



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mónica Garcia Bernardo

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES
EXECUTIVAS NA PREMATURIDADE:
CARACTERIZAÇÃO E RELAÇÕES**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
Sistémica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria
João Seabra Santos e pela Doutora Ana Filipa Lopes e apresentada
à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra**

Setembro de 2022



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Mónica Garcia Bernardo

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES
EXECUTIVAS NA PREMATURIDADE:
CARACTERIZAÇÃO E RELAÇÕES**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
Sistémica e da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria
João Seabra Santos e pela Doutora Ana Filipa Lopes e apresentada
à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra**

Setembro de 2022

Estilos parentais e funções executivas na prematuridade: Caracterização e relações

Resumo

Enquadramento: A prematuridade, que consiste no nascimento antes das 37 semanas de gestação e resulta numa interrupção do desenvolvimento gestacional normal, está associada a um risco acrescido de complicações ao longo do desenvolvimento, nomeadamente a ocorrência de défices nas funções executivas. Assim, tem sido sugerido que as características das crianças e dos contextos inerentes a um nascimento prematuro podem afetar profundamente os pais destes bebés e o seu comportamento para com eles. Como tal, e tendo em conta o papel crucial da parentalidade no desenvolvimento cognitivo e social das crianças, é relevante estudar os estilos parentais em situações de prematuridade. *Objetivos:* (i) Compreender qual o estilo parental predominante em pais de crianças prematuras e comparar estes pais com os de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos, quanto aos estilos parentais; (ii) compreender se os estilos parentais de pais de crianças prematuras diferem em função de características clínicas ou familiares; (iii) comparar funções executivas de crianças prematuras com as de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos e perceber a relação entre essas mesmas funções e os estilos parentais. *Método:* Participaram no estudo 16 crianças nascidas prematuramente, com idades compreendidas entre os dois anos e meio e os cinco anos, e os seus pais, que responderam a um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico, um questionário clínico e pelas versões portuguesas do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) e do Inventário de Funções Executivas - *Behavior Rating Inventory of Executive Function* versão pré-escolar (BRIEF-P). O estudo recorreu a duas amostras de comparação, uma para o QDEP ($n = 18$) e outra para o BRIEF-P ($n = 37$). *Resultados:* O estilo parental autoritativo revelou-se predominante na amostra clínica e não se verificaram diferenças significativas entre esta amostra e a de comparação relativamente aos estilos parentais estudados, ainda que seja possível notar uma tendência (no limiar da significância estatística) para recorrer mais ao estilo parental permissivo por parte dos pais da amostra clínica. Não se verificou uma influência significativa da posição da fratria, nível socioeconómico familiar, grau de prematuridade e da ocorrência de complicações perinatais no estilo parental utilizado. Contudo, os resultados indiciam tendência (no limiar da significância estatística) para uma menor utilização do estilo parental autoritativo por parte de famílias que têm um nível socioeconómico baixo e de pais de crianças extremamente prematuras. Por outro lado, os pais de crianças sem comorbilidades demonstraram um maior recurso ao estilo parental autoritativo do que pais de crianças com comorbilidades. As duas amostras não diferiram no que diz respeito às funções executivas. O recurso dos pais ao estilo parental autoritativo revelou-se tanto menor quanto maior a disfunção da criança ao nível das funções executivas. *Discussão e conclusões:* Este estudo, de natureza exploratória, contribuiu para caracterizar os estilos parentais de pais de crianças prematuras e o modo como variáveis da criança e da família poderão ter impacto nesses estilos. Neste sentido, o estudo pode ser útil na orientação de intervenções futuras com estas famílias. Ao ser um estudo exploratório, serve ainda como base para direcionar linhas de investigação futuras.

Palavras-chave: prematuridade, estilos parentais, funções executivas.

Parenting styles and executive functions in prematurity: Characterization and relationships

Abstract

Background: Prematurity, which consists of the birth taking place before 37 weeks of gestation and results in an interruption of the normal gestational development, increases the risk of complications throughout the development, namely the occurrence of deficits in executive functions. Thus, it has been suggested that the child and contextual characteristics linked to a preterm birth can profoundly affect the parents of these babies and their behavior towards them. As such, and taking into account the crucial role of parenting in children's cognitive and social development, it is relevant to study parenting styles in situations of prematurity. *Objectives:* (i) To understand which parenting style predominates in parents of premature children and compare these parents with those of children without known developmental challenges, regarding parenting styles; (ii) to understand whether the parenting styles of parents of premature children differ depending on clinical or family characteristics; (iii) to compare executive functions of premature children with those of children without known developmental challenges and to understand the relationship between these same functions and parenting styles. *Method:* 16 children born prematurely, aged between two and a half and five years, and their parents participated in this study by answering a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire, a clinical questionnaire and the Portuguese versions of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (QDEP) and the Behavior Rating Inventory of Executive Function preschool version (BRIEF-P). The study used two comparison samples, one for the QDEP ($n = 18$) and the other for the BRIEF-P ($n = 37$). *Results:* The authoritative parenting style was predominant in the clinical sample and there were no significant differences between this sample and the comparison one regarding the parenting styles studied, even though it is possible to notice a tendency to resort more to the permissive parenting style by the parents in the clinical sample. The child's position in the family, the family socioeconomic level, the degree of prematurity and the occurrence of perinatal complications didn't prove to have significant influence on the parenting style used. However, the results indicate a certain tendency towards a lower use of the authoritative parenting style by families that have a low socioeconomic level and by parents of extremely premature children. On the other hand, parents of children without comorbidities showed greater use of the authoritative parenting style than parents of children with comorbidities. The two samples did not differ regarding executive functions. Parents' use of an authoritative parenting style decreases as the child's difficulties on executive functions increase. *Discussion and conclusions:* This exploratory study contributes to the characterization of parenting styles in parents of premature children and the way in which child and family variables may have an impact on these styles. In this sense, the study can be useful in guiding future interventions with these families. As it is an exploratory study, it also serves as a basis for directing lines of future investigations.

Key words: prematurity, parenting styles, executive functions

Agradecimentos

À professora Doutora Maria João Seabra pela sua orientação, acompanhamento permanente, conhecimento partilhado e exigência cruciais na realização da presente dissertação. Agradeço ainda o constante apoio, compreensão e incentivo no decorrer deste longo percurso pautado por muitas dúvidas e inseguranças. À Doutora Ana Filipa Lopes agradeço igualmente a orientação, conhecimento partilhado e o acolhimento presencial aquando da visita ao Hospital Garcia de Orta, assim como a sua constante disponibilidade e palavras de encorajamento quando mais precisava. A ambas expresse um sincero e profundo agradecimento por terem percorrido este desafio pessoal e profissional comigo, fazendo-me sentir uma verdadeira privilegiada.

À minha colega de dissertação, Andreia Santa, com quem partilhei esta jornada repleta de adversidades, tendo com ela partilhado todas as dúvidas e celebrado as pequenas conquistas e descobertas ao longo deste processo. A esta, deixo assim um agradecimento pela companhia e entreaajuda.

Agradeço ainda a todos os pais que participaram neste estudo, sem os quais não seria possível realizar a presente investigação. Para além disso, agradeço a todos os técnicos com quem me cruzei no Hospital Garcia de Orta, que prontamente me acolheram e me permitiram aprender com eles.

Por fim, quero agradecer à minha família. Aos meus pais, por me darem as condições essenciais para fazer e concluir este percurso formativo, pelo constante apoio, incentivo e carinho que senti ao longo destes cinco anos por parte deles. A estes, e à minha irmã, agradeço por serem o meu suporte e me confortarem quando mais precisei.

Índice

Introdução	1
I- Enquadramento Concetual.....	3
1.1. Prematuridade	3
1.2. Prematuridade e Funções Executivas	4
1.3. Estilos Parentais	5
II- Objetivos.....	8
III- Metodologia.....	8
3.1 Procedimento de Recolha de Dados.....	8
3.2. Amostras	9
3.2.1 Seleção das Amostras.....	9
3.2.2 Caracterização das Amostras.....	10
3.3. Instrumentos	13
3.3.1 Questionário Sociodemográfico	13
3.3.2 Questionário Clínico	13
3.3.3 Questionário de Dimensões e Estilos Parentais.....	14
3.3.4 <i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i> ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas: versão pré-escolar (BRIEF-P)	14
3.4. Análise de dados.....	15
IV- Resultados.....	15
4.1 Caraterização dos estilos parentais da amostra clínica.....	16
4.2 Comparação entre amostras quanto aos resultados no QDEP	16
4.3 Variáveis clínicas e sociodemográficas e resultados no QDEP	16
4.4 Comparação entre amostras quanto aos resultados no BRIEF-P	19
4.5 Coeficientes de correlação entre os resultados do QDEP e do BRIEF-P.....	20
V- Discussão.....	20
VI- Conclusões.....	23
Bibliografia	26
Anexos.....	31

Introdução

A prematuridade caracteriza-se pelo nascimento antes das 37 semanas de gestação estarem completas (*World Health Organization*, 2012, 2018) e constitui uma causa de mortalidade perinatal e morbidades a longo prazo em países desenvolvidos (Saigal & Doyle, 2008). Os avanços tecnológicos e do conhecimento científico na área da medicina perinatal têm permitido aumentar a taxa de sobrevivência de bebês prematuros com cada vez menos tempo de gestação (Saigal & Doyle, 2008). No entanto, apesar de muitos bebês prematuros sobreviverem, estes correm o risco de desenvolver complicações neonatais ou ao longo do seu desenvolvimento a longo prazo (Loe et al., 2019), sendo o risco de morbidades tanto maior quanto menor o tempo de gestação (Greenberg et al., 2018). Neste sentido, alguns dos potenciais riscos ao nível do desenvolvimento destas crianças prendem-se com problemas cognitivos, comportamentais, psicológicos, motores e sociais que podem impactar a vida destas crianças em diversos contextos, como o académico, social e familiar (Doellinger et al., 2017; Pierrat et al., 2021).

No contexto dos problemas cognitivos, destaca-se o comprometimento das funções executivas em crianças nascidas pré-termo, quando comparadas a crianças de termo, sendo identificados défices em algumas funções executivas (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Aarnoudse-Moens et al., 2011; Allotey et al., 2018; Loe et al., 2019; Mulder et al., 2009; Taylor & Clark, 2016), inclusive tão cedo quanto na idade pré-escolar (Sandoval et al., 2021). As funções executivas definem-se por processos cognitivos associados ao planeamento, tomada de decisão, controlo inibitório, autorregulação, alternância de atenção e memória de trabalho (Blair et al., 2005; Lezak, 1982), que permitem regular pensamentos, ações e emoções, sendo necessárias para raciocinar, resolver problemas, lidar com desafios novos e resistir a tentações e distrações (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000). Reúne algum consenso a ideia de que a inibição ou controlo inibitório, a flexibilidade cognitiva e a memória de trabalho constituem as funções executivas básicas (Dias et al., 2015; Miyake et al., 2000).

Perante o nascimento prematuro de um filho, os pais são confrontados com todas as características inerentes ao mesmo, como o parto antecipado, a hospitalização pós-parto, o padrão de comportamento que pode divergir de um bebé de termo e a incerteza sobre a sobrevivência ou desenvolvimento destes bebês (Goldberg & DiVitto, 2002). Assim, cuidar de um bebé prematuro pode revelar-se uma experiência particularmente difícil, tendo o nascimento prematuro sido apontado como um fator passível de interferir na construção de uma relação diádica positiva (Agostini et al., 2014; Borghini et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006). Como tal, tendo em conta que a qualidade da interação entre os pais e as crianças prematuras constitui um forte preditor do desenvolvimento cognitivo e social das mesmas (Poehlmann et al., 2014), é da maior relevância investigar e entender os estilos parentais dos pais destas crianças. De acordo com a tipologia de Diana Baumrind (1966; 1971), que constitui um nome de referência na investigação desta temática, os estilos parentais podem ser de três tipos: o autoritativo (ou democrático), o autoritário e o permissivo. Estes definem-se por um conjunto de atitudes face à criança que determinam a qualidade das interações entre os pais e esta, criando um ambiente emocional no contexto do qual os comportamentos dos pais são expressos (Darling & Steinberg, 1993).

Apesar da sua relevância, tanto quanto é do nosso conhecimento, a investigação específica sobre os estilos parentais, de acordo com a tipologia de Baumrind, nos pais de crianças nascidas pré-termo é escassa, constituindo uma lacuna da literatura que a presente dissertação pretende contribuir para colmatar. Para o efeito, propomo-nos analisar qual o estilo parental mais característico dos pais de crianças pré-termo de acordo com a tipologia supramencionada e, simultaneamente, perceber se estes se distinguem dos estilos parentais de pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Para além disso, pretendemos compreender se variáveis clínicas (e.g., grau de prematuridade) e familiares (e.g., posição na fratria) estão relacionadas com

os estilos parentais. Ademais, pretende-se caracterizar as funções executivas de crianças prematuras, comparando-as com as de crianças sem desafios desenvolvimentais, assim como compreender se o domínio dessas mesmas funções por parte das crianças prematuras influenciam os estilos parentais adotados pelos seus pais.

A presente dissertação é composta por seis partes. Inicia-se com um enquadramento conceitual que contempla uma revisão da literatura acerca dos três principais temas e conceitos sobre os quais esta dissertação se debruça, nomeadamente prematuridade, funções executivas e estilos parentais. De seguida, são descritos os objetivos específicos a que o presente estudo se propõe. Posteriormente, é apresentada a metodologia, incluindo a descrição do procedimento de recolha de dados e seleção das amostras, a caracterização das mesmas, assim como a descrição dos instrumentos utilizados que permitiram a recolha de dados e os procedimentos de análise desses mesmos dados. Na quarta secção são apresentados os resultados obtidos a partir das análises de dados realizadas, seguidos da discussão dos mesmos. Por fim, são apresentadas as principais conclusões deste estudo, assim como as suas limitações e sugestões para futuras investigações.

I- Enquadramento Concetual

1.1. Prematuridade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2012, 2018), a prematuridade define-se pelo nascimento da criança antes das 37 semanas de gestação estarem completas, que ocasiona uma interrupção do desenvolvimento gestacional normal, sendo a criança nascida considerada pré-termo ou prematura. No contexto desta mesma classificação, a criança que nasce entre a 37^a e a 42^a semana de gestação é considerada como de termo e a criança que nasce com mais de 42 semanas de gestação é classificada como pós-termo (*World Health Organization*, 2012).

Assim, numa gestação de termo o feto permanece no útero durante cerca de 40 semanas, até que os seus vários sistemas atinjam a capacidade de suportar a vida extrauterina. Pelo contrário, a prematuridade pressupõe uma imaturidade biológica para a vida extrauterina, considerando a maturação como o processo de crescimento através do qual é atingido o desenvolvimento total – a maturidade (*Institute of Medicine*, 2007).

Os conceitos de prematuridade e de baixo peso nem sempre foram diferenciados na classificação dos recém-nascidos. Com efeito, só em 1969 a OMS (citada por Raju, 2013) ancorou a definição de prematuridade na idade gestacional, tendo classificado como prematuro qualquer recém-nascido com menos de 37 semanas de gestação. Até então, o peso era utilizado pela OMS como medida para a conceptualização da prematuridade, com os recém-nascidos com um peso inferior a 2500 gramas ao nascer a serem considerados prematuros (*Institute of Medicine*, 2007). Pelo contrário, a definição atual faz a distinção entre nascer demasiado cedo e nascer demasiado pequeno (*Institute of Medicine*, 2007), podendo recém-nascidos a termo nascer com baixo peso, assim como recém-nascidos prematuros podem ter um peso apropriado para a sua idade gestacional.

Adicionalmente, os recém-nascidos podem ser classificados por subcategorias, com base na sua idade gestacional e no seu peso no momento do nascimento, estando estas duas variáveis interrelacionadas (Carvalho et al., 2001). Com base na sua idade gestacional, os recém-nascidos podem ser considerados prematuros extremos (< 28 semanas), muito prematuros (28-<32 semanas), ou prematuros moderados ou tardios (32-37 semanas) (*World Health Organization*, 2012). Com base no peso, os recém-nascidos podem ainda ser classificados como de peso extremamente baixo (< 1,000g), um peso muito baixo (1,000g – 1,499g) ou um peso baixo ao nascer (1,500g-2,500g) (Blackburn & Harvey, 2018; Gomella et al., 2013). Por fim, relacionando-se o peso com a idade gestacional, estes podem ainda ser classificados como sendo pequenos para a sua idade gestacional, apropriados para a sua idade gestacional ou grandes para a sua idade gestacional (Gomella et al., 2013; *Institute of Medicine*, 2007).

Segundo Lubchenco (1984, citado por Carvalho et al., 2001), a idade gestacional e o peso de nascimento têm ambos um papel importante na maturidade dos sistemas destas crianças, sendo assim relevante especificar, quer as semanas de gestação, quer o peso aquando do nascimento, numa tentativa de prever e compreender eventuais riscos a que recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso possam estar expostos, tanto no período neonatal, como ao longo do seu período desenvolvimental. Neste contexto, os prematuros extremos encontram-se em maior risco, pois existe uma relação inversa entre a idade gestacional e o risco de morbilidade, sendo a probabilidade de ocorrência de problemas desenvolvimentais tanto maior quanto menor o tempo de gestação (Greenberg et al., 2018).

Com o aumento da taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros, proporcionado através dos avanços tecnológicos e dos conhecimentos científicos, aumentou a prevalência de problemas neonatais e a morbilidade a longo prazo, com estes bebés a permanecerem em risco de desenvolver complicações ao longo do seu desenvolvimento (Loe et al., 2019). Assim, em

comparação com bebês de termo, os bebês prematuros apresentam maior risco de desenvolver défices cognitivos, particularmente nas funções executivas, bem como dificuldades de aprendizagem, dificuldades sociais, ou problemas comportamentais, emocionais e no desenvolvimento motor (Blackburn & Harvey, 2018). Estas morbidades podem afetar a qualidade de vida destas crianças, nomeadamente no que respeita às atividades diárias, vida escolar e funcionamento familiar (Pierrat et al., 2021), podendo ou não acompanhar a criança no decorrer do seu desenvolvimento, com destaque para a idade pré-escolar e idade escolar (Valente & Seabra-Santos, 2011).

1.2. Prematuridade e Funções Executivas

No âmbito do impacto do nascimento prematuro, o desenvolvimento das funções executivas (FE) tem sido explorado na literatura, devido às potenciais consequências negativas no desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças nascidas pré-termo, assim como nas suas interações sociais e desempenho académico (Doellinger et al., 2017).

As FE caracterizam-se por processos cognitivos associados ao planeamento, tomada de decisão, controlo inibitório, autorregulação, alternância de atenção e memória de trabalho (Blair et al., 2005; Lezak, 1982). Estas funções permitem regular o pensamento e ações tendo em conta objetivos, tomar decisões adequadas, adaptar a situações novas ou complexas, assim como antecipar consequências, resistir a impulsos e manter o foco (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000). Apesar de a literatura não ser consensual, havendo diversos modelos teóricos acerca dos subcomponentes das FE, assim como da sua organização e contribuição para a solução de tarefas, parece haver um relativo consenso acerca da existência de três FE básicas: a inibição ou controlo inibitório, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Dias et al., 2015; Miyake et al., 2000). Assim, o controlo inibitório é a capacidade de suprimir respostas automáticas para dar lugar a respostas mais adequadas, a memória de trabalho é referente à capacidade de reter e manipular informação durante um breve período de tempo e, por fim, a flexibilidade cognitiva refere-se à capacidade de transitar entre objetivos, tarefas ou estímulos que exijam a ativação de diferentes sistemas neuronais (Diamond, 2013). Neste sentido, disfunções nas FE podem originar dificuldades em mudar mentalmente de foco, aprender com os erros, manter a atenção, organizar, planear e ter um comportamento social adequado, pelo que podem ter um impacto negativo no funcionamento pessoal em diversos contextos (Anderson, 2008).

Relativamente às funções executivas de crianças prematuras, sabe-se que o cérebro inicia o seu desenvolvimento durante o período de gestação (Nelson et al., 2011), ocorrendo um aumento significativo do volume cerebral no terceiro trimestre de gestação (Anderson et al., 2004). Consequentemente, como nas crianças prematuras a vivência desse último trimestre é problemática, o risco de ter menor volume cerebral e, por consequência, alterações estruturais nas regiões cerebrais associadas às funções executivas, tais como a substância branca, o córtex frontal, parietal e temporal e o cerebelo, é acrescido (Doellinger et al., 2017; Mulder et al., 2009; Peterson et al., 2000; Volpe, 2009; Woodward et al., 2012). Deste modo, crianças prematuras tendem a apresentar maiores défices nas FE, em comparação com crianças nascidas a termo (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Anderson et al., 2004; Mulder et al., 2009). Pelo mesmo motivo, a incidência e a severidade desses défices são tanto mais acentuadas quanto menor o tempo de gestação, havendo assim um risco acrescido para crianças muito ou extremamente prematuras, em comparação com prematuras moderadas ou tardias, embora também estas estejam em risco para tais défices. Neste sentido, embora o termo “prematuro” seja utilizado na literatura sobre FE para referir diferentes graus de prematuridade, é de realçar que a severidade dos défices varia consoante esses graus (Mulder et al., 2009).

Independentemente dessa variabilidade, vários foram os estudos que identificaram um menor nível de funcionamento executivo em crianças com diversos graus de prematuridade, ao apresentarem défices ao nível das três FE básicas - memória de trabalho, controlo inibitório e flexibilidade cognitiva (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Aarnoudse-Moens et al., 2011; Allotey et al., 2018; Loe et al., 2019; Mulder et al., 2009; Taylor & Clark, 2016), em comparação com as crianças de termo. Especificamente na idade pré-escolar, Sandoval e colaboradores (2021) evidenciaram, através de uma revisão sistemática da literatura, diversos estudos empíricos que identificaram défices nas FE de crianças prematuras dessa faixa etária ao obterem piores resultados no BRIEF-P que crianças nascidas a termo, segundo o relato dos seus pais e educadores, que indicam maiores dificuldades. Esta maior prevalência de défices nas FE entre crianças prematuras pode resultar numa maior prevalência de problemas cognitivos, comportamentais e académicos nesta população, comparativamente com as crianças de termo (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Mulder et al., 2011). A nível cognitivo e comportamental, estas crianças tendem a apresentar dificuldades na fluência verbal, alternância da atenção, capacidade de planeamento durante tarefas de resolução de problemas, capacidade de reter mentalmente a informação e em iniciar atividades (Aarnoudse-Moens et al., 2011; Anderson et al., 2004). Para além disso, tendem a ter dificuldades em autorregular as suas emoções e comportamentos, assim como em se automonitorizar e organizar (Clark et al., 2008; Taylor & Clark, 2016). Consequentemente, têm maior probabilidade de serem diagnosticadas com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) do que crianças de termo (Allotey et al., 2018). A nível académico, estes défices podem resultar em menores competências de leitura, ortografia, matemática e em falta de atenção (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Bowen et al., 2002), apresentando muitas destas crianças necessidades educativas especiais (Aarnoudse-Moens et al., 2013; Bowen et al., 2002). Outros estudos empíricos evidenciam, ainda, o impacto dos défices nas FE no domínio social, apresentando as crianças prematuras menor competência social e, consequentemente, maiores dificuldades nas suas relações sociais, quando comparadas às de termo (Alduncin et al., 2014). Estes problemas no contexto social podem traduzir-se em isolamento social, sofrimento psicológico e baixa autoestima por parte destas crianças (Beauchamp & Anderson, 2010).

Posto isto, o modo como a criança nascida prematuramente se irá desenvolver está relacionado com vários fatores, individuais, familiares e contextuais. De entre estes fatores destacamos a importância dos estilos parentais.

1.3. Estilos Parentais

O modo como os pais exercem a parentalidade desempenha um papel fundamental no desenvolvimento infantil, ao influenciar diversos domínios do desenvolvimento da criança. Especificamente, a investigação relativa à prematuridade sugere que a qualidade da interação entre os pais e as crianças prematuras constitui um forte preditor do desenvolvimento cognitivo e social das mesmas (Poehlmann et al., 2014). Tal acontece pois estes pais, através da qualidade da parentalidade, podem proporcionar segurança, por via de interações positivas, levando a que as crianças tendam a explorar o seu ambiente envolvente, promovendo a exposição a interações cognitivamente estimulantes e, consequentemente, criando situações propícias ao desenvolvimento das FE (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1997). Nomeadamente, a parentalidade tem sido apontada como um fator influenciador do desenvolvimento das FE, com a conduta adotada pelos progenitores no processo de educação dos filhos a ser considerada uma das experiências primárias mais relevantes para a constituição e desenvolvimento dessas funções durante os primeiros anos de vida (Bernier et al., 2010; Bernier et al., 2012). No entanto, a parentalidade é determinada tanto pelas características dos pais, como pelos atributos individuais

das crianças, incluindo as suas características desenvolvimentais (Bell, 1968). Como tal, o impacto da prematuridade nos pais também tem sido alvo de investigação.

Nos estudos sobre a parentalidade destacam-se dois conceitos importantes e distintos: práticas parentais e estilos parentais. Assim, se as práticas parentais se caracterizam por um conjunto de comportamentos com o objetivo de socializar a criança, que variam de situação para situação, os estilos parentais definem-se por um conjunto de atitudes face à criança, independentes de qualquer objetivo na socialização, que definem a qualidade das interações entre os pais e a criança e criam um ambiente emocional no contexto do qual os comportamentos dos pais são expressos (Darling & Steinberg, 1993).

Diana Baumrind representa um nome de referência na literatura sobre estilos parentais (1966; 1971), ao criar uma taxonomia que distingue três estilos: o autoritativo (ou democrático), o autoritário e o permissivo. Os pais que adotam o estilo parental autoritativo tendem a ser mais racionais e a encorajar a troca de ideias, partilhando com a criança o racional por detrás da forma como agem, e valorizando a perspetiva da mesma, sendo assim responsivos às necessidades das crianças, ao mesmo tempo que estabelecem limites e regras (Baumrind, 1966; 1971). Consequentemente, apresentam elevados níveis de comunicação com os filhos, envolvimento parental, expressão de afeto e encorajamento de autonomia e individualidade (Baumrind, 1966; 1971). Perante divergências com a criança, estes pais tendem a ter um controlo firme mas afetuoso, sem exagerar nas restrições (Baumrind, 1971). Desta forma, tendem a promover um ambiente estimulante, levando a que a este padrão esteja associado a crianças socialmente responsáveis, assertivas e competentes, isto é, com níveis elevados de autocontrolo, autoconfiança e satisfação com elas próprias (Baumrind, 1971; 1975). Neste sentido, o estilo parental autoritativo é sugerido como o mais eficaz, levando as crianças a aceitar melhor as regras impostas pelos pais e a apresentar menos *stress* psicológico (Shucksmith et al., 1995). Para além disso, em comparação com os restantes estilos, o autoritativo tende a estar relacionado com níveis mais elevados de competências académicas, adaptação escolar e competências psicossociais nas crianças (Maccoby & Martin, 1983; Shucksmith et al., 1995; Steinberg et al., 1994).

Já os pais com estilo parental autoritário tendem a modelar a criança de acordo com normas pré-estabelecidas por eles, avaliando o comportamento consoante as mesmas. Estes pais tendem a valorizar a obediência, o respeito, a autoridade e a preservação da ordem. Os pais que adotam este estilo são a favor da punição e coerção, recorrendo à mesma quando consideram que a criança fez algo errado (Baumrind, 1966). Pais autoritários apresentam baixa expressão de afeto, mas elevado controlo e restrição (Baumrind, 1966). Estudos empíricos têm associado este padrão a crianças mais submissas, com uma socialização mais pobre, maior insatisfação com elas próprias e menos orientadas para o sucesso (Baumrind, 1971; 1975).

Relativamente ao estilo permissivo, os pais que o adotam são recetivos aos desejos e ações das crianças. Segundo Baumrind (1966; 1971), estes pais evitam a autoridade, permitindo que a criança regule o seu comportamento e tome as suas decisões, ao mesmo tempo que evitam a punição, o controlo e as restrições. Assim, são afetuosos, mas pouco exigentes e controladores (Baumrind (1966; 1971). Este padrão tem sido associado a crianças mais passivas e submissas, com níveis mais baixos de confiança, independência e responsabilidade (Baumrind, 1975).

Posteriormente à formulação de Baumrind, Maccoby e Martin (1983) subdividiram o estilo permissivo em duas categorias, negligente e indulgente, com o objetivo de distingui-los pelo nível de envolvimento parental, havendo um maior envolvimento no estilo indulgente comparativamente ao negligente (Oliveira et al., 2002). Assim, os pais indulgentes são responsivos e afetuosos, respondendo aos pedidos das crianças, enquanto os pais negligentes são pouco responsivos, respondendo somente às necessidades básicas das mesmas (Maccoby & Martin, 1983). Para além desta subdivisão, os mesmos autores organizaram os padrões de

Baumrind em função de duas dimensões: exigência e responsividade. A exigência inclui as atitudes parentais de controlo do comportamento da criança, enquanto a responsividade se refere às atitudes parentais de aceitação e aprovação. Usando esta classificação, os pais autoritativos manifestam níveis elevados nas duas dimensões, sendo exigentes e responsivos, os pais autoritários são exigentes e não responsivos, pais indulgentes são responsivos e não exigentes e, por fim, pais negligentes não são exigentes nem responsivos (Maccoby & Martin, 1983).

O estudo dos estilos parentais em pais de crianças nascidas prematuramente justifica-se, tendo em conta que cuidar de um bebé prematuro pode revelar-se uma experiência particularmente difícil, ao mesmo tempo emocionalmente exigente e traumática para os progenitores, podendo provocar sentimentos depressivos, de ansiedade, raiva, desesperança, frustração e culpa (Goldberg & DiVitto, 2002). Ademais, estes bebés, nomeadamente quando muito ou extremamente prematuros, tendem a ser descritos como mais passivos e menos responsivos na interação com a mãe (Forcada-Guex et al., 2011). Acresce que, devido à sua imaturidade biológica, parecem menos atentos e alerta do que os bebés nascidos a termo, demonstrando mais dificuldade em fornecer pistas claras ao cuidador (Chapieski & Evankovich, 1997; Goldberg & DiVitto, 2002), pelo que o nascimento prematuro tem sido apontado como um fator passível de interferir de forma negativa na construção de uma relação diádica positiva (Agostini et al., 2014; Borghini et al., 2006; Forcada-Guex et al., 2006). Finalmente, as condições inerentes ou com frequência associadas à prematuridade, como o parto antecipado, a hospitalização pós-parto, o padrão de comportamento destes bebés e a incerteza quanto à sua sobrevivência ou desenvolvimento, podem ter um impacto decisivo sobre o comportamento dos seus pais em relação a eles (Goldberg & DiVitto, 2002).

Neste contexto, e no que diz respeito ao comportamento interativo adotado pelos pais destes bebés, nomeadamente pelas mães, a literatura existente tem sido contraditória ou inconclusiva. Por um lado, alguns investigadores descrevem as mães de bebés prematuros como menos sensíveis, mais controladoras, intrusivas, ativas e estimulantes nas interações com os seus bebés, em comparação com mães de bebés de termo (Forcada-Guex et al., 2006; Korja et al., 2012). Ademais, Forcada-Guex e colaboradores (2011) identificaram que mães de bebés pré-termo com comportamentos interativos controladores tendiam a apresentar com mais frequência representações distorcidas do seu bebé. Foi neste contexto que Stern e colaboradores (2006) introduziram a ideia de “estereótipos de prematuridade” (*prematurity stereotyping*), para referir-se a uma perceção enviesada do bebé enquanto doente, vulnerável e fraco, por parte da mãe. Simultaneamente, outros estudos reportam uma maior distância afetiva e menor responsividade materna, que se traduz numa menor atenção e capacidade de perceber, interpretar e responder adequadamente às pistas dos bebés prematuros por parte destas mães, em comparação com as de bebés de termo (Feldman and Eidelman, 2007; Schmücker et al., 2005).

Pelo contrário, outras investigações revelaram níveis adequados de sensibilidade em mães de bebés prematuros, mostrando um maior envolvimento destas para com os seus filhos, em comparação com mães de bebés de termo (Agostini et al., 2014; Korja et al., 2012). De facto, alguns estudos demonstraram que a prematuridade pode promover o cuidado parental, com os pais de bebés de maior risco a reportar sentirem-se mais angustiados com a saúde e desenvolvimento do bebé, levando-os a assumir uma atitude mais protetora e cuidadora (Borghini et al., 2006). Assim, estes autores sugerem que a ativação emocional destes pais, consequência do risco que os seus bebés eventualmente correm, pode facilitar o envolvimento parental, havendo, no entanto, um aumento do risco de desenvolver representações distorcidas em relação ao bebé (Borghini et al., 2006), o que aponta no mesmo sentido da ideia de “estereótipos de prematuridade” anteriormente referida (Stern et al., 2006).

No contexto do comportamento interativo parental, níveis mais elevados de parentalidade responsiva e mais baixos de parentalidade diretiva e restritiva foram associados a melhores resultados desenvolvimentais em crianças prematuras durante os primeiros anos de vida e idade pré-escolar (Landry et al., 2001). Estes resultados enfatizam a necessidade de aprofundar a investigação sobre o impacto da prematuridade na qualidade do comportamento parental, uma vez que este foi identificado como um fator especialmente relevante no desenvolvimento de crianças prematuras (Hoffenkamp et al., 2015). Neste domínio, Neel e colaboradores (2019) demonstraram que o estilo parental permissivo está associado a um pior desenvolvimento comportamental de crianças prematuras, enquanto o estilo parental autoritativo está ligado a tendências comportamentais mais positivas, assim como a um neurodesenvolvimento mais favorável, indo ao encontro da ideia geral segundo a qual também as crianças prematuras poderão beneficiar de um estilo parental autoritativo. Porém, tanto quanto é do nosso conhecimento, a investigação específica sobre os estilos parentais, de acordo com a tipologia de Baumrind, nos pais destas crianças é escassa, constituindo uma lacuna da literatura que a presente dissertação pretende contribuir para colmatar.

II- Objetivos

Tendo por base a literatura existente, este estudo propõe-se contribuir para a caracterização da parentalidade em pais de crianças nascidas prematuramente, um grupo-alvo pouco estudado quanto a este aspeto, nomeadamente na população portuguesa. Mais especificamente, tem como objetivos:

- i) compreender qual o estilo parental mais característico dos pais de crianças pré-termo (permissivo, autoritário ou autoritativo), tendo por base a tipologia de Diana Baumrind (1966, 1971);
- ii) perceber se os estilos parentais dos pais de crianças pré-termo são distintos dos de pais de crianças de uma amostra de comparação constituído por pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos;
- iii) explorar se características clínicas das crianças (e.g., grau de prematuridade; complicações perinatais; comorbilidades) e algumas características familiares (e.g. posição na fratria; nível socioeconómico familiar) se relacionam com os estilos parentais;
- iv) comparar as funções executivas de crianças prematuras com as funções executivas de crianças sem desafios desenvolvimentais particulares;
- v) analisar se os estilos parentais se relacionam com o domínio de funções executivas por parte das crianças.

III- Metodologia

3.1 Procedimento de Recolha de Dados

A planificação da investigação foi iniciada numa reunião com a presença da diretora do serviço de consultas de Psicologia do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) do Hospital de Garcia da Orta, a psicóloga do centro que apoia o seguimento dos prematuros, a professora orientadora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e a segunda orientadora da investigação, que é simultaneamente psicóloga do mesmo Centro. O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética do Hospital de Garcia da Orta e à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação da FPCEUC.

Após a aprovação pelas respetivas comissões de ética iniciou-se a recolha dos dados da amostra clínica, em março de 2022. Inicialmente, foi elaborada uma lista de crianças elegíveis para o estudo no CDC do Hospital Garcia da Orta, tendo os pais potencialmente participantes sido selecionados com base na mesma. Posteriormente, em março de 2022, foram preparados

presencialmente, no Hospital Garcia da Orta, os protocolos a serem entregues aos pais das crianças, constituídos por uma carta explicativa do estudo e documento de consentimento informado (cf. Anexo I) e pelos questionários (sociodemográfico, QDEP e BRIEF-P), a serem entregues aos pais presencialmente ou enviados por correio. O primeiro contacto com os pais foi sempre feito por um elemento da Consulta de Psicologia do Desenvolvimento da Criança, sempre que possível presencialmente, antes ou após uma consulta, tendo sido prestada a explicação e ajuda necessária ao preenchimento dos questionários. Quando não foi possível o contacto presencial, foi feito um primeiro contacto telefónico por parte de um elemento da Consulta de Psicologia do Desenvolvimento da Criança, de forma a informar sobre o decorrer do estudo e questionar se aceitavam ser contactados pela equipa de investigação do mesmo. Nos casos em que os pais aceitaram ser contactados, foi feito um novo contacto telefónico por parte da equipa de investigação, de forma a explicar os detalhes do estudo, assim como o procedimento inerente à participação no mesmo e questionar se aceitavam efetivamente participar. Nos casos em que os pais aceitaram participar, esse mesmo contacto foi aproveitado para realizar o preenchimento do questionário sociodemográfico e, após o mesmo, procedeu-se ao envio dos restantes questionários por correio. Uma semana após o envio, foram contactados novamente os pais, de forma a esclarecer alguma dúvida. Por fim, a devolução dos questionários foi feita de acordo com a preferência dos participantes, sendo que podiam ser devolvidos por correio, num envelope previamente endereçado e selado, por email ou presencialmente no CDC.

Relativamente ao procedimento da recolha de dados das amostras de comparação de crianças sem desafios desenvolvimentais particulares, para a do QDEP foi elaborada e entregue aos pais uma carta explicativa e um consentimento informado (cf. Anexo II) para que estes tomassem conhecimento do estudo e autorizassem a sua participação, assim como os questionários a preencher. A devolução dos questionários realizou-se presencialmente, dentro de um envelope selado, ou por email. Por outro lado, a amostra de comparação para o BRIEF-P é constituída por dados recolhidos previamente (2021), ao ser um recorte da amostra normativa recolhida no âmbito da aferição do questionário para a população portuguesa.

3.2. Amostras

3.2.1 Seleção das Amostras

Para a realização deste estudo foram selecionados uma amostra que designaremos por “clínica”, composta por crianças nascidas prematuramente e pelos respetivos pais ou mães, e duas amostras de comparação, uma para o estudo de cada uma das duas variáveis dependentes (funções executivas e estilos parentais). A amostra clínica teve como critérios de inclusão as crianças terem nascido de parto prematuro, terem atualmente idade pré-escolar (entre os dois anos e meio e os cinco anos de idade), e estarem a ser acompanhadas no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) do Hospital Garcia da Orta, em Almada. Foram contactadas 25 famílias, sendo que apenas 12 (48%) efetuaram o preenchimento e devolução dos questionários, completando assim a participação no estudo. Assim, a amostra clínica ficou composta por 16 crianças prematuras (incluindo quatro pares de gémeos) e os respetivos pais ou mães.

Para as amostras de comparação foram selecionadas crianças nascidas a termo e sem desafios desenvolvimentais particulares, igualmente com idade pré-escolar, e os respetivos pais ou mães. Relativamente ao QDEP, a amostra foi recolhida por conveniência da investigadora, em vários pontos do país. Para a amostra de comparação do BRIEF-P foram selecionadas crianças residentes no concelho de Alcochete, dada a proximidade física relativamente ao concelho de Almada, onde se localiza o Hospital Garcia da Orta.

3.2.2 Caracterização das Amostras

Na Tabela 1, é possível verificar que a amostra clínica é constituída por metade de crianças do sexo feminino (50%) e metade do sexo masculino (50%). Relativamente à idade, a amostra é inteiramente constituída por crianças em idade pré-escolar, tendo a maioria 4 anos (75.0%). Quanto ao número de irmãos, a maioria tem apenas um irmão (56.3%) e dentro da fratria metade das crianças (50.0%) ocupa a primeira posição. Todas as crianças frequentam o jardim-de-infância e são residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica das crianças prematuras (N = 16)

	N	%
Sexo		
Masculino	8	50.0
Feminino	8	50.0
Idade		
3 anos	2	12.5
4 anos	12	75.0
5 anos	2	12.5
<i>M = 4.00; DP = .52 ; Mín: 3; Máx: 5</i>		
Número de irmãos		
0	3	18.8
1	9	56.2
2	3	18.8
3	1	6.2
Posição na fratria		
Filho único	3	18.8
Primeira	8	50.0
Segunda	3	18.8
Terceira ou mais	2	12.4

Por outro lado, a amostra de comparação cujos pais responderam ao QDEP é constituída por 18 crianças distribuídas de forma equilibrada entre os dois sexos (55.6 % são do sexo feminino), residentes nas zonas de Faro, Coimbra, Lisboa e Tomar. As idades variam entre os 3 e os 6 anos ($M = 4.44$; $DP = 1.15$) e todas as crianças frequentam o jardim-de-infância. A maioria (55.6%) tem apenas um irmão e ocupa a segunda posição na fratria (33.3%). Quando comparadas as duas amostras, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível do sexo, $\chi^2(1) = .00$, $p = 1.00$, nem ao nível da idade $U = 112.00$, $z = -1.17$, $p = .28$, o que nos permite concluir que as amostras são idênticas quanto a estas variáveis.

Já a amostra de comparação cujos pais responderam ao BRIEF-P, é constituída por 37 crianças uniformemente distribuídas pelos dois sexos (51.4% do sexo feminino), residentes na zona de Alcochete (região de Lisboa e Vale do Tejo). Quanto às idades, esta amostra é igualmente composta por crianças em idade pré-escolar ($M = 3.73$; $DP = .45$), tendo a maioria 4 anos (73.0%) e todas frequentam o jardim-de-infância. Comparando as duas amostras, verificamos a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre ambas, nem ao nível do sexo, $\chi^2(1) = .00$, $p = 1.00$, nem da idade, $U = 226.00$, $z = -1.76$, $p = .08$, o que nos permite concluir que as amostras são homogéneas quanto a estas variáveis.

Na Tabela 2, é possível observar as características sociodemográficas das famílias ($N = 12$) das crianças prematuras ($N = 16$). Observa-se que as idades das mães estão compreendidas

entre os 26 e os 44 anos ($M = 34.92$; $DP = 6.17$) e a idade dos pais compreendida entre os 27 e os 49 anos ($M = 38.33$; $DP = 6.85$). O estado civil predominante, quer das mães, quer dos pais, é casado/união de facto (66.7%). No que diz respeito às habilitações literárias, as mães distribuem-se de igual forma entre o nível Secundário e o Superior (41.7%), enquanto os pais exibem uma maior frequência do nível Básico (41.7%). Relativamente ao nível socioeconómico familiar¹, caracterizado com base na classificação de Almeida (1988), é possível verificar que a maioria das famílias se encontram num nível baixo (50.0%).

¹ A classificação de Almeida (1988) ajustada, baseia-se com base na profissão e habilitações escolares, e considera três níveis socioeconómicos:

Nível socioeconómico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, eletricitistas), motoristas; até ao 12º ano de escolaridade obrigatória.

Nível socioeconómico médio: profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino primário e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores ou pós-graduações e mestrados.

Nível socioeconómico elevado: grandes proprietários e empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitetos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas, oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos de aviação; psicólogos; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura (mestrado ou doutoramento).

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica das famílias das crianças prematuras (N = 12)

	N	%
Idade Mãe		
[26 – 30[3	25.0
[31 – 39[6	50.0
[40 – 44]	3	25.0
<i>M = 34.92; DP = 6.17; Mín: 26; Máx: 44</i>		
Estado Civil Mãe		
Solteira	3	25.0
Casada/União de facto	8	66.7
Divorciada/Separada	1	8.3
Habilitações escolares Mãe		
Básico	2	16.6
Secundário	5	41.7
Superior	5	41.7
Idade Pai		
[27 – 30[2	16.6
[31 – 39[5	41.7
[40 – 49]	5	41.7
<i>M = 38.33; DP = 6.85; Mín: 27; Máx: 49</i>		
Estado Civil Pai		
Solteiro	3	25.0
Casado/União de facto	8	66.7
Divorciado/Separado	1	8.3
Habilitações académicas Pai		
Básico	5	41.7
Secundário	4	33.3
Superior	3	25.0
Nível Socioeconómico familiar		
Baixo	6	50.0
Médio	5	41.7
Elevado	1	8.3

Relativamente às famílias da amostra de comparação que respondeu ao QDEP, estas são constituídas por mães com idades compreendidas entre os 31 e os 47 anos ($M = 38.56$; $DP = 3.53$), havendo uma maior frequência na faixa etária entre os 31 e os 39 anos (66.7%), e por pais com idades compreendidas entre os 33 e os 55 anos ($M = 40.83$; $DP = 5.74$), sendo que a maioria se encontra na faixa etária entre os 31 e os 39 anos (61.1%). Ao nível das habilitações literárias, tanto os pais (55.6%) como as mães (77.8%) têm maioritariamente o ensino superior. Relativamente ao nível socioeconómico familiar, este é maioritariamente médio (61.1%). Porém, as duas amostras não diferem significativamente quanto ao nível socioeconómico familiar, $p = .46$.

Por outro lado, nas famílias da amostra de comparação que respondeu ao BRIEF-P, verifica-se que as mães têm maioritariamente o ensino superior (43.2%) e os pais o ensino secundário (45.9%). Quanto ao nível socioeconómico familiar, este é maioritariamente médio (54.1%). Comparando as duas amostras, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas relativas ao nível socioeconómico familiar, $p = .73$.

A Tabela 3 apresenta as características clínicas das crianças da amostra de prematuros. Tal como se pode verificar, no que diz respeito ao tipo de parto, metade das crianças nasceram de parto eutócico (50.0%), enquanto a outra metade nasceu de cesariana (50.0%). Quanto ao grau de prematuridade, verifica-se uma maior percentagem de crianças muito prematuras (43.8%) nesta amostra. Adicionalmente, é ainda possível observar que a maioria sofreu de complicações perinatais, tendo sido reportados problemas como icterícia, restrição do crescimento intrauterino, displasia broncopulmonar, sepsis, pneumonia, endocardite, hemorragia intraventricular, anemia e apneia da prematuridade. Para além disso, verifica-se ainda que uma percentagem considerável destas crianças (43.8%) apresenta comorbilidades, das quais se destaca o atraso global do desenvolvimento psicomotor.

Tabela 3
Caracterização clínica das crianças prematuras (N = 16)

	N	%
Tipo de Parto		
Eutócico	8	50.0
Cesariana	8	50.0
Grau de Prematuridade		
Prematuros extremos	4	25.0
Muito prematuros	7	43.8
Prematuros Moderados/Tardios	5	31.2
Complicações Perinatais		
Sim	11	68.8
Não	5	31.2
Comorbilidades		
Sim	7	43.8
Não	9	56.2

3.3. Instrumentos

3.3.1 Questionário Sociodemográfico

Para a pesquisa de dados sociodemográficos, foi elaborado um questionário com vista a recolher informação não obtida através dos restantes instrumentos. Este era composto por questões relativas à criança avaliada (e.g., data de nascimento; idade; sexo; se frequentava alguma creche, jardim de infância ou escola), aos pais (e.g., idade, nível de escolaridade, estado civil e profissão) e à família (e.g., número e idade dos irmãos; composição do agregado familiar). Nos casos das amostras clínica e de comparação BRIEF-P, algumas destas informações foram obtidas através do preenchimento do cabeçalho daquele questionário, pelos pais. Os pais da amostra clínica responderam, ainda, a uma questão sobre se consideravam que a condição clínica da criança influenciava ou alguma vez tinha influenciado o modo como lidavam com ela e, em caso afirmativo, de que forma isso acontecia.

3.3.2 Questionário Clínico

O questionário clínico foi elaborado com o intuito de obter informação relevante sobre a condição clínica da criança avaliada (e.g., tipo de parto, tempo de gestação, peso à nascença, tempo de internamento após o parto, idade da mãe e do pai no momento do parto, ocorrência de complicações perinatais e comorbilidades associadas). Estes elementos foram recolhidos por uma das psicólogas do serviço nas fichas clínicas das crianças.

3.3.3 Questionário de Dimensões e Estilos Parentais

O Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP na versão portuguesa) permite avaliar os três estilos parentais da tipologia de Baumrind (1966, 1971) – o autoritário, o autoritativo e o permissivo – bem como identificar práticas parentais específicas que os constituem (Pedro et al., 2015). Este questionário foi desenvolvido por Robinson e colaboradores, em 2001, tendo sido traduzido para português por Carapito e colaboradores, em 2008, e validado para a população portuguesa por Pedro e colaboradores, em 2015 (Pedro et al., 2015). O questionário é constituído por 32 itens com afirmações relativas ao modo como os pais lidam com os filhos no seu dia-a-dia (e.g., “Encorajo o meu filho a falar dos seus problemas”), cotados numa escala de Likert de 1 a 5, em que o 1 corresponde a “Nunca” e o 5 corresponde a “Sempre”. Este instrumento é composto por três escalas, que avaliam os três estilos parentais propostos por Baumrind. A escala correspondente ao estilo parental Autoritativo (constituída por 15 itens) subdivide-se, ainda, em três subescalas (cada uma com 5 itens): Ligação, Regulação e Autonomia. De igual forma, a escala relativa ao estilo parental Autoritário (constituída por 12 itens) subdivide-se em três subescalas (cada uma com 4 itens): Coerção Física, Hostilidade Verbal e Punição. Por fim, a escala que avalia o estilo parental Permissivo é constituída por 5 itens.

Os estudos de validação para a população portuguesa demonstraram que o instrumento apresenta valores adequados de validade convergente e discriminante, assim como valores igualmente adequados de consistência interna para os fatores autoritativo ($\alpha = .88$) e autoritário ($\alpha = .73$). Em comparação, o fator permissivo apresentou um valor de consistência interna mais baixo ($\alpha = .62$), mas todos os valores são aproximados aos do instrumento original, o que lhe confere qualidades psicométricas adequadas para fins de investigação (Pedro et al., 2015). No presente estudo, os valores de alfa para a amostra clínica foram iguais a .64, .89 e .59, respetivamente para as escalas correspondentes ao estilo parental Autoritário, Autoritativo e Permissivo.

3.3.4 *Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas: versão pré-escolar (BRIEF-P)

O *Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas versão pré-escolar (BRIEF-P) é um questionário que pode ser preenchido por pais e educadores de infância de crianças entre os dois e os seis anos, de forma a avaliar os comportamentos associados às funções executivas de crianças no período pré-escolar (Gioia et al., 2003). Este questionário é constituído por 63 itens que descrevem comportamentos que podem ser exibidos por crianças (e.g., “Reage de forma exagerada a pequenos problemas”), distribuídos por cinco escalas (Inibição, Flexibilidade, Controlo Emocional, Memória de Trabalho e Planeamento/Organização) que se organizam em índices mais gerais (Índice de Autocontrolo Inibitório, Índice de Flexibilidade e Índice de Metacognição Emergente) e num resultado que engloba as respostas na sua totalidade (Compósito Executivo Global). O sistema de resposta consiste numa escala de *Likert* com três pontos (i.e., 1 = “Nunca”; 2 = “Às vezes”; 3 = “Muitas Vezes”), que indica a frequência dos comportamentos nos últimos seis meses (Gioia et al., 2003), sendo um resultado mais elevado indicador de mais dificuldades ao nível das funções executivas.

Desenvolvido por Gioia e colaboradores, em 2003, este instrumento tem valores adequados de validade convergente e discriminante e uma elevada consistência interna para a amostra parental (valores de α entre .80 e .95) (Gioia et al., 2003). Este instrumento foi traduzido para português por Seabra-Santos e colaboradores, em 2019, tendo, em 2021, a sua validação e normalização sido aprovadas pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação (CEDI) da

FPCEUC. Para as amostras do presente estudo foram obtidos os seguintes valores de alfa, respetivamente para a amostra clínica e amostra de comparação: .86 e .81 (Inibição), .85 e .66 (Flexibilidade), .89 e .80 (Controlo Emocional), .91 e .89 (Memória de Trabalho), .82 e .65 (Planeamento/Organização), .93 e .87 (Índice de Autocontrolo Inibitório), .91 e .84 (Índice de Flexibilidade), .93 e .91 (Índice de Metacognição Emergente) e .97 e .92 (Compósito Executivo Global). A transformação dos resultados brutos em resultados estandardizados T foi feita recorrendo às normas americanas.

3.4. Análise de dados

Recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0, para o tratamento estatístico dos dados da presente investigação. Assim, estimou-se a consistência interna dos dois questionários através do coeficiente alfa de Cronbach. De modo a caracterizar as amostras clínica e de comparação, foram feitas análises exploratórias através de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e frequências). Para comparar a amostra clínica com as duas de comparação, foi utilizado o teste Qui-quadrado para variáveis categoriais (sexo e nível socioeconómico familiar) sempre que a percentagem máxima de células com um valor esperado menor que 5 era de 20%, e foi utilizado o teste de Fisher em caso contrário. Para comparar as amostras relativamente a variáveis contínuas (idade), foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes, após se ter verificado que a variável idade não seguia uma distribuição normal na amostra clínica. Para analisar os resultados obtidos no QDEP foram igualmente utilizadas estatísticas descritivas. Para fazer a comparação entre a amostra clínica e as amostras de comparação quanto aos estilos parentais e às funções executivas, foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney para amostras independentes quando o pressuposto da normalidade não foi cumprido e o teste paramétrico t de Student para amostras independentes quando este foi cumprido. Para perceber o impacto das variáveis clínicas nos resultados obtidos no QDEP foram realizadas análises estatísticas não paramétricas tendo em conta a dimensão reduzida da amostra. Assim, por este mesmo motivo, para comparar as variáveis dependentes em função de complicações perinatais e comorbilidades foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney e recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis para as comparações em função da posição na fratria, nível socioeconómico familiar e grau de prematuridade. Por fim, para o estudo das relações entre os resultados obtidos no QDEP e os resultados obtidos no BRIEF-P, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson (teste paramétrico) quando a normalidade foi cumprida e o coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico) quando o contrário se verificou.

Adicionalmente, foram realizadas imputações em alguns itens dos dois questionários, quer na amostra clínica quer nas de comparação, sempre que faltava preencher menos de 10% dos itens de cada sujeito. É de realçar que estas imputações foram feitas consoante o valor mais frequente do conjunto dos itens preenchidos da respetiva escala.

IV- Resultados

De acordo com os objetivos da dissertação, primeiramente serão apresentadas as análises estatísticas descritivas relativas ao QDEP e confrontadas a amostra clínica e a amostra de comparação relativamente aos resultados neste questionário. Posteriormente, é analisado o impacto de algumas variáveis clínicas e sociodemográficas nos resultados do QDEP. De seguida, prossegue-se com um confronto entre a amostra clínica e a de comparação respetiva em relação aos resultados do BRIEF-P. Por fim, é feita uma análise da relação entre o domínio de funções executivas por parte das crianças e os estilos parentais dos pais de crianças prematuras.

4.1 Caracterização dos estilos parentais da amostra clínica

Na Tabela 4 encontram-se as estatísticas descritivas dos resultados do QDEP, tendo em conta as três escalas, correspondentes aos três estilos parentais. Assim, é possível verificar que o estilo Autoritativo apresenta um valor médio mais elevado ($M = 4.29$; $DP = .61$). Como tal, os pais da amostra clínica recorrem maioritariamente a um estilo parental autoritativo.

Tabela 4

Caraterização dos estilos parentais da amostra clínica tendo em conta os resultados do QDEP

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Autoritativo	4.29	.61	2.47	4.73
Autoritário	1.77	.42	1.08	2.50
Permissivo	2.50	.70	1.40	3.40

4.2 Comparação entre amostras quanto aos resultados no QDEP

Como é possível observar na Tabela 5, quando comparados os resultados da amostra clínica e da amostra de comparação no QDEP, verifica-se que entre estas duas amostras não se verificam diferenças estatisticamente significativas nem no estilo parental Autoritativo, $U = 121.50$, $z = -.49$, $p = .63$, nem no estilo Autoritário, $t(32) = -.83$; $p = .16$. Como tal, podemos concluir que os estes dois estilos parentais são utilizados de forma semelhante nas duas amostras. Já no estilo Permissivo, encontra-se uma diferença no limiar do estatisticamente significativo, $t(23) = 2.11$, $p = .05$, assinalando a tendência para um maior recurso a este estilo parental por parte dos pais da amostra clínica.

Tabela 5

Comparação entre a amostra clínica e a amostra de comparação quanto aos resultados no QDEP

	Amostra clínica		Amostra de comparação		<i>U/t</i>	<i>p</i>
	<i>Mdn/M</i>	<i>AIQ/DP</i>	<i>Mdn/M</i>	<i>AIQ/DP</i>		
Autoritativo ^a	4.66	0.53	4.33	.63	121.50	.63
Autoritário ^b	1.77	.42	1.87	.31	-.83	.42
Permissivo ^b	2.50	.70	2.08	.41	2.11	.05

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

^a Teste *U* de Mann-Whitney

^b Teste *t* de Student

4.3 Variáveis clínicas e sociodemográficas e resultados no QDEP

Como se pode observar na Tabela 6, o estilo Autoritativo é aquele que apresenta um valor mediano mais elevado, sendo o predominante, independentemente da posição que a criança ocupa na fratria. No que diz respeito à relação entre os estilos parentais e a variável “posição na fratria” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhum estilo parental entre a criança filha única, primeira, segunda, terceira ou com superior posição na fratria.

Tabela 6**Posição na fratria e resultados no QDEP**

	<i>Mdn</i>	AIQ	<i>H</i>	<i>p</i>
Autoritativo			3.95	.27
Filho único	4.43	0.37		
Primeira	4.53	0.53		
Segunda	4.66	0.67		
Terceira ou mais	3.70	1.93		
Autoritário			5.49	.14
Filho único	1.58	0.65		
Primeira	1.83	0.58		
Segunda	1.91	0.42		
Terceira ou mais	1.91	0.54		
Permissivo			4.25	.24
Filho único	2.30	0.75		
Primeira	2.80	1.40		
Segunda	2.00	0.80		
Terceira ou superior	2.00	0.55		

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

Como se pode observar na Tabela 7, o estilo Autoritativo é aquele que apresenta um valor mediano mais elevado, sendo o predominante independentemente do nível socioeconómico familiar (baixo, médio ou elevado). Relativamente à relação entre o estilo parental e a variável “nível socioeconómico familiar”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhum estilo parental, o que nos permite concluir que o nível socioeconómico familiar não influencia significativamente o estilo parental utilizado. No entanto, no caso do estilo Autoritativo a comparação entre as medianas permite detetar diferenças no limiar do estatisticamente significativo ($p = .06$), indiciando uma tendência para um menor recurso a este estilo parental por parte de famílias com um nível económico classificado como baixo.

Tabela 7**Nível socioeconómico familiar e resultados no QDEP**

	<i>Mdn</i>	AIQ	<i>H</i>	<i>p</i>
Autoritativo			5.50	.06
Baixo	3.87	1.63		
Médio	4.67	0.33		
Elevado	4.23	0.50		
Autoritário			1.45	.48
Baixo	1.66	0.58		
Médio	2.00	0.58		
Elevado	1.58	0.44		
Permissivo			2.06	.36
Baixo	2.00	1.10		
Médio	2.20	0.80		
Elevado	2.50	1.45		

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

Como é possível observar na Tabela 8, tendo em conta a variável “grau de prematuridade”, o estilo parental Autoritativo apresenta um valor mediano mais elevado, quer as crianças sejam extremas prematuras ($Mdn = 4.13$), muito prematuras ($Mdn = 4.66$) ou prematuras moderadas/tardias ($Mdn = 4.66$). Relativamente à relação entre o estilo parental e o “grau de prematuridade”, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhum estilo parental, o que nos permite concluir que o grau de prematuridade não influencia significativamente o estilo parental utilizado. Porém, no caso do estilo Autoritativo a comparação entre as medianas permite detetar diferenças no limiar do estatisticamente significativo ($p = .06$), indiciando uma tendência para um menor recurso a este estilo parental por parte de pais de crianças extremamente prematuras.

Tabela 8
Grau de prematuridade e resultados no QDEP

	<i>Mdn</i>	AIQ	<i>H</i>	<i>p</i>
Autoritativo			5.54	.06
Extremo prematuro	4.13	1.40		
Muito prematuro	4.66	0.43		
Prematuro moderado/tardio	4.66	0.57		
Autoritário			1.71	.42
Extremo prematuro	1.58	0.87		
Muito prematuro	1.66	0.67		
Prematuro moderado/tardio	2.00	0.71		
Permissivo			1.39	.50
Extremo prematuro	2.70	1.55		
Muito prematuro	2.60	1.20		
Prematuro moderado/tardio	2.80	1.20		

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

Na tabela 9 é possível observar que o estilo Autoritativo é o que apresenta um valor mediano mais elevado, quer tenham ($Mdn = 4.33$), quer não tenham ($Mdn = 4.66$) ocorrido complicações perinatais. Relativamente à relação entre o estilo parental Autoritativo e a variável “complicações perinatais”, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem complicações perinatais ($U = 19.00$, $z = -.41$, $p = .75$), assim como também não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os mesmos grupos para o estilo parental Autoritário ($U = 24.50$, $z = -.34$, $p = .74$) e para o estilo parental Permissivo ($U = 19.50$, $z = -.92$, $p = .38$).

Tabela 9
Ocorrência de complicações perinatais e resultados no QDEP

	<i>Mdn</i>	AIQ	<i>U</i>	<i>p</i>
Autoritativo			19.00	.75
Com complicações	4.33	0.53		
Sem complicações	4.66	0.85		
Autoritário			24.50	.74
Com complicações	1.66	0.58		
Sem complicações	2.00	0.96		
Permissivo			19.50	.38
Com complicações	2.60	1.00		
Sem complicações	3.00	1.50		

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

A observação da Tabela 10 permite verificar que o estilo Autoritativo é o que apresenta um valor mediano mais elevado, quer as crianças apresentem comorbilidades ($Mdn = 4.20$), quer não apresentem ($Mdn = 4.66$). Relativamente à comparação do estilo parental Autoritativo em crianças com e sem “comorbilidades”, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($U = 9.00, z = -2.32, p < .05$). Tal permite-nos concluir que pais de crianças sem comorbilidades são mais autoritativos do que pais de crianças com comorbilidades. Relativamente ao estilo Autoritário, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem comorbilidades ($U = 24.50, z = -.74, p = .47$), assim como também não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos para o estilo parental Permissivo ($U = 29, z = -.21, p = .84$).

Tabela 10
Presença de comorbilidades e resultados no QDEP

	<i>Mdn</i>	AIQ	<i>U</i>	<i>p</i>
Autoritativo			9.00	.03
Com comorbilidades	4.20	0.20		
Sem comorbilidades	4.66	0.00		
Autoritário			24.50	.47
Com comorbilidades	1.66	0.42		
Sem comorbilidades	2.00	0.83		
Permissivo			29.50	.84
Com comorbilidades	2.60	1.40		
Sem comorbilidades	2.80	1.50		

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

4.4 Comparação entre amostras quanto aos resultados no BRIEF-P

Na Tabela 11 é possível observar a comparação dos resultados entre a amostra clínica e a amostra de comparação no BRIEF-P. Assim, vemos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras quer nas funções executivas no geral ($t(50) = -1.44; p = .16$), quer nas escalas “Inibição” ($t(50) = -1.67; p = .10$), “Controlo emocional” ($t(51) = -.16; p = .87$) e “Planeamento/Organização” ($t(51) = -1.64, p = .11$). Adicionalmente, através de um teste não paramétrico *U de Mann-Whitney*, também não se verificaram diferenças significativas entre amostras relativas à escala “Flexibilidade” ($U = 217.50, z = -1.52, p = .13$) e à escala “Memória de trabalho” ($U = 204.00, z = -1.48, p = .14$). Estes resultados clarificam que o desempenho no BRIEF-P não difere entre as duas amostras no que diz respeito às funções executivas.

Tabela 11
Comparação entre a amostra clínica e a amostra de comparação quanto aos resultados no BRIEF-P

	Amostra clínica		Amostra de comparação		<i>t/ U</i>	<i>p</i>
	<i>M/Mdn</i>	<i>DP/AIQ</i>	<i>M/Mdn</i>	<i>DP/AIQ</i>		
Compósito de F. executivas ^a	48.47	10.90	52.51	8.42	-1.44	.16
Inibição ^a	48.53	9.83	53.18	8.74	-1.67	.10
Flexibilidade ^b	41.50	9.00	46.00	7.00	217.50	.13
Controlo emocional ^a	47.87	10.30	48.35	9.00	-.16	.87
Memória de trabalho ^b	48.00	16.00	52.00	19.00	204.00	.14
Planeamento/Organização ^a	46.37	10.73	50.97	8.61	-1.64	.11

Nota. AIQ = Amplitude Interquartil.

^a Teste *t* de Student

^b Teste *U* de Mann-Whitney

4.5 Coeficientes de correlação entre os resultados do QDEP e do BRIEF-P

A correlação entre o Compósito de Funções Executivas obtido no BRIEF-P e o estilo parental Autoritativo é estatisticamente significativa, $r_s = -.58$, $p = .03$. Assim, quanto maior for a disfunção da criança ao nível das funções executivas, menor será a tendência dos pais para utilizarem um estilo parental autoritativo. Por outro lado, é possível verificar que a correlação entre o mesmo Compósito de funções executivas e o estilo Autoritário não é significativa ($r = .02$, $p = .95$), não o sendo também com o estilo Permissivo ($r = .17$, $p = .55$), revelando não existir uma relação entre as funções executivas e ambos os estilos parentais.

V- Discussão

A presente dissertação teve como principal objetivo compreender o estilo parental predominante em pais de crianças prematuras, assim como perceber se este se distingue dos pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Propusemo-nos, ainda, explorar a relação entre os estilos parentais e características clínicas e familiares destas crianças. Simultaneamente, pretendeu-se analisar as funções executivas deste grupo-alvo através da comparação com as funções executivas de crianças sem desafios desenvolvimentais particulares. Finalmente, constitui nosso objetivo analisar a relação entre os estilos parentais e o domínio de funções executivas por partes destas crianças.

Partindo dos objetivos a que se propôs, os resultados da presente investigação permitiram identificar o estilo parental autoritativo como o predominante nos pais de crianças prematuras da amostra estudada. Este resultado permitiu caracterizar estes pais como predominantemente autoritativos na relação com os seus filhos, informação esta que, tanto quanto é do nosso conhecimento, constituía uma lacuna na literatura. Assim, ainda que os estudos nesta área demonstrem que o nascimento prematuro pode afetar negativamente a transição para a parentalidade, os nossos resultados sugerem que, mesmo perante uma experiência que se pode revelar emocionalmente exigente e traumática para os progenitores (Goldberg & DiVitto, 2002), estes são capazes de adotar o estilo parental que melhor promove o bem-estar da criança (Shucksmith et al., 1995). A lacuna referida, relativa à caracterização do estilo parental destes pais, não nos permite comparar os nossos resultados com os de estudos prévios. No entanto, ao analisarmos a literatura que se debruça sobre pais de crianças com doença crónica no geral, este resultado contrasta com os resultados que mostram que estes pais demonstram baixa responsividade emocional e níveis elevados de exigência, controlo e monitorização (Pinquart, 2013).

Já quando comparados com pais de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos, concluiu-se que os três estilos parentais são utilizados de forma semelhante pelos pais de ambas as amostras. No entanto, é possível observar uma tendência por parte dos pais de crianças prematuras para serem mais permissivos, tendo sido encontrada uma diferença no limiar do estatisticamente significativo entre as duas amostras. Tal como previamente constatado, a literatura existente acerca da qualidade da interação entre estes pais e bebés prematuros é contraditória e inconclusiva. No entanto, ao demonstrar que estes pais são predominantemente autoritativos e que os estilos parentais são utilizados de forma semelhante em ambas as amostras, estes resultados vão contra parte dessa literatura que revela maiores dificuldades na qualidade da interação entre pais e bebés prematuros, em comparação com a de pais e crianças de termo, sem desafios desenvolvimentais. Tal é o caso de estudos que reportam uma maior distância afetiva e menor responsividade materna por parte de mães prematuras (Feldman and Eidelman, 2007; Schmücker et al., 2005) ou que descrevem estas mães como menos sensíveis e mais controladoras (Forcada-Guex et al., 2006; Korja et al., 2012). Ao não se verificarem diferenças na utilização do estilo parental autoritativo, demonstrou-se que estes pais conseguem demonstrar os mesmos

níveis elevados de responsividade, envolvimento parental e expressão de afeto característicos desse mesmo estilo (Baumrind, 1966; 1971) que pais de bebês de termo sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Ademais, também este resultado contrasta com a literatura existente acerca de pais de crianças com doença crónica no geral, que evidenciou que estes apresentam um nível mais elevado de parentalidade autoritária, bem como níveis mais baixos de parentalidade autoritativa, em comparação com famílias com crianças saudáveis (Pinquart, 2013), o que não se verificou nesta investigação. No entanto, tal contraste pode dever-se ao facto de, na presente investigação, a amostra de crianças prematuras incluir crianças sem comorbilidades e, como tal, consideradas saudáveis. Assim, é possível hipotetizar que os resultados seriam diferentes caso a amostra clínica fosse inteiramente composta por crianças com comorbilidades, uma vez que, tal como será discutido mais adiante, a presente investigação demonstrou que pais de crianças com comorbilidades recorrem menos a um estilo autoritativo do que pais de crianças sem comorbilidades. Além disso, salienta-se a tendência assinalada para uma maior permissividade por parte de pais de crianças prematuras, que está associada a baixos níveis de exigência e controlo e à tendência para permitir que a criança regule o seu comportamento e tome as suas próprias decisões (Baumrind, 1966; 1971). O recurso a um estilo parental mais permissivo pode acontecer numa tentativa por parte dos pais de compensar as crianças pelas consequências negativas do nascimento prematuro, adotando um comportamento de sobreproteção e disciplina inconsistente (Miles & Holditch-Davis, 1997). É, igualmente, possível hipotetizar que esta tendência para um maior recurso ao estilo permissivo por parte destes pais se poderia confirmar caso a amostra clínica fosse composta inteiramente por crianças com comorbilidades.

Por outro lado, a predominância do estilo autoritativo na amostra clínica e a ausência de diferenças significativas entre as amostras podem ser reflexo do facto de estas crianças usufruírem de um acompanhamento por parte de uma equipa multidisciplinar, com diversas valências como neonatologia, pediatria do desenvolvimento e psicologia. Assim, os pais destas crianças podem sentir que os seus filhos estão a ser devidamente acompanhados e, ao ser-lhes dada a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e receios, podem sentir-se devidamente informados sobre a condição clínica dos filhos, não desenvolvendo crenças irracionais que os poderiam levar a adotar comportamentos parentais menos adequados.

Ao ser analisada a relação entre a posição que a criança ocupa na fratria e o estilo parental adotado pelos pais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para nenhum estilo parental, demonstrando que a sua utilização é independente de a criança ser filha única, a primeira, segunda, terceira ou com uma posição superior na fratria. Este resultado pode ser explicado pelas características da amostra, que é pouco heterogénea, com metade da mesma a ser constituída por filhos que ocupam a primeira posição ($n = 8$). Não foi encontrada literatura relativa à influência da posição ocupada pela criança prematura na fratria e o estilo de parentalidade adotado pelos seus pais. No entanto, este resultado diverge de alguma literatura que se debruça sobre a parentalidade na população geral, que tende a reportar diferenças no tratamento parental entre os primeiros filhos e os restantes, nomeadamente um maior nível de controlo e disciplina, mas também de interação e responsividade para com o primeiro filho, em comparação com os seguintes (Hotz & Pantano, 2010; Ng et al., 2014).

Ainda no que toca às variáveis sociodemográficas, os resultados não identificaram uma influência significativa do nível socioeconómico familiar no estilo parental utilizado pelos pais de crianças prematuras, com os diferentes estilos a serem utilizados de igual forma por famílias de baixo, médio ou elevado nível socioeconómico. No entanto, um resultado no limiar do estatisticamente significativo permite-nos observar uma certa tendência para uma menor utilização do estilo parental autoritativo por parte de famílias que têm um nível socioeconómico baixo, em comparação com um nível considerado médio ou elevado. Embora, tanto quanto é do

nosso conhecimento, não exista literatura específica sobre a relação entre o nível socioeconômico e os estilos parentais em famílias desta população clínica, este resultado aproxima-se do obtido por Hoff e Laursen (2019), que estudaram esta relação em famílias da população geral. Este estudo colocou em evidência que famílias de classe média e elevada recorrem mais ao estilo autoritativo, enquanto famílias com um baixo nível socioeconômico demonstram adotar uma parentalidade mais autoritária. Eventualmente, esta influência poderia tornar-se mais visível caso a nossa amostra fosse mais numerosa e heterogênea.

Por sua vez, também não se verificou uma influência do grau de prematuridade da criança nos estilos parentais. Porém, um resultado no limiar do estatisticamente significativo indicia uma tendência para um menor recurso a um estilo parental autoritativo por parte de pais de crianças extremamente prematuras. Esta tendência pode ser explicada com base na literatura que sugere que bebês extremamente prematuros, devido à sua imaturidade biológica, tendem a ser mais passivos, menos responsivos na interação com a mãe e a apresentar dificuldades em fornecer pistas claras aos progenitores (Chapieski & Evankovich, 1997; Forcada-Guex et al., 2011; Goldberg & DiVitto, 2002), o que pode interferir nos níveis de sensibilidade, afeto e responsividade por parte destes pais e, assim, dificultar a qualidade da interação e construção de uma relação diádica mais positiva (Agostini et al., 2014; Borghini et al., 2006; Feldman and Eidelman, 2007; Forcada-Guex et al., 2006; Schmücker et al., 2005). No entanto, esta tendência poderá não ter surgido de modo mais claro na presente investigação devido ao número reduzido de extremos prematuros ($n = 4$) na amostra clínica.

Também a ocorrência de complicações perinatais não mostrou ter influência no estilo parental adotado, sendo o autoritativo o estilo predominante nos pais das crianças nascidas prematuramente, quer elas tenham ou não sofrido este tipo de complicações. No entanto, a literatura sugere que estas complicações podem causar grande angústia aos pais, por exemplo, ao notarem as mudanças de cor nos bebês, como acontece nos casos de icterícia, sendo esta uma das complicações reportadas nas crianças da nossa amostra. Ao serem confrontados com complicações perinatais, podem emergir, entre outros, sentimentos depressivos, de ansiedade, desesperança, frustração e culpa (Goldberg & DiVitto, 2002), que podem resultar numa perda de autoconfiança e autoestima. Assim, caso estes pais tenham experienciado tais sentimentos, os mesmos não se refletiram sobre o estilo parental adotado. No entanto, a literatura aponta para o risco de as mães de crianças em idade pré-escolar que nasceram prematuramente, adotarem comportamentos de sobreproteção e disciplina inconsistente, com a finalidade de tentar compensar as consequências negativas do nascimento prematuro (Miles & Holditch-Davis, 1997).

Já a análise da relação entre os estilos parentais e a variável comorbilidades demonstrou que os pais de crianças sem comorbilidades recorrem mais a um estilo autoritativo do que pais de crianças com comorbilidades. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de a presença de comorbilidades, como seja um atraso global do desenvolvimento psicomotor, que é a mais reportada na amostra clínica, poder afetar a vida destas crianças, nomeadamente em atividades diárias, vida escolar e funcionamento familiar (Pierrat et al., 2021), limitando a sua independência e autonomia. Como tal, uma vez que as características desenvolvimentais das crianças podem ter um forte impacto sobre a parentalidade (Bell, 1968), perante estas dificuldades os pais poderão adotar estilos parentais menos autoritativos. Inclusive, a existência de comorbilidades pode reforçar nas mães aquilo a que a literatura se refere como “estereótipos de prematuridade” (Stern et al., 2006), devolvendo-lhe a imagem de um bebé doente, vulnerável e fraco, que elas tentam proteger sendo mais controladoras (Forcada-Guex et al., 2011) ou, por outro lado, mais protetoras e cuidadoras (Borghini et al., 2006) como forma de tentar compensar as consequências negativas do nascimento prematuro.

Relativamente às funções executivas, quando comparados os resultados obtidos no BRIEF-P não se evidenciam diferenças significativas entre as amostras, nem no Compósito de Funções Executivas, nem em cada escala individualmente. Tal indica que os pais de crianças prematuras e de crianças nascidas a termo sem desafios desenvolvimentais conhecidos reportam um domínio semelhante das funções executivas por parte das suas crianças. Estes resultados não estão de acordo com a literatura, que reporta níveis mais baixos de funcionamento executivo por parte de crianças pré-termo com diferentes graus de prematuridade, em comparação com crianças de termo (Aarnoudse-Moens et al., 2009, 2011; Allotey et al., 2018; Loe et al., 2019; Mulder et al., 2009; Taylor & Clark, 2016). Inclusive, a literatura demonstra que os défices são notórios desde a idade pré-escolar (Sandoval et al., 2021), com estas crianças a obterem resultados no BRIEF-P, por relato dos seus pais, indicadores de maiores dificuldades. Perante isto, e uma vez que esta situação não se verifica na presente investigação, uma possível explicação para estes resultados pode passar pela dimensão reduzida da amostra clínica, nomeadamente dentro de cada grau de prematuridade, pois, mesmo que a literatura revele um menor nível de funcionamento executivo em crianças nascidas com vários graus de prematuridade, também sugere que os défices são tanto mais severos e evidentes quanto menor o tempo de gestação (Mulder et al., 2009). Como tal, estes défices são tendencialmente mais acentuados em crianças extremamente prematuras, que constituem um grupo de dimensões muito reduzidas no nosso estudo ($n = 4$). Para além disso, tal pode ainda ser explicado atendendo à faixa etária investigada, uma vez que, ainda que as funções executivas já estejam em desenvolvimento na idade pré-escolar, a entrada na escola exponencia esse desenvolvimento (Best et al., 2009; Romine & Reynolds, 2005), com o aumento da exigência nas tarefas realizadas e no que é esperado das crianças, levando a que potenciais défices possam ser evidenciados. Ademais, estes resultados espelham as possibilidades de observação limitadas que os pais têm dos filhos, no que se refere a situações em que fiquem claros esses défices no domínio das funções executivas. Por fim, tendo por base a influência da parentalidade no desenvolvimento das funções executivas (Bernier et al., 2010; Bernier et al., 2012), o uso semelhante dos estilos parentais entre as duas amostras pode justificar as semelhanças no domínio das funções executivas por parte das crianças de ambas.

Por fim, verificou-se uma correlação negativa entre o resultado Compósito de funções executivas e o estilo parental autoritativo, que permitiu perceber que quanto maior a disfunção das funções executivas nas crianças, menor será a tendência para recorrer àquele estilo parental. Esta correlação vai ao encontro da literatura que sugere que a parentalidade é determinada não só pelas características dos progenitores, como pelas das crianças, nomeadamente as suas características desenvolvimentais (Bell, 1968). Assim, na medida em que défices nestas funções se podem traduzir em problemas cognitivos, comportamentais e em menos competências sociais (Aarnoudse-Moens et al., 2009; Alduncin et al., 2014; Mulder et al., 2011), ser cuidador de uma criança com tais características pode-se revelar particularmente exigente e levar a que os pais adotem um estilo parental menos democrático, ou seja, menos pautado por comunicação com os filhos, envolvimento parental, expressão de afeto e encorajamento de autonomia e individualidade (Baumrind, 1966; 1971).

VI- Conclusões

A influência da parentalidade no desenvolvimento infantil torna relevante conhecer o modo como ela é exercida em famílias com crianças que enfrentam desafios desenvolvimentais específicos, nomeadamente as crianças prematuras. Este aspeto é particularmente pertinente uma vez que, ainda que, tanto quanto é do nosso conhecimento, os estilos parentais adotados pelos pais destas crianças, de acordo com a tipologia de Baumrind (1966; 1971), não tenham sido estudados previamente, a investigação existente relativa a características do comportamento

parental destes pais indicia que crianças prematuras beneficiam de níveis mais elevados de parentalidade responsiva e mais baixos de parentalidade diretiva e restritiva (Landry et al., 2001).

O nosso estudo permite destacar alguns resultados com potenciais implicações clínicas. Nomeadamente, é de realçar que, apesar de o estilo autoritativo ser predominante, este não parece ser usado de igual modo em subgrupos da amostra clínica. Assim, parecem recorrer menos a este estilo famílias com um nível socioeconómico classificado como baixo, pais de crianças extremamente prematuras, com comorbilidades ou com um menor domínio de funções executivas. Para além disso, parece haver uma tendência para pais de crianças prematuras serem mais permissivos que os de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos. Estes resultados permitem orientar futuras intervenções por parte de profissionais de saúde junto à população clínica, que poderão passar não só por uma maior atenção e aconselhamento a estes pais, mas pelo encaminhamento dos mesmos para grupos de educação parental específicos para esta população-alvo, com vista a promover competências parentais importantes. Para além disso, ao ser em formato grupal e ao colocá-los em contacto com pais em situações semelhantes, poderá enriquecer a sua rede social, que é essencial em situações de crise (Moré & Crepaldi, 2012), e possibilitar que estes se sintam mais compreendidos e validados. Uma rede social robusta e variada constitui um dos principais recursos para receber apoio e influencia o sentimento de autoestima, identidade e competência (Moré & Crepaldi, 2012), neste caso enquanto pais. Assim, a integração nestes grupos de educação parental poderia promover uma melhor compreensão e aceitação das suas necessidades, emoções e dificuldades, bem como das necessidades dos seus filhos, enquanto promoveria competências parentais com vista a melhorar a qualidade da relação entre pais e filhos.

Este estudo apresenta algumas limitações que nos permitem pensar e direccionar linhas de investigação futuras. A primeira prende-se com a dimensão reduzida das amostras, com destaque para a clínica, assim como a sua homogeneidade, ao ser recolhida num só Hospital. Ainda em relação à amostra clínica, perante a dificuldade na sua recolha, e com vista a aumentar o número de casos, foram incluídas quatro situações de pares de gémeos, tendo o mesmo progenitor respondido sobre as duas crianças distintas aquando do preenchimento do QDEP, o que constitui igualmente uma limitação do presente estudo (variância partilhada). Como tal, este estudo deve ser visto como exploratório e servir de base para investigações futuras. Assim, estudos futuros, recorrendo a amostras mais numerosas e heterogéneas relativamente ao local de recolha e à sua própria constituição, poderiam conduzir a resultados mais significativos, conclusivos, representativos da população e mais passíveis de serem generalizados, conferindo mais validade ao estudo. Para além disso, poderiam permitir clarificar as tendências verificadas através de resultados no limiar do estatisticamente significativo, como a tendência para os pais de crianças prematuras serem mais permissivos que os de crianças sem desafios desenvolvimentais conhecidos, para um menor recurso ao estilo parental autoritativo por parte de famílias com um nível económico baixo, assim como por parte de pais de crianças extremamente prematuras. Destas, é particularmente relevante investigar a tendência demonstrada para um maior recurso ao estilo parental permissivo por parte de pais de crianças prematuras, em comparação às de termo, uma vez que, segundo Neel e colaboradores (2019), o estilo parental permissivo está associado a um pior desenvolvimento comportamental destas crianças.

Para além disso, existem limitações relativas aos instrumentos e ao seu preenchimento. Uma limitação comum ao QDEP e ao BRIEF-P é o facto de, ao serem instrumentos de autorresposta, estarem mais sujeitos ao efeito da desejabilidade social. Esta caracteriza-se pela tendência de responder às questões de forma a transmitir uma imagem mais positiva do próprio, ao atribuir-se a si mesmo atitudes e comportamentos mais socialmente desejáveis aquando do preenchimento dos questionários (Crowne, & Marlowe, 1960; Marlowe, & Crowne, 1961). Como

tal, é um fator relevante a ser considerado na investigação, uma vez que pode enviesar os dados obtidos na mesma e ameaçar a objetividade do estudo. Esta influência deve ser especialmente tida em conta nesta investigação, uma vez que a recolha dos dados foi feita através do Hospital Garcia de Orta, onde estas crianças e pais são acompanhados e conhecem os profissionais, podendo querer, consciente ou inconscientemente, passar uma imagem mais positiva por receio de julgamento ou repercussões, apesar de lhes ter sido garantida a confidencialidade dos dados. Seria interessante entender, em investigações futuras, se os educadores de infância das crianças, mais livres desta possível influência da desajustabilidade social e conhecendo as crianças num contexto onde podem estar mais evidenciados eventuais défices nas funções executivas, reportam respostas semelhantes aos pais no BRIEF-P. Acresce que os pais participantes não foram treinados para responder aos questionários e fizeram-no sem a presença dos investigadores, o que pode ter levado ao não esclarecimento de eventuais dúvidas no seu preenchimento. No entanto, tentou-se combater estas limitações através da disponibilização total para esse mesmo esclarecimento, nomeadamente através da cedência de contacto telefónico por parte dos investigadores. Por outro lado, especificamente no BRIEF-P, constitui uma limitação significativa o facto de não existirem normas para a população portuguesa, tendo-se recorrido às normas americanas do estudo original, o que limita a interpretação dos resultados obtidos. Relativamente a futuras investigações, destaca-se a importância de usar normas representativas da população portuguesa nesta faixa etária, com vista a uma interpretação mais válida dos resultados obtidos nessas mesmas investigações.

Relativamente à correlação encontrada neste estudo entre as funções executivas e os estilos parentais, esta apenas nos indicou que um menor recurso ao estilo parental autoritativo está relacionado com maior disfunção nas funções executivas por parte das crianças. Seria interessante perceber qual o estilo parental pelo qual optam estes pais, ao invés. Contudo, é de realçar que a relação com outros estilos parentais não sobressai, no presente estudo.

Tal como este estudo, investigações nesta área devem ter como finalidade compreender melhor a relação que se estabelece entre pais e filhos com condições clínicas, como é o caso de prematuros, com vista a potenciar um bom ajustamento entre ambos. Ao compreender-se o impacto das características clínicas e familiares na parentalidade de pais de filhos de populações clínicas, neste caso no estilo parental adotado, será mais fácil, caso necessário, intervir no sentido de promover comportamentos mais adequados por parte destes pais e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da relação e o bem-estar de ambos, assim como o desenvolvimento da criança.

Em suma, apesar das limitações supramencionadas, a nossa investigação contribuiu para a caracterização dos estilos parentais de pais de crianças prematuras, assim como para compreender a sua relação com variáveis clínicas e familiares e com as funções executivas da criança. Realça-se a utilidade deste estudo, assim como de outros que, no futuro, possam vir a ser desenvolvidos com propósitos idênticos, no sentido de permitirem um melhor conhecimento desta população clínica, bem como o possível desenvolvimento e implementação de programas eficazes, que possam ir ao encontro das necessidades específicas da mesma.

Bibliografia

- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, *124*(2), 717-728. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2816>
- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2011). The profile of executive function in very preterm children at 4 to 12 years. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *54*(3), 247-253. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04150.x>
- Aarnoudse-Moens, C. S., Weisglas-Kuperus, N., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2013). Executive function and IQ predict mathematical and attention problems in very preterm children. *PloS One*, *8*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055994>
- Agostini, F., Neri, E., Dellabartola, S., Biasini, A., & Monti, F. (2014). Early interactive behaviours in preterm infants and their mothers: Influences of maternal depressive symptomatology and neonatal birth weight. *Infant Behavior and Development*, *37*(1), 86-93. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.12.003>
- Allotey, J., Zamora, J., Cheong-See, F., Kalidindi, M., Arroyo-Manzano, D., Asztalos, E., van der Post, J., Mol, B. W., Moore, D., Birtles, D., Khan, K. S., & Thangaratinam, S. (2018). Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta-analysis and systematic review involving 64 061 children. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *125*(1), 16-25. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14832>
- Alduncin, N., Huffman, L. C., Feldman, H. M., & Loe, I. M. (2014). Executive function is associated with social competence in preschool-aged children born preterm or full term. *Early human development*, *90*(6), 299-306. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.02.011>
- Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação, desenvolvimento e diferenciação*. Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Anderson, P. J. (2008). Towards a developmental model of executive functions. In V. Anderson, R. Jacobs, & P. J. Anderson (Eds.), *Executive functions and the frontal lobes: A lifespan perspective* (pp. 23-56). Taylor & Francis.
- Anderson, P. J., Doyle, L. W., & Victorian Infant Collaborative Study Group (2004). Executive functioning in school-aged children who were born very preterm or with extremely low birth weight in the 1990s. *Pediatrics*, *114*(1), 50-57. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.50>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, *37*(4), 887-907. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1966.tb05416.x>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, *4*(1), 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1975). The contributions of the family to the development of competence in children. *Schizophrenia Bulletin*, *14*, 12-37. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.14.12>
- Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, *136*(1), 39-64. <https://doi.org/10.1037/a0017768>
- Bell R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*(2), 81-95. <https://doi.org/10.1037/h0025583>
- Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, *15*(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2011.01093.x>

- Bernier, A., Whipple, N., & Carlson, S. M. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development, 81*(1), 326-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>
- Best, J. R., Miller, P. H., & Jones, L. L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review, 29*(3), 180-200. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.05.002>
- Blackburn, C., & Harvey, M. (2018). 'A different kind of normal': Parents' experiences of early care and education for young children born prematurely. *Early Childhood Development and Care, 190*(3), 296-309. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1471074>
- Blair, C., Zelazo, P. D., & Greenberg, M. T. (2005). The measurement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology, 28*(2), 561-571. https://doi.org/10.1207/s15326942dn2802_1
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal, 27*(5), 494-508. <https://doi.org/10.1002/imhj.20103>
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1997). Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior and Development, 20*(3), 283-296. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(97\)90001-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(97)90001-1)
- Bowen, J. R., Gibson, F. L., & Hand, P. J. (2002). Educational outcome at 8 years for children who were born extremely prematurely: A controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health, 38*(5), 438-444. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00039.x>
- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1.500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 14*(1), 1-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100002>
- Clark, C. A. C., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child Development, 79*(5), 1444-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x>
- Chapieski, M. L., & Evankovich, K. D. (1997). Behavioral effects of prematurity. *Seminars in Perinatology, 21*(3), 221-239. [https://doi.org/10.1016/s0146-0005\(97\)80065-1](https://doi.org/10.1016/s0146-0005(97)80065-1)
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- 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>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology, 64*(1), 135-168. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, N. M., Gomes, C. M. A., Reppold, C. T., Fioravanti-Bastos, A. C. M., Pires, E. U., Carreiro, L. R. R., & Seabra, A. G. (2015). Investigação da estrutura e composição das funções executivas: Análise de modelos teóricos. *Psicologia: Teoria e Prática, 17*(2), 140-152. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p140-152>
- Doellinger, P. V., Soares, I., Sampaio, A., Mesquita, A. R., & Baptista, J. (2017). Prematuridade, funções executivas e qualidade dos cuidados parentais: Revisão sistemática de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 33*, 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3321>
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Developmental Psychobiology, 49*(3), 290-302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>

- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21–26. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006>
- 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(1), e107–e114. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1145>
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2003). *BRIEF-P. Behaviour Rating Inventory of Executive Function, Preschool Version*. Psychological Assessment Resources.
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (2002). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (pp. 329–354). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gomella, T. L., Cunningham, M. D., Eyal F. G., & Tuttle D. J.(Eds.) (2013). *Neonatology: Management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs* (7th ed.). McGraw Hill.
- Greenberg, J. M., Haberman, B., Narendran, V., Nathan, A. & Schibler, K. (2018). Neonatal morbidities of prenatal and perinatal origin. In C. J. Lockwood, T. R. Moore, J. A. Copel, R. M. Silver, R. Resnik, & M. E. Green (Eds.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice* (8th ed., pp. 1309-1333). Elsevier.
- Hoff, E., & Laursen, B. (2019). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Biology and ecology of parenting* (pp. 421–447). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429401459-13>
- 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>
- Institute of Medicine. (2007). *Preterm birth: Causes, consequences, and prevention*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11622>
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(2), 164–173. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x>
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?. *Developmental Psychology*, 37(3), 387–403. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.37.3.387>
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281–297. <http://doi.org/10.1080/00207598208247445>
- 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., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen, & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development* (pp. 1-101). Wiley.
- Marlowe, D., & Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of Consulting Psychology*, 25(2), 109-115. <https://doi.org/10.1037/h0041627>

- Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (1997). Parenting the prematurely born child: Pathways of influence. *Seminars in Perinatology*, 21(3), 254-266. [https://doi.org/10.1016/s0146-0005\(97\)80067-5](https://doi.org/10.1016/s0146-0005(97)80067-5)
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moré, C. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistémica*, 21(43), 84-98.
- Mulder, H., Pitchford, N. J., Hagger, M. S., & Marlow, N. (2009). Development of executive function and attention in preterm children: A systematic review. *Developmental Neuropsychology*, 34(4), 393-421. <https://doi.org/10.1080/87565640902964524>
- Mulder, H., Pitchford, N. J., & Marlow, N. (2011). Inattentive behaviour is associated with poor working memory and slow processing speed in very pre-term children in middle childhood. *The British Journal of Educational Psychology*, 81(Pt 1), 147-160. <https://doi.org/10.1348/000709910X505527>
- Neel, M. L., Slaughter, J. C., Stark, A. R., & Maitre, N. L. (2019). Parenting style associations with sensory threshold and behaviour: A prospective cohort study in term/preterm infants. *Acta Paediatrica*, 108(9), 1616-1623. <https://doi.org/10.1111/apa.14761>
- Nelson, C. A., Bos, K., Gunnar, M. R., & Sonuga-Barke, E. J. (2011). The neurobiological toll of early human deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 127-146. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00630.x>
- Ng, W. L., Mofrad, S., & Uba, I. (2014). Effect of birth order on the differential parental treatment of children. *Asian Social Science*, 10(14), 132-137. <https://doi.org/10.5539/ass.v10n14p132>
- Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravello, T., & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100002>
- Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 302-312. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528210>
- Peterson, B. S., Vohr, B., Staib, L. H., Cannistraci, C. J., Dolberg, A., Schneider, K. C., Katz, K. H., Westerveld, M., Sparrow, S., Anderson, A. W., Duncan, C. C., Makuch, R. W., Gore, J. C., & Ment, L. R. (2000). Regional brain volume abnormalities and long-term cognitive outcome in preterm infants. *JAMA*, 284(15), 1939-1947. <https://doi.org/10.1001/jama.284.15.1939>
- Pierrat, V., Marchand-Martin, L., Marret, S., Arnaud C., Benhammou V., Cambonie G., Debillon T., Dufourg M.-N., Gire, C., Goffinet F., Kaminski, M., Lapillonne, A., Morgan, A. S., Rozé J.C., Twilhaar, S., Charles M.-A., Ancel, P.-Y., & EPIPAGE-2 Writing Group (2021). Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ - British Medical Journal*, 373(741). <https://doi.org/10.1136/bmj.n741>
- Pinquart, M. (2013). Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 708-721. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst020>
- Poehlmann, J., Burnson, C., & Weymouth, L. A. (2014). Early parenting, represented family relationships, and externalizing behavior problems in children born preterm. *Attachment & Human Development*, 16(3), 271-291. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.884610>

- Raju, T. N. (2013). Moderately preterm, late preterm and early term infants: Research needs. *Clinics in perinatology*, 40(4), 791–797. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013>.
- Romine, C. B., & Reynolds, C. R. (2005). A model of the development of frontal lobe functioning: Findings from a meta-analysis. *Applied Neuropsychology*, 12(4), 190–201. https://doi.org/10.1207/s15324826an1204_2
- Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*, 371(9608), 261–269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60136-1)
- Sandoval, C. C., Gaspardo, C. M., & Linhares, M. (2021). The impact of preterm birth on the executive functioning of preschool children: A systematic review. *Applied neuropsychology: Child*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/21622965.2021.1915145>
- Schmücker, G., Brisch, K. H., Köhntop, B., Betzler, S., Österle, M., Pohlandt, F., Pokorny, D., Laucht, M., Kächele, H., & Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423–441. <https://doi.org/10.1002/imhj.20066>
- Shucksmith, J., Hendry, L. B., & Glendinning, A. (1995). Models of parenting: Implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescence*, 18(3), 253–270. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1018>
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754–770. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00781.x>
- Stern, M., Karraker, K., McIntosh, B., Moritzen, S., & Olexa, M. (2006). Prematurity stereotyping and mothers' interactions with their premature and full-term infants during the first year. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 597–607. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsj051>
- Taylor, H. G., & Clark, C. A. C (2016). Executive function in children born preterm: Risk factors and implications for outcome. *Seminars in Perinatology*, 40(8), 520–529. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.09.004>
- Valente, A. S., & Seabra-Santos, M. J. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: Impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(1), 1-7. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/26/20110624095227_Art_Original_Valente_AS_42%281%29.pdf
- Volpe, J.J. (2009). The encephalopathy of prematurity-brain injury and impaired brain development inextricably intertwined. *Seminars in Pediatric Neurology*, 16(4), 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2009.09.005>
- Woodward, L. J., Clark, C. A. C., Bora, S., Inder, T. E. (2012). Neonatal white matter abnormalities an important predictor of neurocognitive outcome for very preterm children. *Plos One*, 7(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051879>
- World Health Organization. (2012). Born too soon: The global action report on preterm birth. WHO.
- World Health Organization (2018). *Preterm birth*. WHO. <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>

Anexos

Anexo I - Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais de crianças prematuras

Anexo II - Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais da amostra de comparação QDEP

Anexo I – Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais de crianças prematuras

Exmos. Pais:

Encontra-se a decorrer no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), um projeto de investigação que visa validar para a população portuguesa um conjunto de versões de um Inventário de Funções Executivas, o BRIEF (*Behavior Rating Inventory of Executive Function* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas). As funções executivas, que têm um papel importante no desempenho académico e no funcionamento social e emocional de crianças e jovens, englobam um conjunto diversificado de competências, tais como: selecionar as tarefas adequadas para alcançar um objetivo e/ou para tomar decisões; planear, organizar e alternar as estratégias para a resolução de um problema; ou autorregular comportamentos.

O Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta associou-se a este projeto, contribuindo para a validação deste questionário em grupos de crianças com desafios desenvolvimentais particulares, como é o caso de crianças nascidas pré-termo. Simultaneamente, pretendemos compreender se as funções executivas destas crianças se relacionam não com o modo como os pais lidam com elas, no seu dia-a-dia.

Para a concretização deste estudo vimos solicitar a sua participação, através do preenchimento de dois breves questionários: o BRIEF e o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, o que tomará no máximo 20 minutos. Solicitamos, igualmente, que autorize o educador de infância / professor/a do seu filho/a responder também ao questionário BRIEF.

Os dados recolhidos são confidenciais e tratados de forma a manter o anonimato. A identidade dos seus filho/a não é solicitada e apenas a equipa de investigação deste projeto terá acesso à informação recolhida. A participação é totalmente voluntária. Os dados recolhidos serão tratados unicamente no âmbito do projeto, de forma global, e serão guardados durante 5 anos, salvaguardando as devidas condições de segurança.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora Ana Filipa Lopes através do email: anafilipalopes@hgo.min-saude.pt

Informação mais detalhada sobre este projeto encontra-se disponível em: https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto_BRIEF_Informacao_Participantes.pdf

Se concordar em participar, por favor, assine e devolva a folha seguinte.

Pela Equipa de Investigação

Ana Filipa Lopes

Maria João Seabra-Santos

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a _____, estou de acordo que o/a meu/minha filho/a ou educando/a _____, participe no estudo que está a ser desenvolvido pelo CINEICC da Universidade de Coimbra, em colaboração com o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia da Orta, *Inventários de Funções Executivas: Estudos de validação e normalização com o BRIEF*. Nesse sentido, concordo em colaborar, respondendo a dois breves questionários, bem como autorizo que o/a educador/a de infância / professor/a preencha o questionário BRIEF relativo ao/à meu/minha filho/a, neste âmbito. Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e clarificar todos os aspetos que me parecerem pertinentes. Foi-me garantido que a identidade do/a meu/minha filho/a não é solicitada e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada pela Coordenadora do Projeto.

A Mãe/ O Pai

Anexo II - Carta explicativa do estudo e Consentimento informado para os pais da amostra de comparação QDEP

Exmos. Pais:

No âmbito da realização de dissertações de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e da Saúde, a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em colaboração com o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta, pretendemos compreender o modo como as mães e os pais de crianças com desafios desenvolvimentais particulares (por exemplo, crianças com epilepsia ou crianças nascidas pré-termo) lidam com os seus filhos, no seu dia-a-dia. Para tal, necessitamos de um grupo de comparação, constituído por mães/pais de crianças do mesmo leque etário (3 a 7 anos) mas sem desafios particulares. É nesse sentido que pedimos a sua colaboração, através do preenchimento do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, o que tomará cerca de 10 minutos.

Os dados recolhidos são confidenciais e tratados de forma a manter o anonimato. A sua identidade ou a do seu filho/a não são solicitadas e apenas a equipa de investigação deste projeto terá acesso à informação recolhida. A participação é totalmente voluntária. Os dados recolhidos serão tratados unicamente no âmbito do projeto, de forma global, e serão guardados durante 5 anos, salvaguardando as devidas condições de segurança.

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a orientadora, Maria João Seabra Santos, através do email: seabramj@fpce.uc.pt
Se concordar em participar, por favor, assine e devolva a folha seguinte.

A orientadora

Profª Associada da FPCEUC

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a, estou de acordo em participar no estudo que está a ser desenvolvido na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em colaboração com o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, sobre dimensões e estilos parentais em mães/pais de crianças com desafios desenvolvimentais. Nesse sentido, concordo em colaborar, respondendo a um breve questionário.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e clarificar todos os aspetos que me parecerem pertinentes. Foi-me garantido que a minha identidade e a do/a meu/minha filho/a não são solicitadas e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo.

A Mãe/ O Pai
