 | 6,05 | | -1,56 | | 0,124 | -0,37 |
| M | 23,89 | 4,35 | | 25,53 | 7,91 | | -1,08 | | 0,283 | -0,26 |
| E | | | 14,00 | | | 15,50 | | 748,00 | 0,107 | |
| DP | 107,69 | 25,03 | | 115,26 | 28,26 | | -1,19 | | 0,239 | -0,28 |
| SC | 23,89 | 6,52 | | 26,88 | 8,65 | | -1,64 | | 0,105 | -0,39 |
| RP | 16,22 | 6,19 | | 18,79 | 6,18 | | -1,74 | | 0,087 | -0,42 |
| D | 18,44 | 5,74 | | 19,15 | 6,05 | | -0,50 | | 0,620 | -0,12 |
| RM/M | 15,36 | 4,74 | | 15,62 | 5,88 | | -0,20 | | 0,841 | -0,05 |
| IS | 12,47 | 3,82 | | 13,24 | 4,62 | | -0,76 | | 0,453 | -0,18 |
| V | 8,78 | 2,23 | | 9,09 | 2,83 | | -0,51 | | 0,611 | -0,12 |
| TS | 224,53 | 38,33 | | 237,44 | 49,22 | | -1,23 | | 0,224 | -0,29 |

Nota. N = 70. DC = Domínio da Criança; D/H = Distração/Hiperatividade; H = Humor; A = Aceitação; M = Maleabilidade; E = Exigências; DP = Domínio dos Pais; SC = Sentido de Competência; RP = Restrição de Papel; D = Depressão; RM/M = Relação Marido/Mulher; IS = Isolamento Social; V = Vinculação; TS = Total de *Stress*.

Anexo 11.11.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças na EREP entre as faixas etárias maternas

| Escalas | < 40 anos (n = 35) | | | ≥ 40 anos (n = 35) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|-----------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|--------|-------|---------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| OE | | | 3,60 | | | 3,80 | | 613,50 | 0,990 | |
| EE | 2,12 | 0,94 | | 1,90 | 1,03 | | 0,95 | | 0,347 | 0,23 |
| FCE | 1,18 | 0,69 | | 1,06 | 0,68 | | 0,73 | | 0,466 | 0,18 |

Nota. N = 70; OE = Orientação para as Emoções da criança; EE = Evitamento das Emoções da criança; FCE = Falta de Controlo Emocional.

Anexo 11.12.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças na EREP entre as habilitações literárias maternas

| Escala | Sem e Com Mínima (n = 29) | | | Curso Médio e Superior (n = 41) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|------------------------------|------|-----|------------------------------------|------|-----|-------|---|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| | OE | | | 3,80 | | | | | | |
| EE | 2,16 | 0,91 | | 1,91 | 1,04 | | 1,02 | | 0,311 | 0,248 |
| FCE | 1,19 | 0,75 | | 1,07 | 0,63 | | 0,72 | | 0,473 | 0,175 |

Nota. N = 70; OE = Orientação para as Emoções da criança; EE = Evitamento das Emoções da criança; FCE = Falta de Controlo Emocional.

Anexo 11.13.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças na EREP entre o sexo das crianças

| Escala | Masculino (n = 34) | | | Feminino (n = 36) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|-----------------------|------|------|----------------------|------|------|--------|-------|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| | OE | | | 3,70 | | | | | | |
| EE | | | 2,17 | | | 2,00 | 552,00 | 0,480 | | |
| FCE | 1,24 | 0,67 | | 1,02 | 0,69 | | 1,35 | | 0,182 | 0,322 |

Nota. N = 70. OE = Orientação para as Emoções da criança; EE = Evitamento das Emoções da criança; FCE = Falta de Controlo Emocional.

Anexo 11.14.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças na EREP entre as crianças de idade pré-escolar e escolar

| Escala | 4 aos 5 anos (n = 27) | | | 6 aos 10 anos (n = 43) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|--------------------------|------|-----|---------------------------|------|-----|-------|---|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| | OE | | | 3,80 | | | | | | |
| EE | 1,93 | 0,96 | | 2,06 | 1,01 | | -0,53 | | 0,596 | -0,13 |
| FCE | 0,99 | 0,63 | | 1,21 | 0,71 | | -1,35 | | 0,183 | -0,33 |

Nota. N = 70. OE = Orientação para as Emoções da criança; EE = Evitamento das Emoções da criança; FCE = Falta de Controlo Emocional.

Anexo 11.15.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças na EREP entre as diferentes IG das crianças

| Escala | < 32 (n = 36) | | | ≥ 32 (n = 34) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|------------------|------|------|------------------|------|------|-------|--------|----------|---------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| OE | | | 3,80 | | | 3,60 | | 496,00 | 0,165 | |
| EE | 1,92 | 1,02 | | 2,11 | 0,96 | | -0,83 | | 0,410 | -0,20 |
| FCE | 0,86 | 0,59 | | 1,41 | 0,66 | | -3,67 | | <0,001** | -0,88 |

Nota. N = 70. OE = Orientação para as Emoções da criança; EE = Evitamento das Emoções da criança; FCE = Falta de Controlo Emocional.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.16.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no QPP entre as faixas etárias maternas

| Escala | < 40 anos (n = 35) | | | ≥ 40 anos (n = 35) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|-----------------------|------|------|-----------------------|------|------|-------|--------|---------|---------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| PP | 3,52 | 0,26 | | 3,44 | 0,52 | | 1,48 | | 0,143 | 0,35 |
| DA | 3,46 | 0,52 | | 3,35 | 0,46 | | 0,95 | | 0,345 | 0,23 |
| DVP | | | 3,75 | | | 3,50 | | 382,50 | 0,007** | |
| EC | 2,15 | 0,65 | | 2,08 | 0,57 | | 0,46 | | 0,650 | 0,11 |
| PN | 2,40 | 0,46 | | 2,32 | 0,44 | | 0,65 | | 0,516 | 0,16 |
| DRI | 2,60 | 0,53 | | 2,53 | 0,47 | | 0,62 | | 0,535 | 0,15 |
| PF | | | 1,50 | | | 1,67 | | 643,00 | 0,718 | |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Apropriada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.17.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no QPP entre as habilitações literárias maternas

| Escalas | Sem e Com Mínima (n = 29) | | | Curso Médio e Superior (n = 41) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|------------------------------|------|------|------------------------------------|------|------|-------|--------|-------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| PP | 3,45 | 0,26 | | 3,50 | 0,23 | | -0,71 | | 0,480 | -0,17 |
| DA | 3,32 | 0,53 | | 3,47 | 0,46 | | -1,26 | | 0,213 | -0,31 |
| DVP | | | 3,50 | | | 3,63 | | 683,50 | 0,287 | |
| EC | 2,21 | 0,61 | | 2,05 | 0,61 | | 1,07 | | 0,287 | 0,26 |
| PN | 2,46 | 0,47 | | 2,29 | 0,43 | | 1,63 | | 0,108 | 0,40 |
| DRI | 2,64 | 0,53 | | 2,51 | 0,47 | | 1,15 | | 0,256 | 0,28 |
| PF | | | 1,67 | | | 1,33 | | 432,00 | 0,051 | |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Adequada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

Anexo 11.18.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no QPP entre o sexo das crianças

| Escalas | Masculino (n = 34) | | | Feminino (n = 36) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|-----------------------|------|------|----------------------|------|------|-------|--------|--------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| PP | 3,50 | 0,26 | | 3,46 | 0,23 | | 0,63 | | 0,531 | 0,15 |
| DA | 3,49 | 0,51 | | 3,32 | 0,47 | | 1,40 | | 0,165 | 0,34 |
| DVP | | | 3,50 | | | 3,63 | | 687,00 | 0,377 | |
| EC | 2,26 | 0,64 | | 1,98 | 0,55 | | 1,92 | | 0,060 | 0,46 |
| PN | 2,49 | 0,49 | | 2,24 | 0,37 | | 2,42 | | 0,018* | 0,58 |
| DRI | 2,71 | 0,51 | | 2,42 | 0,45 | | 2,48 | | 0,016* | 0,59 |
| PF | | | 1,67 | | | 1,58 | | 574,50 | 0,657 | |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Adequada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Anexo 11.19.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no QPP entre as crianças de idade pré-escolar e escolar

| Escala | 4 aos 5 anos (n = 27) | | | 6 aos 10 anos (n = 43) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|--------------------------|------|------|---------------------------|------|------|-------|--------|----------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| PP | 3,49 | 0,26 | | 3,48 | 0,24 | | 0,17 | | 0,866 | 0,04 |
| DA | 3,35 | 0,49 | | 3,44 | 0,49 | | -0,81 | | 0,420 | -0,20 |
| DVP | | | 3,88 | | | 3,38 | | 273,50 | <0,001** | |
| EC | 1,98 | 0,68 | | 2,20 | 0,55 | | -1,46 | | 0,149 | -0,36 |
| PN | 2,36 | 0,36 | | 2,36 | 0,50 | | -0,03 | | 0,976 | -0,01 |
| DRI | 2,61 | 0,44 | | 2,53 | 0,53 | | 0,59 | | 0,559 | 0,14 |
| PF | | | 1,50 | | | 1,67 | | 650,00 | 0,398 | |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Adequada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.20.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças no QPP entre as diferentes IG das crianças

| Escala | < 32 (n = 36) | | | ≥ 32 (n = 34) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|------------------|------|------|------------------|------|------|-------|--------|---------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| PP | 3,46 | 0,25 | | 3,50 | 0,24 | | -0,61 | | 0,546 | -0,15 |
| DA | 3,39 | 0,52 | | 3,42 | 0,47 | | -0,30 | | 0,767 | -0,07 |
| DVP | 3,66 | 0,46 | | 3,58 | 0,69 | | 0,57 | | 0,573 | 0,14 |
| EC | 2,12 | 0,63 | | 2,11 | 0,59 | | 0,02 | | 0,984 | 0,01 |
| PN | 2,20 | 0,34 | | 2,53 | 4,49 | | -3,34 | | 0,001** | -0,80 |
| DRI | 2,42 | 0,40 | | 2,72 | 0,55 | | -2,63 | | 0,011* | -0,63 |
| PF | | | 1,42 | | | 1,75 | | 807,00 | 0,021* | |

Nota. N = 70. PP = Parentalidade Positiva; DA = Disciplina Adequada; DVP = Disciplina Verbal Positiva; EC = Expectativas Claras; PN = Parentalidade Negativa; DRI = Disciplina Rígida e Inconsistente; PF = Punição Física.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.21.

Teste Não Paramétrico U de Mann-Whitney para as diferenças da CCNES entre as faixas etárias maternas

| Escala | < 40 anos | ≥ 40 anos | U | p |
|--------|-----------|-----------|--------|---------|
| | (n = 35) | (n = 35) | | |
| | Med | Med | | |
| RPN | 2,06 | 2,02 | 582,50 | 0,724 |
| A | 2,00 | 1,92 | 617,00 | 0,958 |
| P | 2,00 | 1,83 | 528,50 | 0,323 |
| M | 3,00 | 3,17 | 616,00 | 0,967 |
| I | 1,58 | 1,50 | 619,50 | 0,934 |
| RPC | 6,06 | 5,33 | 350,00 | 0,002** |
| CP | 6,08 | 5,50 | 383,50 | 0,007** |
| E | 5,50 | 4,75 | 352,00 | 0,002** |
| CE | 6,25 | 5,50 | 374,00 | 0,005** |

Nota. N = 70. RPN = Reações Parentais Negativas; A = Aborrecimento; P = Punição; M = Minimização; I = Ignorar a criança; RPC = Reações Parentais Construtivas; CP = Centrada no Problema; E = Encorajamento; CE = Centrada na Emoção. *p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.22.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças da CCNES entre as habilitações literárias maternas

| Escala | Sem e Com Mínima | | | Curso Médio e Superior | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|--------|------------------|------|------|------------------------|------|------|--------|--------|-------|------------|
| | (n = 29) | | | (n = 41) | | | | | | |
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| RPN | | | 2,06 | | | 2,15 | | 606,00 | 0,891 | |
| A | | | 1,83 | | | 2,00 | | 540,50 | 0,519 | |
| P | | | 1,83 | | | 2,00 | | 605,00 | 0,900 | |
| M | 3,15 | 1,19 | | 3,22 | 0,94 | | -0,281 | | 0,780 | -0,068 |
| I | | | 1,50 | | | 1,50 | | 640,00 | 0,586 | |
| RPC | | | 5,69 | | | 5,61 | | 565,50 | 0,729 | |
| CP | | | 5,83 | | | 5,83 | | 599,50 | 0,952 | |
| E | | | 5,00 | | | 5,17 | | 616,00 | 0,798 | |
| CE | | | 6,08 | | | 5,83 | | 555,00 | 0,637 | |

Nota. N = 70. RPN = Reações Parentais Negativas; A = Aborrecimento; P = Punição; M = Minimização; I = Ignorar a criança; RPC = Reações Parentais Construtivas; CP = Centrada no Problema; E = Encorajamento; CE = Centrada na Emoção.

Anexo 11.23.*Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças da CCNES entre o sexo das crianças*

| Escalas | Masculino | | | Feminino | | | t(68) | U(68) | p | d de Cohen |
|---------|-----------|------|------|----------|------|------|-------|--------|-------|------------|
| | (n = 34) | | | (n = 36) | | | | | | |
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| RPN | | | 2,04 | | | 2,07 | | 565,00 | 0,581 | |
| A | | | 1,79 | | | 2,04 | | 615,50 | 0,967 | |
| P | | | 2,00 | | | 2,00 | | 529,00 | 0,328 | |
| M | 3,31 | 1,10 | | 3,08 | 0,98 | | 0,92 | | 0,363 | 0,22 |
| I | | | 1,42 | | | 1,58 | | 666,50 | 0,521 | |
| RPC | | | 5,71 | | | 5,60 | | 560,00 | 0,541 | |
| CP | | | 5,83 | | | 5,83 | | 530,50 | 0,338 | |
| E | | | 5,00 | | | 5,13 | | 615,50 | 0,967 | |
| CE | | | 6,04 | | | 5,79 | | 541,50 | 0,407 | |

Nota. N = 70. RPN = Reações Parentais Negativas; A = Aborrecimento; P = Punição; M = Minimização; I = Ignorar a criança; RPC = Reações Parentais Construtivas; CP = Centrada no Problema; E = Encorajamento; CE = Centrada na Emoção.

Anexo 11.24.*Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças da CCNES entre as crianças de idade pré-escolar e escolar*

| Escalas | 4 aos 5 anos | | | 6 aos 10 anos | | | t(58) | U(68) | p | d de Cohen |
|---------|--------------|------|------|---------------|------|------|-------|--------|--------|------------|
| | (n = 27) | | | (n = 43) | | | | | | |
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| RPN | | | 2,02 | | | 2,15 | | 620,50 | 0,629 | |
| A | | | 1,75 | | | 2,08 | | 661,50 | 0,328 | |
| P | | | 2,00 | | | 2,00 | | 555,50 | 0,762 | |
| M | 3,11 | 1,00 | | 3,25 | 1,07 | | -0,56 | | 0,581 | -0,13 |
| I | | | 1,50 | | | 1,50 | | 587,00 | 0,937 | |
| RPC | | | 5,81 | | | 5,44 | | 416,00 | 0,047* | |
| CP | | | 6,00 | | | 5,75 | | 428,50 | 0,066 | |
| E | | | 5,17 | | | 5,00 | | 462,50 | 0,154 | |
| CE | | | 6,17 | | | 5,67 | | 438,00 | 0,085 | |

Nota. N = 70. RPN = Reações Parentais Negativas; A = Aborrecimento; P = Punição; M = Minimização; I = Ignorar a criança; RPC = Reações Parentais Construtivas; CP = Centrada no Problema; E = Encorajamento; CE = Centrada na Emoção. *p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 11.25.

Teste Paramétrico t e Não Paramétrico U para as diferenças da CCNES entre as diferentes IG das crianças

| Escalas | < 32 (n = 36) | | | ≥ 32 (n = 34) | | | t(68) | U | p | d de Cohen |
|---------|------------------|------|------|------------------|------|------|-------|--------|---------|------------|
| | M | DP | Med | M | DP | Med | | | | |
| RPN | | | 1,94 | | | 2,26 | | 785,00 | 0,042* | |
| A | | | 1,75 | | | 2,17 | | 791,50 | 0,035* | |
| P | | | 1,71 | | | 2,29 | | 853,00 | 0,005** | |
| M | 2,93 | 0,80 | | 3,47 | 1,19 | | -2,22 | | 0,030* | -0,53 |
| I | | | 1,50 | | | 1,54 | | 634,50 | 0,791 | |
| RPC | | | 5,42 | | | 5,72 | | 674,50 | 0,463 | |
| CP | | | 5,67 | | | 5,96 | | 695,50 | 0,326 | |
| E | | | 4,96 | | | 5,38 | | 667,00 | 0,518 | |
| CE | | | 5,83 | | | 6,17 | | 664,50 | 0,537 | |

Nota. N = 70. RPN = Reações Parentais Negativas; A = Aborrecimento; P = Punição; M = Minimização; I = Ignorar a criança; RPC = Reações Parentais Construtivas; CP = Centrada no Problema; E = Encorajamento; CE = Centrada na Emoção.

*p < 0,05. **p < 0,01.

Anexo 12

Modelos de Regressão Linear Múltipla Stepwise para o Objetivo Específico 9

Anexo 12.1.

Regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente problemas de internalização

| Preditores | ΔR^2 | ΔF | β | t | p |
|---|--------------|------------|---------|-------|------------|
| Passo 1: Variáveis sociodemográficas das crianças | 0,08 | 5,57 | | | 0,021* |
| Sexo da criança | | | -0,28 | -2,36 | 0,021* |
| Passo 2: Variáveis sociodemográficas maternas | 0,12 | 10,05 | | | 0,002*** |
| Sexo da criança | | | -0,19 | -1,73 | 0,089 |
| Habilitações literárias maternas | | | -0,36 | -3,17 | 0,002*** |
| Passo 3: Práticas Parentais (QPP) | 0,07 | 6,69 | | | 0,012* |
| Sexo da criança | | | -0,12 | -1,10 | 0,276 |
| Habilitações literárias maternas | | | -0,32 | -2,91 | 0,005*** |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,28 | 2,59 | 0,012* |
| Passo 4: <i>Stress</i> Parental no Domínio dos Pais (PSI) | 0,12 | 12,17 | | | <0,001**** |
| Sexo da criança | | | -0,16 | -1,56 | 0,124 |
| Habilitações literárias maternas | | | -0,26 | -2,54 | 0,013* |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,10 | 0,90 | 0,374 |
| Depressão (PSI) | | | 0,39 | 3,49 | <0,001**** |
| Passo 5: <i>Stress</i> Parental no Domínio da Criança (PSI) | 0,09 | 10,78 | | | 0,002*** |
| Sexo da criança | | | -0,16 | -1,69 | 0,096 |
| Habilitações literárias maternas | | | -0,17 | -1,75 | 0,085 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,08 | 0,76 | 0,451 |
| Depressão (PSI) | | | 0,25 | 2,25 | 0,028* |
| Maleabilidade (PSI) | | | 0,35 | 3,28 | 0,002*** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$.

Anexo 12.2.

Regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente problemas de externalização

| Preditores | ΔR^2 | ΔF | β | t | p |
|---|--------------|------------|---------|-------|--------------------|
| Passo 1: Variáveis sociodemográficas das crianças | 0,09 | 6,65 | | | 0,012* |
| Sexo da criança | | | -2,58 | -2,58 | 0,012* |
| Passo 2: Variáveis sociodemográficas das crianças | 0,07 | 5,30 | | | 0,024* |
| Sexo da criança | | | -0,26 | -2,31 | 0,024* |
| IG em semanas | | | 0,26 | 2,30 | 0,024* |
| Passo 3: Autorregulação Parental (EREP) | 0,10 | 9,17 | | | 0,004*** |
| Sexo da criança | | | -0,22 | -2,05 | 0,044* |
| IG em semanas | | | 0,16 | 1,38 | 0,172 |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | 0,34 | 3,03 | 0,004*** |
| Passo 4: Práticas Parentais (QPP) | 0,14 | 14,62 | | | <0,001**** |
| Sexo da criança | | | -0,13 | -1,31 | 0,194 |
| IG em semanas | | | 0,15 | 1,43 | 0,159 |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | 0,07 | 0,53 | 0,595 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,48 | 3,82 | <0,001**** |
| Passo 5: <i>Stress</i> Parental no Domínio dos Pais (PSI) | 0,08 | 10,02 | | | 0,002*** |
| Sexo da criança | | | -0,15 | -1,58 | 0,118 |
| IG em semanas | | | 0,22 | 2,23 | 0,029* |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | -0,07 | -0,59 | 0,560 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,38 | 3,10 | 0,003*** |
| Depressão (PSI) | | | 0,35 | 3,17 | 0,002*** |
| Passo 6: <i>Stress</i> Parental no Domínio da Criança (PSI) | 0,15 | 24,82 | | | <0,001**** |
| Sexo da criança | | | -0,19 | -2,29 | 0,025* |
| IG em semanas | | | 0,20 | 2,36 | 0,021* |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | -0,17 | -1,54 | 0,129 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,36 | 3,49 | <0,001**** |
| Depressão (PSI) | | | 0,18 | 1,81 | 0,075 [†] |
| Distração/Hiperatividade (PSI) | | | 0,45 | 4,98 | <0,001**** |
| Passo 7: <i>Stress</i> Parental no Domínio da Criança (PSI) | 0,05 | 10,26 | | | 0,002*** |
| Sexo da criança | | | -0,23 | -3,01 | 0,004*** |
| IG em semanas | | | 0,17 | 2,07 | 0,043* |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | -1,16 | -1,62 | 0,111 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,31 | 3,14 | 0,003*** |
| Depressão (PSI) | | | 0,14 | 1,45 | 0,153 |
| Distração/Hiperatividade (PSI) | | | 0,37 | 4,09 | <0,001**** |
| Humor (PSI) | | | 0,28 | 3,20 | 0,002*** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$. [†] $p < 0,08$.

Anexo 12.3.

Regressão linear múltipla por stepwise com a variável dependente total de problemas de comportamento

| Preditores | ΔR^2 | ΔF | β | t | p |
|---|--------------|------------|---------|-------|--------------------|
| Passo 1: Variáveis sociodemográficas das crianças | 0,07 | 5,17 | | | 0,026* |
| IG em semanas | | | 0,27 | 2,27 | 0,026* |
| Passo 2: Variáveis sociodemográficas das crianças | 0,05 | 4,02 | | | 0,049* |
| IG em semanas | | | 0,23 | 2,02 | 0,048* |
| Sexo da criança | | | -0,23 | -2,01 | 0,049* |
| Passo 3: Variáveis sociodemográficas maternas | 0,06 | 5,01 | | | 0,029* |
| IG em semanas | | | 0,19 | 1,63 | 0,109 |
| Sexo da criança | | | -0,18 | -1,56 | 0,123 |
| Habilitações literárias | | | -0,26 | -2,24 | 0,029* |
| Passo 4: Autorregulação Parental (EREP) | 0,10 | 8,71 | | | 0,004*** |
| IG em semanas | | | 0,08 | 0,74 | 0,465 |
| Sexo da criança | | | -0,14 | -1,28 | 0,205 |
| Habilitações literárias | | | -0,26 | -2,38 | 0,020* |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | 0,33 | 2,95 | 0,004*** |
| Passo 5: Práticas Parentais (QPP) | 0,05 | 5,15 | | | 0,027* |
| IG em semanas | | | 0,08 | 0,76 | 0,451 |
| Sexo da criança | | | -0,09 | -0,83 | 0,408 |
| Habilitações literárias | | | -0,23 | -2,13 | 0,037* |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | 0,16 | 1,18 | 0,244 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,30 | 2,27 | 0,027* |
| Passo 6: <i>Stress</i> Parental no Domínio dos Pais (PSI) | 0,16 | 20,01 | | | <0,001**** |
| IG em semanas | | | 0,21 | 2,08 | 0,042* |
| Sexo da criança | | | -0,13 | -1,39 | 0,168 |
| Habilitações literárias | | | -0,13 | -1,31 | 0,194 |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | -0,06 | -0,44 | 0,659 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,17 | 1,44 | 0,156 |
| Depressão (PSI) | | | 0,51 | 4,47 | <0,001**** |
| Passo 7: <i>Stress</i> Parental no Domínio da Criança (PSI) | 0,15 | 27,22 | | | <0,001**** |
| IG em semanas | | | 0,15 | 1,70 | 0,094 |
| Sexo da criança | | | -0,14 | -1,73 | 0,089 |
| Habilitações literárias | | | -0,02 | -0,22 | 0,828 |
| Falta de controlo emocional (EREP) | | | -0,12 | -1,08 | 0,283 |
| Parentalidade Negativa (QPP) | | | 0,19 | 1,88 | 0,065 [†] |
| Depressão (PSI) | | | 0,33 | 3,21 | 0,002*** |
| Maleabilidade (PSI) | | | 0,48 | 5,22 | <0,001**** |

Nota. $N = 70$. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,005$. **** $p < 0,001$. [†] $p < 0,08$.