



Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos

Ana Sofia Valente¹, Maria João Seabra-Santos²

1. Câmara Municipal de Soure
2. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Centro de Psicopedagogia, Universidade de Coimbra

Resumo

O nascimento prematuro de muito baixo peso tem sido destacado como um factor que pode comprometer o desenvolvimento da criança e constituir para a família uma considerável fonte de stress. Neste estudo descrevemos o desenvolvimento psicológico, na fase pré-escolar, das crianças nascidas prematuras com muito baixo peso, assim como o impacto deste nascimento em alguns aspectos do funcionamento psicológico materno. Procedeu-se à avaliação de 37 crianças nascidas prematuramente com muito baixo peso e das respectivas mães, e de 37 crianças nascidas de termo e com peso adequado à idade gestacional e das respectivas mães (controlo), quando as crianças tinham 3-4 anos de idade. As crianças foram avaliadas do ponto de vista do desenvolvimento (através das Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Versão Revista) e do comportamento (através das Escalas de Comportamento para a Idade Pré-escolar – 2ª Edição). As mães foram avaliadas quanto ao stress sentido no seu papel parental através do Índice de Stress Parental. Os resultados mostram que as crianças nascidas prematuramente com muito baixo peso, por comparação com o grupo de controlo, apresentam um desenvolvimento mais pobre e alguns problemas de comportamento, sobretudo dificuldades relacionadas com o seu baixo nível de atenção e excesso de actividade, enquanto as suas mães apresentam mais características de humor depressivo associadas ao nascimento destes seus filhos. Assim, conclui-se que a condição de prematuridade com muito baixo peso ao nascer tem ainda um impacto psicológico considerável na criança e na sua mãe 3-4 anos após o nascimento, o que põe em destaque a necessidade de implementar intervenções e apoios que se prolonguem pelo período pré-escolar.

Palavras-chave: Nascimento prematuro; Muito baixo peso ao nascer; Desenvolvimento infantil; Escala de Griffiths revista; Comportamento infantil; Stress emocional.

Acta Pediatr Port 2011;42(1):1-7

Premature very low birth weight: impact on the child and the mother at 3-4 years

Abstract

Prematurity associated with very low birth weight has been highlighted in the literature as a factor that may compromise the child's development and add a considerable source of stress to the family. This study aims to characterize in the preschool period the psychological development of children prematurely born with very low birth weight, as well as the impact of this birth in some aspects of the maternal psychological functioning. The samples consisted of 37 children prematurely born with very low birth weight and their mothers, and 37 term and normal birth weight children and their mothers (control), when the children were 3-4 years of age. The children's evaluations consisted of: a developmental assessment using the Griffiths Mental Developmental Scales – Extended Revised; and a behavioral assessment with the Preschool Behavioral Scales – 2nd Edition. Mothers were assessed concerning the stress related to their parental role, using the Parental Stress Index. Results show that children born prematurely with very low birth weight, when compared with term, normal birth weight controls, exhibit more delayed development, more behavioral problems, specially related to low attention level and excessive activity, while their mothers exhibit a more depressive humor associated with their children's birth. Therefore, prematurity with very low birth weight still has a considerable psychological impact on the child and his/her mother 3-4 years after birth, drawing attention to the need for interventions and support implemented through the preschool years.

Key-words: Premature birth; Very low birth weight; Child development; Griffiths scales – extended revised; Child behavior; Psychological stress.

Acta Pediatr Port 2011;42(1):1-7

Recebido: 24.09.2009

Aceite: 18.01.2011

Correspondência:

Ana Sofia Valente
Câmara Municipal de Soure
Praça da República
3130-218 Soure
asofiagv@hotmail.com

Introdução

No contexto da trajectória de desenvolvimento normativo da criança, o nascimento prematuro associado ao muito baixo peso (PMBP) tem sido destacado como um factor de elevado risco biológico, que pode comprometer o desenvolvimento da criança¹⁻³. Os problemas podem fazer-se sentir logo no período neonatal, podendo ou não acompanhar a criança ao longo do seu percurso desenvolvimental, nomeadamente na idade pré-escolar e após a entrada na escola.

A maioria dos estudos longitudinais efectuados com grupos de PMBP tem revelado que estas crianças apresentam um risco elevado de comprometimento em várias áreas, das quais se destacam a cognitiva e a comportamental⁴⁻⁷. A maioria dos problemas apresentados nas idades pré-escolar e escolar consiste em dificuldades de aprendizagem, perturbação de hiperactividade com défice de atenção, dificuldades na linguagem, comprometimento neurológico e problemas escolares gerais^{8,9}.

O ambiente familiar e social, especialmente a interacção com os pais e prestadores de cuidados, constituem preditores significativos do desenvolvimento. Contudo, em casos de nascimento prematuro, os próprios pais podem também ser afectados, acrescentando à situação novos factores de risco relacionados com o seu próprio ajustamento psicológico e com as interacções que estabelecem com a criança. Com efeito, a literatura tem sublinhado de forma consistente que esta é uma situação que pode também constituir um risco para a saúde mental materna e para a dinâmica familiar. O nascimento prematuro de um filho representa uma situação imprevista e provocadora de elevados níveis de stresse para a família, incidindo principalmente na mãe, que muitas vezes passa a manifestar sintomas de ansiedade e depressão¹⁰⁻¹⁵.

A investigação e reflexão em torno das consequências do nascimento PMBP encontram-se cada vez mais justificadas, dado que os avanços tecnológicos na área da medicina perinatal, associados aos apoios prestados na assistência ao recém-nascido, têm permitido, ao longo dos últimos anos, um aumento considerável na sobrevivência destas crianças, com pesos cada vez mais baixos e menos tempo de gestação⁶. Por outro lado, a maioria dos estudos de acompanhamento indicam que as crianças nascidas com peso abaixo de 1500 gramas apresentam, muitas vezes, problemas graves de desenvolvimento. A este propósito têm-se levantado questões éticas relacionadas com o limite da viabilidade e polémicas sobre até onde e quando intervir, sem causar às famílias o transtorno e o desgaste emocional decorrentes de ter que cuidar de crianças com sequelas neurológicas e sensoriais graves¹⁶. Torna-se, assim, necessário realizar uma investigação mais aprofundada acerca destas possíveis consequências e do modo de as prevenir¹⁷.

Neste contexto, a ideia de *resiliência* responsabiliza-nos, ao confrontar-nos com a possibilidade de intervir no percurso destas crianças e das suas famílias, de forma a potenciar a sua qualidade de vida. Assim, apesar de se demonstrar que o impacto da condição de prematuridade se pode prolongar ao longo da vida, encontrando-se associada à ocorrência de perturbação depressiva, baixa auto-estima, agressividade e desajustamento social na adolescência e ainda a stresse psicológico no início da idade adulta¹⁸, prevalece a ideia de que um acompanhamento e

intervenção precoces adequados durante o desenvolvimento destas crianças podem mudar este rumo¹⁹ e contrariar as consequências negativas da perturbação neurológica precoce.

Por conseguinte, a consciência desta realidade e a percepção do impacto que o número crescente de nascimentos PMBP tem na própria criança, na família e na sociedade em geral, serviu de motivação para a realização desta investigação, que pretende caracterizar o desenvolvimento psicológico de crianças nascidas prematuramente e com muito baixo peso (PMBP), assim como o impacto do nascimento destas crianças sobre as suas mães, quando a criança tem 3-4 anos. Mais especificamente, este estudo visa avaliar o impacto do nascimento PMBP no desenvolvimento da criança, assim como no seu comportamento. Pretendemos, ainda, caracterizar o impacto do nascimento PMPB ao nível do stresse materno.

Metodologia

1. Amostra

Tendo em consideração os objectivos desta investigação, são estudadas duas coortes: uma, constituída por crianças nascidas numa maternidade de referência na zona centro do país, prematuras e com muito baixo peso (PMBP) e pelas respectivas mães; e uma coorte de controlo, constituída por crianças nascidas a termo, com peso adequado à idade de gestação, que frequentam jardins-de-infância de um concelho da zona centro e pelas respectivas mães. A coorte de controlo foi recolhida de modo a constituir pares idênticos com o grupo clínico quanto às variáveis idade cronológica, género e nível socioeconómico. Para proceder à análise do nível socioeconómico (NSE) foi utilizada uma classificação em três níveis proposta por Almeida (1988)²⁰, em função da profissão e nível de escolaridade dos progenitores.

Assim, na maternidade foram avaliadas as crianças que nasceram PMBP naquela instituição no ano de 2003 e à data da recolha de dados tinham 3-4 anos. Naquele ano tiveram alta da maternidade 51 crianças PMBP vivas. Destas 51 foram convocadas 45, por corresponderem aos critérios de inclusão na investigação, isto é, peso à nascença inferior ou igual a 1500 gramas e superior a 800 gramas, que não se encontrassem a ser seguidas em centros especializados por apresentarem perturbações profundas do desenvolvimento. Foram excluídas as crianças com patologias clínicas diagnosticadas (e.g. paralisia cerebral, problemas respiratórios), bem como aquelas cujas famílias residiam a uma distância superior a 150 km da maternidade. Das 45 crianças contactadas, 37 compareceram à avaliação marcada, o que corresponde a 82% do total convocado. Todos os pais estiveram presentes durante a avaliação das crianças.

No Quadro I apresentam-se os dados relativos às variáveis que caracterizam as duas coortes. Tal como se pode observar, a coorte clínica incluía um total de 37 crianças, sendo 17 (46%) do sexo feminino e 20 (54%) do sexo masculino. Das, 26 (70%) pertenciam a um estatuto socioeconómico baixo e onze (30%) a um estatuto socioeconómico médio. A coorte de controlo ficou composta também por 37 crianças cujas características demográficas correspondem às do grupo clínico, sendo condição de inclusão a ausência de patologias clínicas e atrasos diagnosticados do desenvolvimento, e terem nascido

Quadro I – Caracterização das crianças que compõem as duas coortes

		PMBP (n=37) Média (DP) (min.-máx.)	Controlo (n=37) Média (DP) (min.-máx.)	p
Idade Cronológica (meses)		47.32 (2.36) (43-51)	47.62 (2.60) (43-53)	n.s. †
Peso (gramas)		1172.70 (197.54) (840-1500)	3065.13 (250.35) (2620-3940)	**†
Semanas de gestação		29.86 (2.51) (24-36)	39.06 (1.43) (35-41)	**†
Dias de Internamento		33.16 (20.69) (3-83)	0.00	
Tipo de Parto	Cesariana	25 (68%)	13 (35%)	n.s. †
	Eutócico	12 (32%)	21 (57%)	
	Desconhecido	-	3 (8%)	
Género	Feminino	17 (46%)	18 (49%)	n.s. †
	Masculino	20 (54%)	19 (51%)	
Nível Socioeconómico	Baixo	26 (70%)	20 (54%)	n.s. †
	Médio	11 (30%)	16 (43%)	
	Elevado	-	1 (3%)	
Idade Materna		32.41(5.74) (22-49)	33.80 (4.68) (26-42)	n.s. †

PMBP – Prematuro de Muito Baixo Peso

** p < .01

† diferença analisada através do teste t de Student

‡ diferença analisada através do teste qui-quadrado (χ^2)

a termo com peso adequado à idade gestacional. Destas, 18 (49%) eram do sexo feminino e 19 (51%) do sexo masculino; 20 (54%) pertenciam ao estatuto socioeconómico baixo, 16 (43%) ao médio e uma (3%) ao elevado.

A idade cronológica média de ambos os grupos no momento da avaliação era de 47 meses (3 anos e 11 meses). O peso médio à nascença das crianças do grupo clínico era inferior a 1500 gramas, com uma amplitude de 840 a 1500 gramas. No grupo de controlo, o peso médio à nascença era de 3065 g, encontrando-se dentro dos valores esperados para recém-nascidos de termo. A média do número de semanas de gestação do grupo de controlo era, tal como o peso à nascença, significativamente superior à média do grupo clínico (39.06 vs. 29.86, $t_{(69)} = -18.74$, $p < .001$). Quanto ao número de dias de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os dados relativos à coorte clínica (recolhidos nos processos clínicos das crianças) mostram que a média foi de 33.16 dias ($dp=20.69$), sendo que nenhuma das do grupo de controlo necessitou de internamento nesta unidade. A idade materna é idêntica nos dois grupos estudados. A comparação das duas coortes permite-nos verificar não existirem diferenças estatisticamente significativas entre elas no que toca à idade cronológica e género das crianças, tipo de parto, idade materna e nível socioeconómico, pelo que, quanto a estas variáveis, podemos considerá-las equivalentes na sua composição.

2. Instrumentos

Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Versão Revista: Apesar de não se encontrar validada para a popu-

lação portuguesa, existe uma longa tradição de uso da escala de Griffiths no nosso país, nomeadamente em serviços de Pediatria. A Versão Revista desta escala (doravante designada por “Escala de Griffiths”)²¹, recentemente validada em Inglaterra, foi a utilizada no presente estudo, tendo sido devidamente traduzida e adaptada para português. É composta pelas seguintes subescalas: *Locomotora, Pessoal-Social, Audição e Linguagem, Coordenação Mão-Olho, Realização e Raciocínio Prático*. Alguns dos itens são avaliados por observação directa do comportamento da criança, enquanto outros o são através do questionamento dos pais. Permite obter dados quantitativos (Equivalentes de Idade Mental) para cada subescala e, ainda, resultados globais: Equivalente de Idade Mental Total e Quociente de Desenvolvimento.

Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª

Edição (ECIP-2): Nesta investigação foi utilizada uma versão experimental das Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição, desenvolvidas por Merrell²² e adaptadas para a população portuguesa por Major em 2007²³. Trata-se de um inventário do comportamento especificamente desenvolvido para ser utilizado com crianças dos três aos seis anos de idade, focando as aptidões sociais e os problemas de comportamento típicos desta faixa etária e com frequência manifestados nos contextos escolar e familiar. As ECIP-2 incluem duas escalas: uma de *Aptidões Sociais* (composta pelas subescalas *Cooperação Social, Interação Social e Independência Social*), e uma de *Problemas de Comportamento* (abrangendo *Problemas Externalizantes* – que incluem as subescalas suplementares *Auto Centrado/Explosivo*,

Problemas de Atenção/Excesso de Actividade e Antissocial/Agressivo – e *Problemas Internalizantes*, nos quais se enquadram as subescalas suplementares *Evitamento Social* e *Ansiedade/Queixas Somáticas*).

Índice de Stresse Parental: O *Parenting Stress Index* (PSI), de Richard Abidin, foi traduzido e validado para a população portuguesa por Vieira Santos em 1993²³. Embora se destine a pais de crianças com idades compreendidas entre um mês e os doze anos, a adaptação portuguesa do PSI foca uma faixa etária mais restrita, entre os cinco e os dez anos de idade. Inclui dois domínios – *Domínio da Criança* (com as subescalas *Distração/Hiperactividade*, *Reforço aos Pais*, *Humor*, *Aceitação*, *Maleabilidade* e *Exigência*) e *Domínio dos Pais* (com as subescalas *Sentido de Competência*, *Vinculação*, *Restrições de Papel*, *Depressão*, *Relação Marido-Mulher*, *Isolamento Social* e *Saúde*) –, e ainda uma Escala de *Stresse de Vida*. Em todos estes domínios e subescalas, resultados mais elevados são indicadores de níveis de stresse mais altos.

3. Procedimento

A recolha de dados da coorte de crianças PMBP teve lugar na maternidade onde as crianças haviam nascido, no período compreendido entre Abril e Junho de 2007. Entre Setembro de 2007 e Março de 2008 foram recolhidos os dados da coorte de controlo, nos jardins-de-infância frequentados pelas crianças ou, nalguns casos, nas respectivas residências.

O hospital convocou as famílias, num primeiro momento por contacto telefónico e depois por carta. As avaliações da coorte clínica foram realizadas por uma psicóloga, que procedeu à administração da escala de desenvolvimento, e também por um pediatra, uma vez que os dados obtidos tinham como primeiro propósito a identificação de potenciais problemáticas clínicas dos utentes e encaminhamento para serviços especializados.

A Escala de Griffiths foi aplicada a cada criança com a presença de, pelo menos, um dos pais e os respondentes dos questionários ECIP-2 e PSI foram as mães das crianças que, na maioria dos casos, levaram os questionários para preencher em casa, acompanhados por um envelope selado e endereçado com vista à sua devolução. As taxas de retorno dos questionários ECIP-2 e PSI preenchidos foram, respectivamente, de 76% (28/37) e 73% (27/37).

Para a avaliação da coorte de controlo recorreu-se aos mesmos procedimentos, exceptuando a avaliação pediátrica. Tendo em conta que a maioria destas avaliações ocorreu em contexto de jardim-de-infância, os pais não estiveram presentes. Os questionários ECIP-2 e PSI foram entregues às educadoras em envelopes fechados, com a indicação de que os mesmos deveriam ser preenchidos pelas mães que, posteriormente, os entregariam no jardim-de-infância, igualmente em envelopes fechados. As taxas de devolução dos questionários ECIP-2 e PSI preenchidos foram, respectivamente, de 62% (23/37) e 43% (16/37), o que representa números inferiores aos da coorte PMBP. No caso das ECIP-2 foi possível completar a coorte controlo recorrendo a alguns protocolos recolhidos por Major²³ no seu estudo de adaptação da escala para a população portuguesa. Manteve-se, contudo, a preocupação de que as duas coortes (PMBP e controlo) permaneces-

sem equivalentes, constituindo-se pares idênticos quanto à idade, género e nível socioeconómico. Esta equivalência foi, de facto, confirmada através da realização das análises estatísticas necessárias (teste *t* de Student e teste do Qui quadrado).

As diversas análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, Chicago, IL, EUA), versão 15.0²⁹. Foram determinadas estatísticas descritivas (medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento). Foram consideradas as seguintes condições para recorrer a testes paramétricos: variáveis medidas em escalas de tipo intervalar ou de razão; distribuições normais; homogeneidade das variâncias ou, em alternativa, número semelhante de sujeitos nos grupos a comparar.

Resultados

1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Versão Revista

O grupo de crianças nascidas PMBP apresenta um Quociente de Desenvolvimento (QD) médio de 94 (com desvio padrão de 11.44, mínimo de 76 e máximo de 120), enquanto o grupo de controlo obteve um valor médio de 103 (desvio padrão de 15.16, mínimo de 80 e máximo 165), o que corresponde a uma diferença estatisticamente significativa entre as duas coortes em estudo ($t_{(72)} = -2.91, p < .005$). Assim, o grupo de controlo obteve um resultado médio próximo de 100, o que sugere que as normas da população inglesa poderão não estar muito desajustados à população portuguesa. O valor médio obtido pelas crianças nascidas PMBP situa-se abaixo de 100, o que denota uma ligeira inferioridade da Idade Mental relativamente à Idade Cronológica.

O Quadro II refere-se à comparação entre as duas coortes no que toca aos Equivalentes de Idade Mental obtidos através da Escala de Griffiths (com recurso ao teste *t* de Student). A análise do quadro permite-nos verificar que as diferenças entre os dois grupos são todas elas estatisticamente significativas no que toca aos Equivalentes de Idade Mental, sendo estes bastante superiores no grupo de controlo, sobretudo nas subescalas Locomoção, Pessoal-Social, Linguagem e Realização. As diferenças são mais reduzidas, embora ainda estatisticamente significativas, nas subescalas Coordenação Mão-Olho e Raciocínio Prático.

Quadro II – Comparação entre médias de Equivalentes de Idade Mental nas subescalas da Griffiths (*t* de Student)

Equivalente Idade Mental	PMBP n=37 Média (DP)	Controlo n=37 Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Total	44.17 (5.04)	48.86 (7.59)	-3.13	.002
A: Locomoção	49.64 (7.15)	56.93 (10.75)	-3.44	.001
B: Pessoal-Social	51.99 (6.78)	57.05 (5.38)	-3.56	.001
C: Linguagem	41.15 (7.45)	47.03 (9.15)	-3.03	.003
D: Coord. Mão-Olho	40.51 (6.04)	43.65 (6.07)	-2.23	.029
E: Realização	38.39 (7.23)	44.28 (8.08)	-3.31	.001
F: Raciocínio Prático	41.43 (3.85)	43.50 (4.19)	-2.21	.030

PMBP – Prematuro de Muito Baixo Peso (Idade Cronológica média = 47.32 meses)

2. Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar (ECIP-2)

A análise do Quadro 3 permite verificar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas coortes no que toca à escala Aptidões Sociais (teste *t* de Student). Já no que diz respeito à escala Problemas de Comportamento constata-se que somente numa das subescalas suplementares correspondente a Problemas Externalizantes – mais especificamente Problemas de Atenção/Excesso de Actividade – as duas coortes diferem com significância estatística. Verifica-se, no entanto, que as crianças

do grupo PMBP obtêm valores acima dos do grupo de controlo em todas as subescalas de Problemas de Comportamento, assim como no Total Problemas de Comportamento, Problemas Externalizantes e Problemas Internalizantes, indicando uma maior incidência destes problemas no grupo de crianças PMBP.

3. Índice de Stresse Parental (PSI)

No Quadro IV apresentam-se os resultados relativos à comparação das pontuações obtidas no questionário PSI pelas duas coortes (teste *U* de Mann-Whitney). Tal como se pode

Quadro III – Comparação entre médias de pontuações no questionário ECIP-2 (*t* de Student)

	PMBP (n=28) Média (DP)	Controlo (n=28) Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Total Aptidões Sociais	79.39 (14.44)	78.21 (10.40)	0.35	0.727
Cooperação Social	27.54 (6.02)	27.07 (3.84)	0.34	0.732
Interacção Social	25.46 (5.09)	25.11 (4.25)	0.28	0.777
Independência Social	26.39 (4.89)	26.39 (3.77)	0.00	1.00
Total Problemas Comportamento	50.25 (16.47)	40.36 (21.55)	1.93	0.059
Problemas Externalizantes	33.75 (12.68)	27.11 (16.12)	1.71	0.092
Problemas Internalizantes	16.46 (5.73)	13.25 (7.38)	1.82	0.074
Auto-centrado/ Explosivo	15.75 (6.28)	12.96 (7.96)	1.45	0.152
Prob. Atenção/Excesso Actividade	12.68 (4.22)	9.11 (5.59)	2.70	0.009
Antissocial/ Agressivo	5.21 (4.38)	4.96 (3.38)	0.24	0.812
Evitamento Social	6.21 (3.13)	4.89 (3.38)	1.52	0.135
Ansiedade/Queixas Somáticas	10.36 (3.81)	8.39 (4.49)	1.76	0.083

PMBP – Prematuros de Muito Baixo Peso

Quadro IV – Comparação entre médias de pontuações no Questionário PSI (*U* de Mann-Whitney)

	PMBP (n=16) Média (DP)	Controlo (n=16) Média (DP)	<i>U</i>	<i>p</i>
PSI- Total	208.31 (32.15)	206.44 (29.86)	119.00	.734
Distracção/ Hiperactividade	21.75 (4.23)	20.62 (3.72)	116.00	.650
Reforço aos Pais	9.00 (2.78)	8.69 (3.44)	107.50	.433
Humor	8.75 (3.13)	8.25 (2.14)	122.00	.819
Aceitação	13.06 (3.25)	15.25 (3.42)	83.00	.087
Maleabilidade	26.81 (6.20)	26.12 (4.13)	107.00	.427
Exigência	16.62 (4.11)	17.12 (3.70)	123.00	.850
Domínio da Criança	96.12 (17.19)	96.06 (14.29)	126.00	.940
Sentido de Competência	25.06 (6.15)	25.06 (5.28)	123.00	.850
Vinculação	11.19 (2.32)	11.56 (3.24)	128.00	1.00
Restrições de Papel	15.06 (4.78)	15.00 (4.19)	111.00	.518
Depressão	19.69 (5.42)	16.87 (4.06)	76.00	.049
Relação Marido-Mulher	15.62 (5.29)	15.56 (5.55)	127.50	.985
Isolamento Social	13.37 (4.50)	12.56 (3.26)	119.50	.747
Saúde	12.18 (2.99)	13.75 (2.98)	88.00	.126
Domínio dos Pais	112.19 (23.15)	110.37 (20.65)	123.50	.865
Stresse de Vida	9.75 (12.82)	12.19 (9.25)	94.50	.204

PMBP – Prematuros de Muito Baixo Peso

verificar, apenas se encontra uma diferença estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas para a subescala Depressão (Domínio dos Pais), na qual as mães da coorte PMBP registam níveis mais elevados de stresse. No entanto, a subescala Aceitação (Domínio da Criança) revela uma diferença entre os dois grupos próxima do limiar da significância estatística mas sendo, desta vez, as mães da coorte de controlo as que relatam níveis mais elevados de stresse parental.

Discussão e conclusões

Os resultados médios mais baixos verificados em diversas áreas do desenvolvimento das crianças nascidas PMBP vêm corroborar resultados de investigações neste âmbito, que atestam que estas crianças apresentam mais problemas de desenvolvimento, nomeadamente ao nível das capacidades cognitivas^{2,4}, aprendizagem²⁴, competências neurodesenvolvimentais e neuromotoras^{25,26} e linguagem^{27,27-31} quando comparadas com crianças nascidas a termo e com peso adequado à idade gestacional. Verificam-se, igualmente nestas crianças, índices mais elevados de problemas de comportamento, nomeadamente ao nível da atenção/excesso de actividade, resultado este que vai também de encontro à literatura^{4,5}. Esta investigação constitui, assim, uma modesta chamada de atenção para a necessidade de estudar o impacto a médio prazo do nascimento PMBP na qualidade de vida destas crianças e das suas famílias, realçando a pertinência de ponderar as questões éticas relacionadas com a sobrevivência de crianças com idade gestacional e peso cada vez mais baixos.

Por outro lado, ao revelarem a presença de indicadores de depressão nas mães do grupo clínico quando a criança já tem 3-4 anos, os resultados deste estudo constituem também um alerta para o facto de o nascimento de um bebé PMBP tender a intensificar e a prolongar os sintomas psicopatológicos que muitas vezes ocorrem, de modo transitório, no período pós-parto. Com efeito, estas mães são confrontadas com uma situação imprevisível e altamente ansiógena¹¹, sendo esta experiência, usualmente, fonte de ansiedade mesmo depois de o bebé se encontrar clinicamente estável^{11,32}. Destaca-se, assim, a necessidade de serviços complementares que apoiem estas famílias e a importância de intervenções dirigidas à saúde mental materna e à qualidade das interações mãe-criança. A ocorrência inesperada de níveis de stresse mais elevados no grupo de controlo no domínio Aceitação da escala PSI (ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa), pode indiciar uma propensão, por parte das mães das crianças nascidas PMBP, para negar as dificuldades dos seus filhos e as suas próprias limitações, empolando para o exterior a sua “aceitação” das crianças e mostrando, assim, a si mesmas e aos outros, que não apresentam qualquer dificuldade em lidar com elas.

Complementarmente, este estudo permitiu obter dados que abonam em favor da validade discriminativa da nova versão da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, escala esta com uma vasta tradição de utilização nos serviços de Pediatria e Psicologia portugueses, mas que ainda não se encontra aferida no nosso país.

Esta investigação encerra algumas limitações, de entre as quais destacamos: o facto de não se ter recorrido a um avaliador “cego” quanto à história neonatal das crianças avaliadas; a utilização de normas inglesas em crianças portuguesas para a Escala de Griffiths; e o reduzido número de sujeitos incluídos no estudo. Por outro lado, ao colocar como critérios de exclusão do grupo de crianças nascidas PMBP a existência de atrasos de desenvolvimento graves e outras patologias clínicas diagnosticadas, tornou-se a coorte clínica estudada muito mais homogénea e menos representativa da população em causa no que concerne às suas características desenvolvimentais. Esta opção, se por um lado diminui a magnitude das diferenças encontradas entre as coortes PMBP e controlo, por outro lado tem o mérito de pôr em evidência a importância de avaliar crianças nascidas PMBP que aparentemente não apresentam qualquer patologia do desenvolvimento, de forma a poder identificar possíveis atrasos ou problemas e encaminhá-las para os respectivos serviços de intervenção.

De futuro, consideramos ser importante a replicação do estudo em amostras de maior dimensão e com maior diversidade dentro dos parâmetros de inclusão (considerando, por exemplo, outras categorias de baixo peso), assim como a realização de estudos longitudinais que acompanhem as crianças PMBP até ao final do 1º ciclo de escolaridade, de forma a poder observar as trajectórias de desenvolvimento destas crianças ao longo do tempo e compreender as suas características e necessidades, o impacto desta condição sobre a família e o potencial efeito de programas específicos de intervenção.

Agradecimentos

As autoras agradecem: ao Serviço de Neonatologia e à Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra) a facilidade de acesso aos utentes e aos recursos logísticos que possibilitaram a realização deste trabalho; ao Serviço de Psicologia do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, em Lisboa, pela cedência dos materiais traduzidos da Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Revista; à Mestre Sofia Major pela disponibilização de dados e de resultados não publicados da sua tese de Mestrado sobre as Escalas de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição; às direcções dos jardins-de-infância do Centro Social de Alfarelos, da Fundação Maria Luísa Ruas da Gesteira e da Casa da Criança de Soure, nos quais foram recolhidos os dados relativos às crianças do grupo de controlo; a todos os pais e crianças que colaboraram neste estudo.

Referências

1. Laucht M, Esser G, Schmit M. Differential development of infants at risk for psychopathology: The moderating role of early maternal responsiveness. *Dev Med Child Neurol* 2001;43:292-300.
2. McCormick M. The outcomes of very low birth weight infants: Are we asking the right questions? *Pediatrics* 1997;99:869-76.
3. Taylor G, Klein N, Minich N, Hack M. Long-term family outcomes for children with very low birth weights. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;155(2):155-61.

4. Bradley R, Whiteside L, Caldwell B, Casey P, Kelleher K, Pope S et al. Maternal IQ, the home environment, and child IQ in low birth weight, premature children. *Int J Behav Dev* 1993;16(1):61-74.
5. Brandt P, Magyari D, Harnmond M, Barnard K. Learning and behavioural-emotional problems of children born preterm at second grade. *J Pediatr Psychol* 1992;17:291-311.
6. Carvalho A, Linhares M, Martinez F. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1500g). *Psic: Refl e Crítica* 2001;14:1-33.
7. Landry S, Smith K, Swank P, Assel M, Vellet S. Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Dev Psycho* 2001; 37:387-403.
8. Cherkes-Julkowski M. Learning disability, attention-deficit disorder, and language impairment as outcomes of prematurity: A longitudinal descriptive study. *J Learn Disabil* 1998;31(3):294-306.
9. Redshaw M, Salt A. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: Follow up after two years. *Early Hum Dev* 2006;82(3): 185-97.
10. Doering L, Moser D, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Netw* 2000;19:15-23.
11. Kennell JH, Klaus MH. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: Klaus, MH, Kennell, JH, editores. *Pais / Bebês: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993;170-244.
12. Mew A, Holditch-Davis D, Belyea M, Miles M, Fisher A. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. *Neonatal Netw* 2003;22:51-60.
13. Rutenberg W, Finello K, Cordeiro A. Interactions between depressed and nondepressed latino mothers and their premature infants. *Infant Ment Health J* 1997;18:364-77.
14. Wijnroks L. Maternal recollected anxiety and mother infant interaction in preterm infants. *Infant Ment Health J*, 1999;20:393-409.
15. Zanardo V, Freato F. Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: Assessment of parental anxiety. *Early Hum Dev* 2001;6:39-46.
16. Méio M, Lopes C, Morsch D. Factores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública* 2003;37:311-8.
17. Kohlhauser C, Fuiko R, Panagl A, Zadra C, Haschdke N, Brandstetter S et al. Outcome of very-low-birth-weight infants at 1 and 2 years of age: The importance of early identification of neurodevelopmental deficits. *Clin Pediatr* 2000;39(8):441-9.
18. Patton G, Coffey C, Carlin J, Olsson C, Morley R. Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2004;184:446-7.
19. Liaw F, Brooks-Gunn J. Patterns of low birth weight children's cognitive development. *Dev Psychol* 1993;29:1024-35.
20. Almeida LS. *O raciocínio diferencial dos jovens: Avaliação desenvolvimento e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica; 1988.
21. Luiz D, Faragher B, Barnard A, Knoesen N, Kotras N, Burns L et al. *Griffiths Mental Developmental Scales – Extended Revised*. Oxford: Hogrefe; 2006.
22. Merrell K. *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*. 2nd ed. Austin, TX: PRO-ED; 2002.
23. Major SO. *Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar. Estudo exploratório com crianças portuguesas* [dissertação de Mestrado não publicada]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2007.
24. Abidin R. *PSI – Índice de Stress Parental*. Lisboa: CEGOC-TEA, Editores; 2003.
25. SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences* (version 15.0 for Windows) [Software]. Chigaco, IL: SPSS Inc; 2005.
26. Ross G, Lipper E, Auld P. Cognitive abilities and early precursors of learning disabilities in very low birthweight children with normal intelligence and normal neurological status. *Int J Behav Dev* 1996;19:563-80.
27. Aylward G. Methodological issues in outcomes studies of at risk infants. *J Pediatr Psychol* 2002;27:37-45.
28. Bracewell M, Marlow N. Patterns of motor disability in very preterm children. *Dev Disabil Res Rev* 2002;8:241-8.
29. Allen MC. Preterm outcomes research: A critical component of neonatal intensive care. *Dev Disabil Res Rev* 2002;8:221-33.
30. Msall M, Tremont M. Measuring functional outcomes after prematurity: Developmental impact of very low birth weight and extremely low birth weight status on childhood disability. *Dev Disabil Res Rev* 2002;8:258-72.
31. Saigal S, Burrows E, Barbara L, Rosenbaum P, Streiner D. Impact of extreme prematurity on families of adolescence children. *J Pediatr* 2000;137:701-6.
32. Linhares M, Martins I, Klein V. Mediação materna como processo de promoção e protecção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: Marturano EM, Linhares MB, Loureiro SR, editores. *Vulnerabilidade e protecção: Indicadores na trajectória de desenvolvimento escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004;39-74.