UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

MARIANNA RAMOS E OLIVEIRA

Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares.

Ribeirão Preto – SP
2020

MARIANNA RAMOS E OLIVEIRA

Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

Ribeirão Preto – SP
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Oliveira, Marianna Ramos e.

Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares. / Marianna Ramos e Oliveira; orientadora Sonia Regina Loureiro. – Ribeirão Preto-SP, 2020.

134 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Área de Concentração: Saúde Mental.

Nome: Marianna Ramos e Oliveira

Título: Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Saúde Mental.

Aprovado em: ___ / ___ / _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Nome: Oliveira, Marianna Ramos e.
Título: Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa em Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001.

Ribeirão Preto – SP
2020

DEDICO ESTE TRABALHO À MINHA IRMÃ **MORENNA**, MINHA MELHOR AMIGA E PROFESSORA, QUE MUITO ANTES QUE EU PUDESSE COMPREENDER, FOI EXEMPLO DE DISPOSIÇÃO INCANSÁVEL PARA O CONHECIMENTO E PARA AS POSSIBILIDADES TRANSFORMADORAS DOS LIVROS E DAS PALAVRAS.

E À QUERIDA **THAYSA** QUE, COM SEU EXEMPLO DE CONDUTA ÉTICA, SENSÍVEL E PROFUNDA PARA A PESQUISA, FOI A MELHOR COMPANHIA E A MAIOR INCENTIVADORA DESSE TRABALHO.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora e professora **Dra Sonia Regina Loureiro**, por ter generosamente se disponibilizado a me ensinar; por nunca ter aceitado menos do que acreditava que eu poderia oferecer; e por ser o modelo de ética e competência que é - para sempre norteadora da minha conduta na pesquisa e na docência.

À querida amiga e companheira de pesquisa **Thaysa Brinck Fernandes da Silva**, por tudo e por tanto. Esse trabalho nunca foi meu, sempre foi nosso.

À **Fernanda Aguiar Pizeta,** que gentilmente cedeu seu tempo e competência para esse trabalho de maneira afetuosa e consistente, tornando possível muito mais do eu pensava ser capaz.

À companheira de pós-graduação **Ana Paula Casagrande Silva Rodrigues**, por quem guardo imensa admiração e carinho, pelas trocas e trabalhos que enriqueceram tanto o meu percurso.

À minha querida prima **Ana Vilela Mendes** por ter inspirado esse caminho e por sempre me acompanhar com infinito interesse e disponibilidade.

Às **mães e crianças** participantes desse estudo, por terem aberto suas casas e seus corações, compartilhando comigo uma parte do seu mundo. Foi um privilégio tê-los ouvido, vocês são o começo e a finalidade de todo o meu esforço.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Saúde Mental, em especial à **Ivana Geraldo Cintra Faria,** pela constante disponibilidade e cuidado com que me orientou durante todo o processo.

Ao **CAPES**, pelo incentivo à minha pesquisa com o auxílio da bolsa de estudos.

Às minhas amigas pesquisadoras e entusiastas de boas conversas **Neftali Centurion**, **Maria Teresa Campos** e **Júnia Alves** por serem portos seguros para minhas dúvidas, cansaços e dilemas.

Às amigas **Stella Ramos**, **Vanessa de Oliveira**, **Marília Monti**, **Mariah Hueb**, **Ana Carulina Ferreira**, **Mariel Abreu** e **Marcela Darce** por encherem minha vida de alegria e esperança desde os primeiros passos da escola, até as realizações dos nossos maiores sonhos.

À querida **Cristina Groke**, pela companhia afetuosa e presença insubstituível nas minhas primeiras viagens, internas e externas, em direção aos esforços de conhecimento.

À minha amada **Suely Delboni**, por ser professora, supervisora, amiga e família, oferecendo fonte inesgotável de ânimo, incentivo, afeto e cuidado.

À querida **Sandra Bulhões** por ter sonhado comigo cada passo dessa jornada.

A todos os meus **familiares**, exemplos de vínculo e permanência, por terem contribuído afetuosamente para a minha formação e crescimento.

À minha segunda família, **Carmem** e **Eduardo Vilhena** e **Zuleika** e **Fairosché de Assis**, por todo o respeito, reconhecimento e amor com que sempre me acolheram.

Ao meu companheiro **Rui Barbosa de Sousa Neto**, por ser a força que me ampara, a casa para qual eu sempre quero voltar, e pelo amor que encheu de aconchego até os dias mais trabalhosos desse percurso.

À minha irmã **Morenna Ramos e Oliveira**, por preencher a minha alma e o meu coração de tudo o que importa e por ser sempre motivo de esperança na minha história.

Aos meus pais **Maria Abadia** e **Marcos**, exemplos do cuidado consistente e sensível que é tão discutido nesse trabalho, por terem me ensinado que o caminho do conhecimento é um que só começa, mas não tem fim. Obrigada por me enxergarem com tanto amor, nos seus olhos é que vejo o melhor de mim.

RESUMO

Oliveira, M. R. (2020). Depressão materna, práticas parentais maternas e o sexo das crianças: modelos preditivos para o comportamento de escolares (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A depressão materna é reconhecida como uma condição de adversidade que favorece mais práticas negativas das mães nos cuidados com os filhos, sendo amplamente relacionada a mais dificuldades comportamentais das crianças. Nessas associações, entretanto, os dados são pouco consistentes quanto às relações com o sexo das crianças. O estudo se propôs a abordar simultaneamente tais variáveis, tendo como objetivo geral verificar os efeitos preditivos da depressão materna, das práticas parentais das mães e do sexo das crianças para os desfechos comportamentais de meninos e meninas em idade escolar. Utilizou-se uma amostra de conveniência, da comunidade, com 101 díades mães-filhos, de ambos os sexos, com idade entre oito e 11 anos, distribuídas em dois grupos, a saber: G1: 51 díades, cujas mães apresentaram diagnóstico de depressão sistematicamente avaliado; e G2: 50 díades, cujas mães não apresentaram histórico de transtorno depressivo. Para a inclusão e alocação nos grupos as mães responderam ao Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) e à Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), e as crianças ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Procedeu-se à avaliação individual, face a face. As mães responderam a um Questionário Geral, relativo aos dados sociodemográficos e familiares; ao Inventário de Estilos Parentais; e ao Questionário de Capacidades e Dificuldades da Criança (SDQ), instrumento de rastreamento sobre indicadores comportamentais infantis. Os dados foram codificados segundo as recomendações técnicas e analisados por procedimentos estatísticos ($p \leq 0,05$). Nas comparações conduzidas, contatou-se que as mães do grupo com depressão (G1) relataram mais práticas parentais negativas, além de mais práticas específicas de negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada, com significância estatística. Em relação aos indicadores comportamentais, as crianças cujas mães tinham diagnóstico de depressão apresentaram mais sintomas emocionais. No que se refere às comparações entre os sexos das crianças, constatou-se que as mães de meninos relataram maior uso de monitoria negativa, e os meninos apresentaram escores mais altos de dificuldades gerais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, quando comparados às meninas, além de menos indicadores de comportamento pró-social. Identificou-se a presença de associações significativas da depressão materna com a predominância de práticas negativas,

sintomas emocionais das crianças e nível socioeconômico baixo. Verificou-se, por meio das análises de covariância, que a depressão materna perdeu o efeito preditivo para os indicadores comportamentais ao se controlar os efeitos do sexo das crianças, mas manteve os efeitos preditivos para o aumento das práticas parentais negativas. Por meio da análise de regressão linear multivariada, o sexo masculino, a negligência, o abuso físico e a disciplina relaxada foram identificados como preditores do aumento de problemas comportamentais, sendo que o sexo masculino mostrou-se um risco mais importante do que a depressão materna para o aumento de problemas de comportamento. Considera-se que tais dados podem subsidiar o planejamento de programas de prevenção e intervenção para a população geral, com foco nas orientações de pais quanto às práticas parentais e à identificação de demandas específicas para meninos e meninas, contribuindo para minimizar os problemas de saúde mental maternos e infantis.

Palavras-Chave: Depressão. Parentalidade. Sexo. Comportamento infantil.

ABSTRACT

Oliveira, M. R. (2020). Maternal depression, maternal parental practices and child sex: prediction models of children's behavior (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Maternal depression is known as an adversity condition that leads to more negative maternal child rearing practices, as well as being wildly associated with more behavior difficulties for children. These associations, however, are not very consistent regarding the influence of child sex. The present study aimed to approach these variables simultaneously, with the main objective of verifying the predictive effects of maternal depression, parental practices and child sex to the behavior of school aged boys and girls. Data was obtained from a community-based sample of 101 mother-child pairs, with children of both sexes between the ages of 8 and 11 years, distributed between two groups, as following: G1: 51 pairs, whose mothers were systematically diagnosed with depression; and G2: 50 pairs, whose mothers didn't present history of depressive disorder. For the inclusion and allocation of the groups, mothers answered the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), and children answered Raven's Coloured Progressive Matrices. Individual and face-to-face evaluations were conducted. Mothers responded to a General Questionnaire, related to sociodemographic and family data, to the Parenting Style Inventory, and to the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), a screening instrument for children's behavioral indicators. Data were coded according to the technical recommendations and analyzed by statistical procedures ($p \leq 0.05$). The comparative analyses showed, with statistical significance, that the mothers of the depression group (G1) reported more negative parental practices, as well as more practices of neglect, inconsistent punishment and permissive discipline. Regarding the behavioral indicators, children whose mothers had been diagnosed with depression presented more emotional symptoms. As for the comparisons between boys and girls, it was identified that the mothers of boys reported more use of negative control; and boys presented higher scores of behavior problems in general, conduct problems and relationship problems when compared to girls, as well as less pro-social behavior resources. Significant associations were identified between maternal depression with predominantly negative practices, children's emotional symptoms and low income. The covariance analyses indicated that maternal depression lost the predictive effect to children's behavior when the effects of child sex were controlled, but kept the predictive

effects to the increase report of negative parental practices. Multivariate regression models showed that masculine sex, neglect, physical abuse and permissive discipline were the most important predictors of the increase report of behavior problems; in these analyses, being a boy was shown to be a more important risk factor for behavior problems than maternal depression. These results can contribute to the planning of more effective prevention and intervention programs for the general population, with a focus on guidelines on parental practices, and on particular demands of boys and girls, in order to minimize maternal and child mental health problems.

Keywords: Depression; Parenting styles, Sex, behavior.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percurso Amostral 49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização e comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, mães e famílias (n=101) 62

TABELA 2 - Caracterização e comparações entre meninos e meninas quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, mães e famílias (n=101).....64

TABELA 3 - Caracterização do perfil clínico das mulheres/mães do grupo G1 quanto às categorias diagnósticas da depressão, segundo a SCID (n=51) 65

TABELA 4 - Caracterização do perfil cínico das mulheres/mães do grupo com depressão - G1, segundo o PHQ-9 (n=51).....66

TABELA 5 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto às práticas parentais utilizadas pelas mães, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101) 67

TABELA 6 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto à frequência das práticas parentais utilizadas pelas mães e quanto ao iep, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101).....68

TABELA 7 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101).....69

TABELA 8 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos no Escore Total e nas escalas específicas do SDQ, segundo o relato das mães (n=101).....70

TABELA 9 - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais maternas classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101) 71

TABELA 10 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais utilizadas pelas mães, classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=51).....71

TABELA 11 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais utilizadas pelas mães, classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=50).....72

TABELA 12 - Comparações entre meninos e meninas quanto *ao iep*, avaliado pelo Inventário de Estilos Parentais para a amostra total (n=101), grupo com depressão (G1 - n=51) e grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2 - n=50) 73

TABELA 13 - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101).....74

TABELA 14 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=51).....75

TABELA 15 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=50).....76

TABELA 16 - Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ (n=101) 77

TABELA 17 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=51).....78

TABELA 18 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) - Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=50) 79

TABELA 19 - Comparações entre meninos e meninas quanto aos indicadores comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=101).....80

TABELA 20 - Associações entre as variáveis com diferenças significativas: depressão materna, práticas positivas e negativas, Monitoria Negativa, IEP, Escore Total, e escalas de Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Problemas de Relacionamento com os Colegas, e Comportamento Pró-Social do SDQ (n=101) 81

TABELA 21 - Análises de covariância (ANCOVA) para a predição dos desfechos de comportamento (total e escalas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças....86

TABELA 22 - Análises de covariância (ANCOVA) para a predição das práticas parentais maternas (total de positivas e negativas, *iep* e específicas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças.....87

TABELA 23 - Análise de regressão linear múltipla (*Stepwise)* considerando as variáveis preditoras para os desfechos problemas de comportamento das crianças (n=101). 89

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mães 124

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Crianças 126

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Protocolo de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal Do Triângulo Mineiro (UFTM) 129
ANEXO B - Autorização para Realização de Pesquisa em Unidade Escolar 1 131
ANEXO C - Autorização para Realização de Pesquisa em Unidade Escolar 2 132
ANEXO D - Autorização para Realização de Pesquisa em Unidade Escolar 3 133
ANEXO E - Autorização para Realização de Pesquisa em Unidade Escolar 4 134

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 21
1.1. A PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E A CONTEXTUALIZAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA DO ESTUDO 21
1.2. ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO 23
1.3. DEPRESSÃO MATERNA E INFLUÊNCIAS PARA O COMPORTAMENTO DOS FILHOS EM IDADE ESCOLAR 25
1.4. PRÁTICAS PARENTAIS E A SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO MATERNA E OS DESFECHOS INFANTIS 28
1.5. COMPORTAMENTO DE ESCOLARES DIFERENCIADOS PELO SEXO, DEPRESSÃO MATERNA E PRÁTICAS PARENTAIS 34

3. OBJETIVOS 42
2.1. OBJETIVO GERAL 42
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 42

3. MÉTODO 44
3.1. ASPECTOS ÉTICOS 44
3.2. DELINEAMENTO 44
3.3. PARTICIPANTES 45
3.3.1. Caracterização da situação do estudo 45
3.3.2. Caracterização dos participantes 45
3.3.3. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes 46
3.3.4. Processo de seleção dos participantes 47
3.4. INSTRUMENTOS 50
3.4.1. Instrumentos para alocação nos grupos e inclusão/exclusão no estudo 50
3.4.2. Instrumentos para o estudo propriamente dito 52
3.5. PROCEDIMENTOS 55
3.5.1. Coleta de dados 55
3.5.2. *Tratamento dos Dados* 56
3.5.3. *Análise estatística dos Dados* 58

4. RESULTADOS 61
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA 61
4.2. PERFIL CLÍNICO DAS MULHERES/MÃES DO GRUPO COM DEPRESSÃO (G1) 65
4.3. COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELA DEPRESSÃO MATERNA QUANTO ÀS PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E AOS INDICADORES COMPORTAMENTAIS INFANTIS 67
4.4. COMPARAÇÕES ENTRE MENINOS E MENINAS QUANTO ÀS PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E AOS INDICADORES COMPORTAMENTAIS INFANTIS 70
4.5. ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS: DEPRESSÃO MATERNA, PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS, ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS, SEXO DAS CRIANÇAS E NÍVEL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS 80
4.6. ANÁLISES DE COVARIÂNCIA RELATIVAS AO EFEITO PREDITIVO DA DEPRESSÃO MATERNA PARA OS COMPORTAMENTOS DE MENINOS E MENINAS E PARA AS PRÁTICAS PARENTAIS. 85

4.7. MODELOS MULTIVARIADOS DE PREDIÇÃO DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS CONSIDERANDO A DEPRESSÃO MATERNA, AS PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E O SEXO DAS CRIANÇAS. 88

5. DISCUSSÃO 92
5.1. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E O PAPEL DA DEPRESSÃO MATERNA PARA AMOSTRA ESTUDADA 92
5.2. ANÁLISE DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELA PRESENÇA DA DEPRESSÃO MATERNA: PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E INDICADORES COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS 95
5.3. ANÁLISE DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELO SEXO DAS CRIANÇAS: PRÁTICAS PARENTAIS E INDICADORES COMPORTAMENTAIS, CONSIDERANDO A CONVIVÊNCIA COM A DEPRESSÃO MATERNA 100
5.4. ANÁLISES DE PREDIÇÃO RELATIVAS À DEPRESSÃO MATERNA, PRÁTICAS PARENTAIS E SEXO DAS CRIANÇAS PARA OS INDICADORES COMPORTAMENTAIS 104

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 115

APÊNDICES 124

ANEXOS 129

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. A PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E A CONTEXTUALIZAÇÃO DA QUESTÃO DE PESQUISA DO ESTUDO

O campo de estudos da psicopatologia do desenvolvimento emergiu dos esforços de várias disciplinas científicas, tais como a embriologia, a genética, as neurociências, a psicanálise e a psicologia (clínica, do desenvolvimento e experimental). Os teóricos nesses campos afirmam, historicamente, que é possível aprender mais sobre o funcionamento normal de um organismo quando estudamos suas patologias, e, da mesma forma, podemos aprender mais sobre a patologia quando estudamos o funcionamento normal (Toth & Cinneti, 2010). Nesse sentido, as psicopatologias podem ser pensadas como um meio de observação dos processos biológicos e psicológicos normais e desviantes, ajudando na sua compreensão.

A psicopatologia do desenvolvimento tem por finalidade estudar e entender os processos do desenvolvimento humano, caracterizando-se como uma concepção dinâmica e integrativa, que propõe avanços em relação à lógica causal (Cummings, Davies, & Campbell, 2000). Trata-se de uma disciplina científica cujo foco principal é elucidar os mecanismos biológicos, psicológicos e sócio-contextutais que podem favorecer desfechos normais, anormais e de riscos ao longo da vida, com intuito de estudar de forma multidisciplinar cada um desses fatores (Toth & Cicchetti, 2010).

Nessa perspectiva, os aspectos biológicos e comportamentais são considerados partes integrais de um mesmo sistema, sobre o qual atuam múltiplos fatores, internos e externos. O curso do desenvolvimento, nesse sentido, é influenciável por características individuais e por experiências vividas no ambiente. A seguir, serão tratados com mais detalhe alguns conceitos básicos para o estudo da psicopatologia do desenvolvimento, tais como risco, proteção, resiliência e vulnerabilidade.

Considerando primeiramente os aspectos contextuais, o conceito de risco foi definido por Masten e Gewirtz (2006) como uma condição associada ao favorecimento de desfechos indesejáveis no futuro, pensado como um processo em movimento, variando em função das circunstâncias. Algumas condições sócio-contextuais são amplamente reconhecidas como fatores de risco, tais como: o divórcio dos pais, a perda de entes queridos, o abuso sexual/físico, a pobreza, a ausência de pais, o sentimento de culpa, a exposição à violência, o abuso de drogas, e a falta de responsabilidade e diálogo por parte da família (Pinheiro, 2004).

Mais especificamente, o contexto familiar pode se estabelecer como uma condição de risco de maneira não estática, tornando-se um fator de vulnerabilidade quando da presença de relacionamentos conflituosos entre pais e filhos, ou de problemas de saúde mental dos pais, como é o caso da depressão materna (Rutter, 1987). Nesse sentido, uma revisão sistemática recente relatou que as práticas parentais, especificamente de maus tratos, agressão e negligência, foram identificadas como uma das condições mais importantes de adversidade e risco para crianças, podendo levar a desfechos atípicos, padrões de relacionamento disfuncionais, má adaptação escolar e dificuldades no desenvolvimento da auto-estima (Cicchetti & Handley, 2019).

Além dos fatores de risco, os fatores de proteção também são considerados essenciais para a compreensão dos processos de psicopatologia, podendo modificar ou melhorar as respostas individuais das pessoas expostas a situações de risco. No caso das crianças, os fatores de proteção podem atenuar possíveis adversidades ao longo da vida (Halpern & Figueiras, 2004). Pinheiro (2004), ao se referir ao desenvolvimento infantil, propôs três classes de fatores de proteção: atributos disposicionais da criança (atividade, autonomia, orientação social positiva, autoestima); coesão familiar (ausência de conflitos e negligência, presença de pelo menos um adulto que tenha grande interesse pela criança); e uma rede social bem definida (sentido de determinação individual e um sistema de crenças para a vida, oferecida pelas instituições sociais).

De forma integrada aos fatores contextuais, as predisposições individuais das crianças enquanto vulnerabilidades, também são consideradas fatores relevantes à susceptibilidade ao risco, ou à resiliência, conceituada como uma condição de enfrentamento e superação diante de adversidades. Rutter (2006) diferencia a resiliência dos conceitos tradicionais de risco e proteção por ser um fator com foco nas variações individuais diante de experiências vividas. A condição de vulnerabilidade ou resiliência deriva de processos fisiológicos e psicológicos utilizados para lidar com a exposição ao risco, sendo atributos que podem acentuar ou atenuar a susceptibilidade do indivíduo a desenvolver desfechos negativos em uma situação de adversidade, respectivamente.

Uma metanálise que analisou 118 estudos que abordaram a resiliência em crianças expostas a situações de adversidade, constatou que os fatores de proteção são igualmente benéficos, independente do tipo de experiência de adversidade que a criança viveu. O estudo destacou os efeitos positivos do suporte escolar e familiar, da coesão na comunidade e da efetividade parental enquanto fatores sócio-contextuais de proteção. Quanto às características individuais das crianças, foram destacadas as habilidades de auto-regulação, que refletem a

capacidade de administrar os próprios impulsos, emoções e comportamentos (Yule, Houston & Grych, 2019).

Outro aspecto relevante a ser considerado sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento diz respeito às particularidades das demandas e dos estressores em períodos específicos do desenvolvimento, uma vez que as circunstâncias estressoras podem ter impactos diferenciados dependendo das demandas próprias das tarefas de desenvolvimento características do período (Toth & Cicchetti, 2010). Definem-se como tarefas desenvolvimentais os padrões de desempenho esperados socialmente, considerando-se as peculiaridades de cada fase da vida do indivíduo (Masten & Gewirtz, 2006). Para o presente estudo, a fase de interesse é o período escolar, momento caracterizado pelas tarefas típicas de desenvolvimento relacionadas à capacidade de socialização e ao desempenho acadêmico, que incluem aquisições de raciocínio lógico, criativo e verbal, além de aprendizados éticos e morais. Destaca-se que, para a faixa etária escolar, o comportamento infantil é considerado como um importante indicador de adaptação e saúde mental (Marturano & Loureiro, 2003).

No presente estudo, o comportamento será considerado como o desfecho principal, tendo como proposta estudar meninos e meninas em idade escolar, considerando o sexo das crianças como atributo individual que pode influenciar os desfechos. O estudo abordará as variáveis depressão e práticas parentais, sendo a convivência com a depressão materna tomada como uma condição de adversidade, e as práticas parentais como possíveis mecanismos de risco ou proteção. Considerando esse conjunto de variáveis formulou-se a questão norteadora da pesquisa: *quais as influências da depressão materna para as práticas parentais e para o comportamento de meninos e meninas, em idade escolar?* Essas variáveis serão abordadas em maior detalhe nos tópicos seguintes, começando pela caracterização clínica da depressão.

1.2. ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO

Os transtornos depressivos representam um dos problemas mais relevantes da saúde pública na atualidade, com consequências importantes em termos de perda de saúde geral e impactos socioeconômicos. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com esse transtorno, que é apontado pela Organização Mundial de Saúde – OMS (2017) como a principal causa de incapacidade ao redor do mundo e como o fator que mais favorece mortes por suicídio, estimadas em 800.000 por ano.

Mais de 80% das ocorrências da depressão são registradas em regiões de baixo a médio desenvolvimento econômico. Quando nos voltamos ao Brasil, 5,8% da população geral sofre com transtornos depressivos, sendo aproximadamente 11,5 milhões de brasileiros. A OMS (2017) aponta ainda que, entre os países da América Latina, o Brasil é o país que possui o maior número de pessoas vivendo com transtornos depressivos. A prevalência da depressão varia de acordo com a idade, sendo considerada predominante na vida adulta, particularmente em mulheres. Nas Américas, estima-se que quase 6% da população de mulheres viva com depressão, e quase 4% de homens (OMS, 2017).

A depressão está relacionada a fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociais e familiares, incluindo um conjunto de manifestações que variam quanto à duração, frequência e intensidade (Cunha, Bastos & Del Duca, 2012). Trata-se de uma condição diferente das flutuações usuais de humor e das respostas emocionais de curta duração referentes ao dia a dia, podendo provocar um sofrimento profundo e prejuízos no trabalho, estudo e convivência familiar (APA, 2014).

Os transtornos depressivos, conforme descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014), se caracterizam pelos seguintes sintomas: perda de interesse e prazer em atividades antes consideradas agradáveis, presença de humor deprimido na maior parte do dia, sensação de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, perda de energia, distúrbios no sono, perda ou ganho significativo de peso, problemas psicomotores, e ideias recorrentes de morte. A frequência, recorrência e gravidade destes sintomas são variáveis, agrupando-se nas classificações de Transtorno Depressivo Maior leve, moderado ou grave. Segundo o DSM-5, o Transtorno Depressivo Maior também inclui perturbações somáticas e cognitivas, afetando significativamente o funcionamento geral do indivíduo.

As diferenças de idade e de taxas de ocorrência em pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo maior foram estudadas por Kessler et al. (2010) tendo por base amostras da OMS coletadas em 10 países desenvolvidos e oito países em desenvolvimento, totalizando mais de 89 mil adultos. Em relação ao Brasil, os autores constataram que a incidência da depressão foi de 10,4%, com predominância dos 35 aos 49 anos de idade (11,8%). Neste estudo o Brasil teve dados semelhantes aos dos países considerados desenvolvidos, com prevalência maior de depressão relatada no grupo mais jovem (10,9%), e prevalência mais baixa no grupo de idade mais avançada (3,9%).

Um estudo amplo conduzido no Brasil por Lopes, Hellwig, Silva e Menezes (2016), analisou dados da Pesquisa Populacional de Saúde de 2013, com amostra representativa de

60.202 indivíduos, e identificou uma taxa de prevalência da depressão de 7,9% na população estudada. O estudo apontou que a depressão maior foi considerada mais significativa entre mulheres que vivem em áreas urbanas, com níveis educacionais mais baixos e com problemas crônicos de saúde, como diabetes e hipertensão. Dados da mesma pesquisa indicaram que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clínicos (78,8%) não recebia nenhum tipo de tratamento.

Com base em dados de outro estudo nacional, conduzido em São Paulo com mais de 5000 adultos, Andrade et al. (2012) relataram que 29,6% desta população apresentou ao menos uma forma de transtorno mental ativo, de acordo com os critérios do DSM-IV. Nesta amostra, o principal transtorno registrado foi a ansiedade (19%), seguido pelos transtornos de humor (11%), dentre os quais a depressão correspondeu a 9,4% do número de pessoas avaliadas e foi considerada mais frequente em mulheres.

No que se refere a amostras exclusivamente femininas, o estudo de Gonçalves et al. (2018) avaliou a prevalência da depressão e os fatores associados em mulheres de 20 a 59 anos, cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família em um município da Zona da mata mineira. A amostra foi de 1958 mulheres, com o desfecho avaliado pelo Patients Health Questionnaire-9 (PHQ-9), e a prevalência da depressão identificada foi de 19,7%. Os fatores associados à ocorrência da depressão na população estudada foram: baixa escolaridade, trabalhar atualmente e ter doença mental prévia. Como fatores de proteção verificaram-se: ser casada ou viver com companheiro, realizar atividades físicas regularmente e relatar auto-avaliação positiva de saúde.

Considerando que a depressão acomete principalmente mulheres adultas, muitas das quais estão em idade fértil e/ou são mães, a convivência com estes sintomas para as crianças pode ser pensada como uma condição de adversidade, tópico que será abordado a seguir.

1.3. DEPRESSÃO MATERNA E INFLUÊNCIAS PARA O COMPORTAMENTO DOS FILHOS EM IDADE ESCOLAR

Dificuldades emocionais por parte de mulheres com depressão têm se mostrado associadas a fatores que dificultam o desenvolvimento infantil, configurando-se como uma condição de vulnerabilidade, como demonstrado pelas revisões sistemáticas de Mendes, Loureiro e Crippa (2008) e Pizeta, Silva, Cartafina e Loureiro (2013), detalhadas a seguir.

O estudo de revisão de Mendes et al. (2008) analisou 30 artigos empíricos publicados entre 2002 e 2007, identificando associações entre depressão materna e dificuldades diversas

apresentadas por crianças em idade escolar, tais como problemas comportamentais, sintomas depressivos e prejuízos cognitivos e sociais, independente do momento de primeira exposição à depressão materna e dos delineamentos adotados, sendo os prejuízos potencializados pela presença de outras comorbidades psiquiátricas.

De forma semelhante, a revisão conduzida por Pizeta et al. (2013) analisou 68 artigos empíricos publicados entre 2005 e 2012 e identificou associação entre a depressão materna e a presença de mais dificuldades emocionais e comportamentais para as crianças, além de mais manifestações depressivas e de ansiedade, independente do delineamento adotado. Juntamente à depressão materna, o estudo identificou que características do ambiente familiar também concorreram para as dificuldades infantis, enfatizando as variáveis: estilo parental, organização e interações familiares.

O estudo longitudinal de Verkuijl et al. (2014), analisou uma ampla coorte de crianças e suas mães, do nascimento aos 10 anos de idade. Na medida inicial, feita quando as crianças tinham seis meses, dentre 1866 mulheres, 453 foram avaliadas com depressão pós-parto. Na segunda medida, quando as crianças tinham 10 anos de idade, 1012 mães responderam a Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D), e 747 foram diagnosticadas com depressão. Os autores relataram que as crianças cujas mães tiveram indicadores de depressão no pós-parto tiveram duas vezes mais chances de apresentarem dificuldades psicológicas e comportamentais aos 10 anos de idade, quando comparadas às crianças cujas mães não apresentaram o transtorno depressivo.

Com base em um estudo longitudinal que avaliou os sintomas de 615 mulheres do período gestacional até cinco anos pós-parto, Ahmed, Bowen, Feng e Muhajarine (2019) identificaram que os principais fatores de riscos associados à depressão materna foram os altos níveis de estresse e um histórico anterior de depressão. O estudo concluiu que mulheres que já sofreram com a depressão em algum momento da vida estão em maior risco de desenvolver os sintomas novamente durante a gravidez e/ou nascimento dos filhos, considerados momentos críticos para a saúde mental.

No que se refere ao impacto da depressão materna para o comportamento das crianças, um fator a ser considerado diz respeito aos aspectos clínicos de gravidade, cronicidade, recorrência e tempo de exposição da sintomatologia depressiva das mães, nem sempre abordados pela literatura. Nesse sentido, O'Connor, Langer e Tompson (2017) avaliaram 171 crianças em idade escolar em relação à exposição à sintomas maternos atuais e passados e sua associação a sintomas internalizantes e externalizantes, ao longo de um acompanhamento de três anos. Constataram que a cronicidade, independentemente da gravidade, foi preditora da

presença de mais problemas externalizantes por parte das crianças, destacando um efeito residual importante de sintomas passados. Ainda, os sintomas depressivos atuais foram considerados como mais importantes para a explicação do funcionamento atual das crianças, quando comparados à gravidade e cronicidade do histórico de depressão prévia, indicando que, mesmo na presença de um histórico de depressão grave, menos sintomas atuais podem diminuir o impacto da depressão materna para o comportamento das crianças.

O estudo de Charrois et al. (2019), abordou os sintomas depressivos maternos passados (durante os primeiros anos de vida da criança), e atuais (no período escolar), e seu impacto para desfechos internalizantes e externalizantes. Com uma amostra de mais de 200 mães e crianças, os sintomas depressivos maternos foram rastreados pela Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Os dados obtidos demonstraram que os sintomas depressivos maternos atuais foram associados às trajetórias de hiperatividade/falta de atenção e depressão/ansiedade das crianças. Os sintomas depressivos passados também foram preditores de problemas para crianças em idade escolar, indicando associações de longa duração. Como mediador, o estudo destacou a qualidade dos cuidados à criança em creches ou escolas, demonstrando que, quando adequado, este cuidado pode ser um fator de proteção.

Considerando os desfechos problemas de comportamento e psicopatologia, uma metanálise clássica, que incluiu 193 estudos, demonstrou que níveis clínicos e subclínicos de depressão materna tiveram efeitos negativos para as crianças. Crianças cujas mães sofrem com a depressão estiveram em maior risco para problemas internalizantes e externalizantes, assim como para psicopatologia em geral. A metanálise destacou ainda, a relevância de outros fatores sociodemográficos do ambiente familiar que devem ser investigados como concorrentes para o desenvolvimento de dificuldades das crianças, juntamente à depressão materna (Goodman et al. 2011).

Embora seja reconhecido que os transtornos depressivos maternos sejam historicamente relacionados ao desenvolvimento de problemas emocionais, ainda é difícil precisar os mecanismos pelos quais se dão as associações entre a saúde mental da mãe e a sua transmissão para as crianças (Psychogiou & Parry, 2014). Dentre as variáveis de interesse em relação a estes mecanismos se incluem as formas de interação entre mães e filhos, o que será abordado a seguir quanto à influência que os transtornos depressivos maternos podem ter para a qualidade da parentalidade.

1.4. PRÁTICAS PARENTAIS E SUA ASSOCIAÇÃO COM A DEPRESSÃO MATERNA E OS DESFECHOS INFANTIS

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza como dever da família e da comunidade assegurar a efetivação dos direitos da criança, referentes à preservação do bem estar, manutenção da saúde e alimentação, educação, aculturamento, profissionalização, lazer, dignidade, e aprendizagem ética e moral (Brasil, 1990). No âmbito mundial, a Convenção dos Direitos da Criança (ONU/UNICEF, 1990) determina como responsabilidade parental, ou dos cuidadores que exerçam esse papel, zelar pelas condições de vida necessárias para o desenvolvimento de seus filhos.

Sob o enfoque desses princípios históricos e políticos é que se insere o conceito de *parentalidade,* definido como ações e práticas utilizadas para educar e facilitar o desenvolvimento das crianças em um ambiente adequado, de modo a promover sua aprendizagem e socialização, e ajudá-la a atingir um bom nível de autonomia (Gomide, 2005; Barroso & Machado, 2010). As práticas parentais são descritas como as tarefas complexas que compõem a parentalidade, uma função que requer profunda responsabilidade e organização, tanto no âmbito interno, em termos dos repertórios de habilidades dos pais e da sua disposição física e mental para interagir com as crianças, como no âmbito externo, no que diz respeito ao contexto social, recursos financeiros e configuração familiar (Wei, Swan, Makover & Kendall, 2017).

Reunindo as concepções e proposições de alguns autores da área, Barroso e Machado (2010) elencaram três dimensões essenciais da parentalidade, a saber: *atividades parentais* (conjunto de atividades necessárias para exercer uma parentalidade suficientemente adequada), *áreas funcionais* (principais aspectos do funcionamento da criança); e *pré-requisitos* (conjunto de especificidades e habilidades necessárias para o desenvolvimento da atividade parental). Essas dimensões serão detalhadas a seguir.

As *atividades parentais* dizem respeito às dimensões de *cuidado*, *disciplina* e *desenvolvimento*, com o objetivo de prevenir adversidades e promover situações positivas ao longo da vida da criança. Na dimensão de *cuidados* se encaixam os cuidados ao nível físico, como alimentação, proteção, higiene, hábitos de sono, e prevenção de doenças e acidentes; e os cuidados emocionais, descritos como relações de reconhecimento, respeito e estima pela criança, e interações positivas, consistentes e estáveis, facilitando uma vinculação segura. Essa dimensão também engloba os cuidados sociais, de modo a ajudar a criança a se tornar socialmente competente e bem integrada em casa e na escola. A dimensão de *controle e*

disciplina, por sua vez, é composta por práticas de monitoria e imposição de limites, colocando ênfase no controle do comportamento e aprendizagens culturalmente adequadas para a criança. Em relação às atividades de *desenvolvimento*, estão relacionadas práticas de encorajamento e criação de novas oportunidades, que ajudem a criança a realizar o seu potencial.

A dimensão de *áreas funcionais* é referente aos elementos de funcionamento da criança que requerem atenção parental, como a manutenção da saúde física e mental, a orientação do comportamento social e a estimulação do funcionamento educativo e intelectual. O foco das práticas parentais nessa dimensão é direcionado à prevenção de danos e ao oferecimento de oportunidades para um crescimento positivo, um bom funcionamento intelectual e aquisição de competências escolares satisfatórias, e o desenvolvimento de uma boa condição interna de resiliência e adaptação. Os autores também enfatizam o esforço que os pais devem fazer para facilitar o desenvolvimento social infantil, de modo que a criança desenvolva o reconhecimento e internalização de normas culturais e legais.

Por último, *a dimensão de pré-requisitos* está relacionada às características necessárias aos pais para que exerçam a função de parentalidade de forma adequada e produtiva. Primeiramente, os autores destacam a condição de conhecimento e compreensão, que envolve a atenção e reconhecimento do estado da criança, e a capacidade de interpretá-lo de forma adequada e responder de acordo. São enfatizadas também as capacidades de motivação e oferecimento de recursos e oportunidades, que passam pela detecção dos problemas que a criança possa enfrentar, até o aconselhamento e encorajamento positivo dos pais.

Diversas conceituações têm sido propostas para a identificação e avaliação da parentalidade, dentre estas, na classificação dos estilos parentais sugerida pela revisão sistemática de González-Cámara, Osorio, & Reparaz, (2019), as práticas são divididas em duas dimensões principais: *amor/afeto* e *controle*. A partir dessa divisão derivam quatro combinações de estilos, a saber: parentalidade competente (alto afeto e alto controle), permissividade (alto afeto e baixo controle), autoritarismo (baixo afeto e alto controle) e negligência (baixo afeto e baixo controle). No que diz respeito à qualidade e adequação das práticas parentais, ressalta-se que a parentalidade é um continuum de condutas positivas e negativas, representando aspectos opostos do mesmo processo. Dessa forma, pode-se considerar que o aspecto positivo ou negativo de uma prática é referente à sua intensidade, frequência, função e efeito (Barroso & Machado, 2010).

No geral, há concordância quanto à importância da dimensão de amor/afeto, com muitos estudos confirmando que práticas de carinho são benéficas para as crianças.

Demonstrações de compreensão, suporte e afeto são consideradas essenciais para o desenvolvimento positivo (Alegre, Benson, & Perez-Escoda, 2013). Entretanto, o consenso não é tão claro quanto à dimensão de controle, tipicamente dividida entre *controle do comportamento* e *controle psicológico* (González-Cámara et al., 2019). O controle do comportamento, que demonstrou ser predominantemente positivo, está associado à monitoria, imposição de limites e supervisão. Já o controle psicológico, apontado como significativamente prejudicial com base nos dados dos estudos revisados, se refere a condutas de agressividade, coerção e indução de culpa.

Dentro da dimensão de práticas de controle comportamental e psicológico, um estudo longitudinal recente sobre estilos de disciplina e seus efeitos para a psicopatologia de crianças em idade escolar identificou diferenças importantes entre práticas ativas de controle e práticas de retirada de privilégios. O estudo analisou uma coorte representativa de mais de 18 mil crianças e seus pais, e verificou que as formas mais ativas e intrusivas de disciplina foram associadas a mais problemas emocionais para as crianças, avaliados pelo Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Na discussão dos dados, os autores enfatizaram a necessidade de novas pesquisas que englobem um número variado de características dos pais e crianças visando verificar possíveis associações com as práticas parentais e com o comportamento (Rajyaguru, Moran, Cordero & Pearson, 2019).

No Brasil, destacando a importância de identificar os tipos de práticas utilizadas pelos pais na educação de seus filhos e diferenciar quais são facilitadoras e quais são prejudicais ao seu desenvolvimento, Gomide (2006) propôs um instrumento de avaliação pautado por um modelo descritivo de sete práticas parentais, sendo duas consideradas positivas e cinco consideradas negativas. São práticas positivas: a *monitoria positiva*, que se refere às atitudes de atenção e cuidado com os filhos, como saber onde eles estão e com quem se relacionam, além de demonstrações de afeto e interesse; e o *comportamento moral*, que diz respeito à transmissão de valores éticos e culturalmente embasados, de modo a ensinar a criança a discriminar certo e errado e a desenvolver um senso de justiça. As cinco práticas negativas são: a *negligência*, compreendida como a ausência de afeto e atitudes de omissão de cuidado; o *abuso físico e psicológico*, que remete ao uso de práticas coercitivas e violentas, que possam provocar culpa, dor ou machucar a criança; a *disciplina relaxada*, que se refere ao não cumprimento de regras estabelecidas pelos próprios pais; a *punição inconsistente*, referente a práticas mais condicionadas ao humor dos pais do que ao comportamentos de seus filhos; e a *monitoria negativa*, que descreve um conjunto de regras rígidas, controladoras e difíceis de cumprir, criando um ambiente hostil e intrusivo.

Dentre as práticas parentais específicas reconhecidas como negativas destacam-se as práticas de controle mais violentas e punitivas. Nesse sentido, o estudo de Cui, Deatrick e Liu (2018), que contou com uma amostra de quase 300 crianças, verificou que o uso de práticas de abuso físico pelos pais se associou a mais problemas externalizantes e internalizantes para as crianças, com efeitos mais importantes quando eram conduzidas pelas mães. Tais dados guardam semelhança com os achados da metanálise de Gershoff e Grogan-Kaylor (2016) que analisou os dados de 75 estudos com uma amostra conjunta de mais de 160 mil crianças, tendo como foco os efeitos da palmada para indicadores infantis. Os dados analisados indicaram que, por mais que a palmada ainda seja utilizada comumente ao redor do mundo, não existem evidências de que seja uma prática associada ao favorecimento de adaptações do comportamento infantil, mas sim, mostrou-se associada a prejuízos significativos.

Outra conduta negativa importante a ser destacada é a negligência, citada por Dubowitz (2013) em artigo teórico como a forma mais comum de maus tratos à criança, sendo mais frequente do que as práticas que envolvem algum tipo de abuso físico, sexual ou emocional. Segundo o autor, a negligência pode favorecer danos reais e potenciais às crianças, e possui uma natureza heterogênea, que compreende formas diversas de manifestação, entre elas a não adesão dos pais no que se refere às recomendações de saúde, a proteção inadequada diante dos riscos ambientais, e a exposição das crianças às drogas.

Em uma metanálise recente, Mulder, Kuiper, van der Put, Stams e Assink (2018) apontaram que a negligência em relação aos filhos é determinada por múltiplos riscos, sendo que a maioria foi associada à presença de condições parentais peculiares, tais como o histórico de comportamento antissocial por parte dos pais, problemas prévios ou atuais de saúde mental, problemas atuais de saúde física, e ainda o histórico de alguma vivência de abuso, durante a sua própria infância. Esses dados ressaltam a importância de se considerar o contexto familiar quando do estudo da parentalidade, de modo a tentar compreender as condições que os pais têm para corresponder às necessidades de suas crianças.

Nesse sentido, Barroso & Machado (2010) utilizaram o termo *determinantes* para se referir aos múltiplos fatores individuais e sociais que podem se correlacionar às práticas parentais, influenciando a qualidade do funcionamento parental. Destacaram três fatores, a saber: a) os fatores individuais das mães (personalidade e psicopatologia); b) as características das crianças (temperamento, personalidade, sexo e idade); e c) os fatores contextuais familiares (interações entre mãe e criança, status civil dos pais, ocupação profissional da mãe, nível socioeconômico, e redes de suporte social). Apontaram que o desenvolvimento individual da mãe, seu relacionamento conjugal, sua posição profissional e seu estado de

saúde mental afetam o processo de parentalidade, que, consequentemente, tem efeitos para desenvolvimento infantil.

Os fatores que influenciam os estilos parentais foram abordados pela revisão sistemática de Vafaeenejad, Elyasi, Moosazadeh e Shahhosseini (2018), que analisou os dados de 48 estudos, destacando um impacto importante de características referentes aos pais e às crianças para as condutas parentais. No que se referem às características das crianças, traços de personalidade e temperamento foram considerados relevantes para as práticas parentais. Quanto às características dos pais, destacaram o estresse parental; as habilidades de auto-eficácia e o perfeccionismo; os traços de personalidade; os traumas vividos na infância; a qualidade das relações conjugais; os padrões de apego; o uso de substâncias; e o status de saúde mental, incluindo a sintomatologia depressiva. Dado o foco de interesse deste estudo, serão detalhadas a seguir estudos que abordaram as associações entre a depressão materna e as práticas parentais.

A metanálise clássica de Lovejoy, Graczyk, O'Hare e Neuman (2000) analisou 46 estudos observacionais e constatou que as mães com indicadores de depressão apresentaram mais comportamentos negativos em relação a seus filhos, foram menos responsivas aos comportamentos das crianças, e, em geral, usaram formas pouco eficientes de comunicação, apresentando mais hostilidade e impaciência. O mesmo estudo também evidenciou uma associação fraca entre a depressão materna e os comportamentos maternos positivos, que poderiam funcionar como fatores de proteção.

O estudo nacional de Rodrigues e Nogueira (2016) avaliou 100 díades mães-bebê com o objetivo de verificar a influência de indicadores emocionais maternos para as práticas parentais. Os dados do estudo apontaram para a presença das práticas de punição inconsistente e de disciplina relaxada, consideradas mais presentes para as mães que apresentavam algum dos indicadores emocionais avaliados, tais como estresse, ansiedade-estado, ansiedade-traço e depressão. Na comparação entre os grupos com e sem depressão, observaram diferença significativa no quesito punição inconsistente, com média maior para as mães com depressão.

Quanto aos efeitos da depressão materna para a psicopatologia infantil, o estudo longitudinal recente de Kuckertz, Colter e Wiggins (2018) examinou o papel das práticas parentais, como possíveis mecanismos que explicam tal associação. Os autores identificaram associações significativas entre o uso de agressão psicológica (gritar, ameaçar e xingar a criança), sintomas depressivos maternos e psicopatologia infantil. As mães com depressão ,quando as crianças tinham três anos de idade, relataram mais agressividade psicológica com

seus filhos aos cinco anos de idade, o que foi posteriormente associado a mais sintomas internalizantes das crianças, aos nove anos de idade.

Outro estudo que analisou como desfecho a psicopatologia infantil, com delineamento transversal, foi conduzido por Bödeker et al. (2019) tendo abordado a sensibilidade materna com uma amostra 200 mães e seus filhos entre cinco e 12 anos de idade. Os resultados indicaram efeitos indiretos da depressão materna para o aumento de risco de psicopatologia das crianças da amostra, mediados por baixos níveis de sensibilidade das mães. O artigo também discutiu a importância contextual desses efeitos.

O estudo transversal de van Doorn et al. (2016) também analisou a relação entre os sintomas depressivos maternos e problemas de saúde mental de crianças através da mediação das práticas parentais. Foram analisados dados observacionais de uma amostra clínica de 111 díades de mães e crianças e os resultados indicaram que os sintomas depressivos maternos tiveram associação forte com o aumento de sintomas internalizantes e externalizantes entre as crianças. Os sintomas depressivos maternos também se associaram ao aumento de controle psicológico por parte das mães, o que foi posteriormente associado a mais relatos de problemas externalizantes para as crianças.

Também analisando efeitos mediados das praticas parentais maternas, o estudo longitudinal de Ahun et al. (2017) conduzido com uma amostra de 1537 crianças e suas mães e professores para investigar se a exposição a sintomas depressivos maternos nos primeiros anos da infância estaria relacionada a uma trajetória de aumento de problemas internalizantes no período escolar. Os achados do estudo indicaram que práticas parentais negativas como a hostilidade contribuíram significativamente para o desenvolvimento de problemas internalizantes das crianças, como mediadoras dos sintomas depressivos maternos. Discutiram que a depressão pode ter prejudicado o repertório inicial de práticas parentais das mães quando do nascimento de seus filhos.

O efeito continuado dos sintomas depressivos maternos para as práticas parentais foi tratado no estudo longitudinal de Dubois-Comtois, Moss, Cyr e Pascuzzo (2013) que analisou uma amostra de 243 mães e crianças, com dados comparativos entre meninos e meninas. Os autores identificaram que os sintomas depressivos maternos quando as crianças tinham entre quatro e seis anos de idade foram preditores da má adaptação social na idade escolar. Quanto às práticas parentais, verificaram que uma baixa qualidade de interações entre mães e crianças, um padrão ambivalente de apego das crianças, e ser um menino foram preditores de mais comportamentos externalizantes.

Juntamente à importância das práticas parentais negativas, o valor de práticas positivas para o desenvolvimento adaptativo das crianças se sustenta mesmo na presença da sintomatologia depressiva, sendo associadas a um fator de proteção e a desfechos mais funcionais, com impacto positivo para o comportamento infantil. Nesse sentido, o estudo de Gallito (2015) avaliou uma amostra representativa do Canadá com mais de 2600 crianças e suas mães, e investigou fatores de risco e fatores protetores para desfechos comportamentais internalizantes e externalizantes. Foram constatadas associações diretas entre práticas parentais positivas e a redução de problemas externalizantes das crianças. As práticas foram avaliadas por meio de observação e se caracterizavam por elogios, sensibilidade, e demonstrações de contentamento em estar em contato com a criança. A autora também identificou associações entre a depressão materna e os problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, mediadas pela prática parental de hostilidade.

Considerando a complexidade do exercício da parentalidade, especialmente frente à exposição a sintomas depressivos, torna-se relevante considerar também fatores das crianças que possam influenciar as condutas maternas e os indicadores comportamentais. Dentre essas características, a revisão sistemática de Sampaio (2007) destacou as diferenças quanto ao sexo das crianças como fatores que influenciam as relações entre pais e filhos, sendo que, entre os estudos analisados, as mães demonstraram favorecer mais as meninas, e os pais, os meninos. Dado o interesse da presente dissertação em melhor compreender as diferenças entre os sexos, serão abordados a seguir estudos que focalizaram o comportamento de meninos e meninas em idade escolar e o impacto diferenciado da depressão materna e das práticas parentais.

1.5. COMPORTAMENTO DE ESCOLARES DIFERENCIADOS PELO SEXO, DEPRESSÃO MATERNA E PRÁTICAS PARENTAIS

A etapa de desenvolvimento escolar será tratada com especificidade a seguir, considerando a influência da depressão materna e das práticas parentais para as crianças nessa fase, e tendo como foco uma das tarefas e demandas próprias deste período: a socialização, expressa pelo comportamento. Os desfechos comportamentais das crianças serão considerados de forma integrativa, abordando os indicadores específicos de recursos e de dificuldades internalizantes e externalizantes.

Considerando primeiramente os dados epidemiológicos relativos à saúde mental, uma metanálise de 41 estudos e 27 países evidenciou uma prevalência de 13,4% de transtornos mentais em crianças e adolescentes ao redor do mundo. Os transtornos predominantes foram

de ansiedade (6,5% da amostra), seguidos pelos transtornos disruptivos ou de conduta (5,7%), transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (3,4%), e transtornos depressivos, (2,6%) (Polanczyk et al., 2015).

No Brasil, um estudo de 1676 crianças e adolescentes de seis a 16 anos de idade identificou que 13,1% da amostra tinham um ou mais transtornos psiquiátricos. De forma semelhante aos dados mundiais citados acima, os transtornos de ansiedade foram predominantes (7,2%), seguidos pelos transtornos disruptivos ou de conduta (5,8%), déficit de atenção e hiperatividade, (2,3%) e transtornos depressivos (0,5%). O estudo também apontou diferenças significativas quanto à prevalência por região do país, sendo que no Nordeste as taxas de todos os transtornos foram as mais baixas, e os transtornos de comportamento foram prevalentes nas regiões centrais do país (Paula et al., 2015).

Os *problemas de comportamento* estão entre as queixas mais importantes de saúde mental para as crianças, definidos como repertórios que dificultam as interações sociais, impactando os meios com os quais a criança convive, sua aprendizagem, suas relações familiares e o seu desenvolvimento de habilidades sociais (Bolsoni-Silva & Marturano, 2007). Os problemas de comportamento podem ser expressos e compreendidos de duas formas: internalizantes e externalizantes. Os *problemas internalizantes* (ou problemas emocionais), descrevem um quadro de profundo controle de impulsos associado a sintomas de tristeza, ansiedade, depressão, recusa de contato social, desinteresse por atividades e queixas somáticas. Os *problemas externalizantes* (ou problemas comportamentais), de forma oposta, se referem à expressão de conteúdos internos na forma de agressividade, irritabilidade, rebeldia, desobediência, impulsividade e delinquência (Achenbach et al., 2008).

Os comportamentos internalizantes/externalizantes das crianças e sua a associação aos sintomas depressivos e práticas parentais maternas foram abordados no estudo de Wolford, Cooper e McWey (2019). Com uma amostra longitudinal de mais de 200 mães e crianças, o estudo identificou associações significativas entre os sintomas depressivos maternos e o aumento de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes nas crianças aos seis e 12 anos de idade. Quanto às práticas, o estudo evidenciou que as mães que apresentavam sintomas depressivos relataram mais uso de agressão física e psicológica com seus filhos nas duas idades, o que mediou o impacto para os desfechos comportamentais negativos.

Os mesmos desfechos comportamentais foram abordados no estudo de Calzada, Sales e O'Garaa (2019), que contou com uma amostra longitudinal de 175 crianças de três a seis anos de idade e suas mães ,de origem mexicana, residentes nos Estados Unidos. Os resultados

indicaram que a depressão materna e o estresse relacionado ao processo de aculturação foram preditores de mais problemas internalizantes nas crianças, mediados por práticas parentais autoritárias. Quanto aos problemas externalizantes, não foram identificadas associações significativas.

Os desfechos externalizantes foram abordados no estudo longitudinal de Shaw et al. (2016), conduzido com duas amostras diferentes (uma composta apenas por meninos e uma mista), ambas expostas à depressão e práticas negativas maternas, considerando também o contexto estressor da vizinhança de risco. Os dados indicaram que a exposição aos sintomas depressivos, assim como às práticas parentais negativas, foram preditores significativos de mais problemas de conduta para as crianças a partir dos seis anos de idade nas duas amostras. Quanto à amostra exclusiva de meninos, identificaram efeitos negativos da privação na vizinhança e dos sintomas depressivos maternos antes dos cinco anos de idade, e destacaram a importância do estudo diferenciado de meninos e meninas.

No que se referem a amostras exclusivas de meninas e ao estudo de desfechos comportamentais, o estudo de van der Molen, Hipwell, Vermeiren e Loeber (2012) analisou uma amostra de 2043 mães e suas filhas, com avaliações aos 7 e 12 anos de idade. Os dados indicaram que a prática parental de carinho em baixos níveis foi a principal preditora de comportamentos disruptivos entre as meninas, mesmo quando se controlou os sintomas depressivos maternos e os riscos observados na vizinhança. Os autores discutiram ainda a importância de se considerar uma hipótese cumulativa, em que o número de fatores de riscos a que as meninas estavam expostas aumentaria a chance do desenvolvimento de comportamentos disruptivos, enquanto que um número maior de fatores de proteção diminuiria este risco.

Conforme exposto, o comportamento é um importante indicador de adaptação e um meio valioso para avaliar o estado emocional das crianças, sendo que, culturalmente, as condutas e expressões sociais de meninos e meninas tendem a ser diferentes (Rutter, Caspi & Moffitt, 2003). Em dois trabalhos que estudaram o comportamento de crianças com amostras da população geral, Pizato, Marturano e Fontaine (2014) e Mariano (2015) verificaram que as meninas apresentaram escores mais altos de habilidades sociais e escores mais baixos de problemas externalizantes de comportamento, em comparação aos meninos. Quanto aos sintomas internalizantes, as meninas apresentaram escores mais altos. Entretanto, esses apontamentos não são consistentes entre os estudos, conforme será detalhado a seguir.

Quanto às associações às práticas parentais, verifica-se que alguns estudos constataram diferenças importantes relativas ao sexo. Com base em uma metanálise de 126

estudos observacionais, Endendijk, Groeneveld, Bakermans-Kranenburg e Mesman (2016) relataram que pais e mães foram considerados ligeiramente mais controladores com os meninos, principalmente nas amostras de crianças em idade pré-escolar e escolar. Destacaram ainda o efeito significativo do momento de condução dos estudos, identificando que os trabalhos publicados nas décadas de 1970 e 1980 relatavam mais estratégias de suporte e autonomia para os meninos, enquanto que nos estudos publicados a partir de 1990, as mesmas estratégias foram mais relatadas para as meninas. Essa distinção temporal indica a importância dos aspectos contextuais envolvidos nas práticas parentais, amparadas socialmente e baseadas nos aprendizados vividos pela família em seu meio de convivência.

Para além das diferenças entre os modos como meninas e meninos são cuidados por seus pais, há também que se considerar o impacto diferenciado das práticas parentais para o comportamento das crianças, tanto no que se refere à especificidade das práticas utilizadas, quanto para o sexo dos filhos. No estudo longitudinal de Hosokawa e Katsura (2018), por exemplo, os estilos parentais autoritários foram associados a mais problemas de comportamento externalizantes para escolares de ambos os sexos, enquanto as práticas parentais permissivas se associaram a problemas externalizantes apenas para meninas, e não para os meninos.

Em outro estudo longitudinal sobre estilos parentais punitivos do qual participaram quase 600 crianças em idade escolar e seus cuidadores principais (na maioria mães, 82%), a punição foi preditora de um aumento geral de problemas comportamentais e psicológicos para meninos e meninas, ao longo do tempo. A prática positiva de afeto, por outro lado, funcionou como preditora de menos sintomas de depressão e de somatização para as crianças. O estudo destacou também que, ainda que se tenham evidenciado efeitos significativos para ambos os sexos, para os meninos a punição foi preditora de mais sintomas depressivos até quando os níveis de afeto parentais eram altos, indicando assim, maior risco associado ao sexo masculino (Zubizarreta, Calvete & Hankin, 2019).

O contexto emocional dos primeiros anos de vida da criança e como isso impactou seu desenvolvimento comportamental na idade escolar foi abordado no estudo longitudinal de Orri et al.(2019) com uma amostra de 290 crianças e seus pais. Nas análises, foram delimitados perfis de afetividade para mães e pais, considerando as práticas de cuidado, interesse e disponibilidade para brincar, e os indicadores emocionais de tristeza, raiva e medo, além da prática parental específica de agressividade. Para os meninos, os perfis desequilibrados de práticas e afetos maternos foram preditores de problemas internalizantes. Quanto às meninas, o mesmo desequilíbrio de práticas e afetos por parte das mães foi preditor

tanto de sintomas internalizantes como externalizantes. O estudo destacou ainda que as práticas e afetos maternos foram os únicos que impactaram negativamente as meninas, sem efeitos encontrados para as análises das práticas dos pais. Nota-se também que as mães que relataram menos afetos negativos (como raiva e tristeza) e mais afetos positivos (interesse e disponibilidade) relataram menos práticas de agressividade.

Combinando as variáveis *práticas parentais maternas* e o *sexo das crianças* em amostras expostas à *depressão materna*, o estudo transversal de Wang (2018), analisou dados de quase 2300 crianças. O estudo verificou que as práticas parentais negativas maternas foram preditoras de sintomas depressivos apenas para os meninos, mas não para as meninas. Ressaltou também que, ainda que tenham sido identificados efeitos mediadores das práticas e percepções negativas maternas para meninos e meninas, os caminhos específicos foram diferentes, demonstrando que as crianças foram igualmente afetadas pelos sintomas depressivos maternos, mas a forma como isso se deu foi diferente para cada sexo.

Afirmativa semelhante quanto à associação entre depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar diferenciadas pelo sexo foi relatada no estudo de revisão de Loosli e Loureiro (2010), que destacou que os prejuízos que a depressão materna tende a acarretar ao desenvolvimento infantil podem apresentar manifestações diferentes em relação ao sexo da criança. A revisão apontou que meninos e meninas parecem vivenciar de forma diferente o contato com a depressão materna e o desenvolvimento de possíveis dificuldades comportamentais.

Considerando uma avaliação integrada da depressão materna, práticas parentais, e associações com o comportamento de crianças diferenciadas pelo sexo, Blatt-Eisengart, Drabick, Monahan e Steinberg (2009) estudaram uma amostra da comunidade de 1364 mães e crianças, avaliadas aos dois e aos sete anos de idade. Os resultados indicaram associação entre a depressão materna, a prática parental específica de intrusividade e os problemas externalizantes de meninos e meninas aos sete anos; quanto à prática parental de controle negativo, foram constatadas associações aos problemas externalizantes apenas para os meninos. No que se refere ao impacto da depressão materna para os desfechos externalizantes, os autores verificaram maior vulnerabilidade para as meninas, cujos problemas comportamentais aumentaram entre os dois e os sete anos de idade, enquanto os problemas dos meninos diminuíram.

Com uma coorte representativa de mais de 10.000 crianças e mães, o estudo de Nantel-Vivier, Pihl, Côté e Tremblay (2014) analisou trajetórias de desenvolvimento isolado e combinado de habilidades pró-sociais e problemas de comportamento internalizantes e

externalizantes para crianças de dois a 11 anos de idade. Os resultados indicaram que ser um menino aumentou o risco de pertencer à trajetória de baixas habilidades prós-sociais, independente das práticas e sintomas depressivos maternos, enquanto a depressão materna aumentou o risco de mais agressividade para meninos e meninas. O mesmo estudo também verificou que as crianças que pertenciam a níveis socioeconômicos mais baixos apresentaram mais habilidades sociais, fator discutido negativamente pelos autores. Levantaram como hipótese que crianças que se desenvolvem em situações de adversidade expostas à baixa renda e à depressão materna podem desenvolver uma polidez excessiva e a necessidade constante de agradar, sendo que tais características poderiam ser mecanismos de compensação para encobrir sintomas internalizantes de ansiedade e preocupação.

Outro estudo conduzido na Alemanha por Castelao e Kroner-Herwig (2013) também avaliou diferenças entre os sexos quanto às variáveis depressão materna, práticas parentais e comportamento, tendo identificado diferenças significativas entre meninos e meninas. O estudo analisou diferenças entre as crianças no desenvolvimento de trajetórias de comportamento externalizantes, considerando variáveis familiares e individuais de uma amostra com quase 4.000 participantes, avaliados durante quatro anos. Considerando a exposição à depressão materna e às práticas parentais negativas, foram identificadas três classes de trajetórias diferentes, a saber: baixas (presença constante de baixa frequência de problemas de comportamento); moderadas (presença constante de problemas comportamentais ao longo do tempo); e alto crescentes (escores altos de problemas de comportamento que tendiam a aumentar com o tempo). O estudo verificou que as meninas apresentaram predominantemente trajetórias baixas, enquanto os meninos foram predominantes nas trajetórias moderadas e alto-crescentes, indicando maior risco. As análises também indicaram que o estilo parental disfuncional materno, composto por práticas de restrição, inconsistência e indução de culpa, mostrou-se associado a problemas de comportamento externalizante tanto para os meninos, como para as meninas, sem diferenças entre os sexos.

Em nosso meio, o estudo de Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2016) fez uma comparação de indicadores de práticas parentais, depressão materna e repertório comportamental de crianças com e sem problemas internalizantes, diferenciadas por sexo e escolaridade. Participaram da amostra mães de 64 crianças divididas em dois grupos homogêneos (15 meninos e 17 meninas), de acordo com a ausência/presença de problemas internalizantes. Entre os resultados, destacaram que as práticas negativas foram mais frequentes para o grupo com problemas internalizantes, enquanto as habilidades sociais foram

mais frequentes para o grupo sem diagnóstico. Constataram ainda que, quanto maiores foram os índices de depressão materna, menores foram as habilidades sociais das crianças. As autoras também identificaram que as crianças escolares apresentaram mais problemas de ansiedade quando comparadas às crianças pré-escolares, e não verificaram diferenças entre os sexos no grupo com problemas internalizantes.

Com base em uma revisão não sistemática sobre a diferença na prevalência de psicopatologias associadas ao sexo, Rutter et al. (2003) enfatizaram a importância de se considerar os fatores culturais referentes às exteriorizações de problemas para homens e mulheres, meninos e meninas. Os autores hipotetizaram que, para os meninos, relatos referentes a expressões externalizantes de dificuldades tendem a ser mais comuns, enquanto para meninas, há mais expressão de sintomas emocionais, o que não significa necessariamente que ambos não sofram com problemas das duas naturezas. Pontuaram também que, ainda que haja uma ampla literatura acerca de diferenças entre os sexos na psicopatologia, ainda não há explicações rigorosas que possam elucidar as possíveis causas para esses contrastes.

Analisando-se o conjunto de estudos relatados que abordaram diferenças entre meninos e meninas, não foi possível extrair pistas que indicassem de modo consistente padrões de problemas de comportamento para cada sexo. Verificou-se que os resultados dos estudos foram diversos, com alguns dos trabalhos indicando maior vulnerabilidade para as meninas, outros indicando maiores riscos para os meninos, e ainda alguns que não constataram diferenças entre os sexos quanto aos desfechos estudados. Tais apontamentos tornam justificável abordar o sexo das crianças como variável de interesse em novos estudos.

Assim, o presente estudo se propõe a abordar simultaneamente as influências da depressão materna, das práticas parentais maternas e as possíveis diferenças comportamentais para meninos e meninas de modo a contemplar uma lacuna da literatura indicada por Psychogiou e Parry (2014) quanto à abordagem de condições múltiplas que podem interferir nos desfechos. Os referidos autores afirmaram que, embora exista um reconhecimento estabelecido quanto ao impacto negativo da depressão dos pais para a interação com os filhos e suas funções parentais, são necessárias novas pesquisas que abordem as peculiaridades dessas interações, de forma a ajudar na compreensão sobre como se processam. Espera-se que, ao se fortalecer evidências no campo de estudos sobre o impacto da depressão materna e da parentalidade para o comportamento de meninos e meninas, possa-se contribuir para ampliar a compreensão sobre as interações entre estas variáveis, de modo a subsidiar práticas preventivas e de intervenção em saúde mental.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Tem-se como objetivo geral verificar os efeitos preditivos da depressão materna, das práticas parentais das mães e do sexo das crianças para os desfechos comportamentais de meninos e meninas em idade escolar.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Têm-se como objetivos específicos:

1) Comparar o perfil sociodemográfico da amostra, considerando grupos diferenciados pela presença/ausência de diagnóstico de depressão e pelo sexo das crianças.

2) Comparar as práticas parentais maternas e os indicadores comportamentais das crianças considerando grupos diferenciados pela presença/ausência de diagnóstico de depressão.

3) Comparar as práticas parentais maternas e os indicadores comportamentais das crianças considerando grupos diferenciados de meninos e meninas.

4) Identificar as possíveis associações entre as variáveis: depressão materna, práticas parentais maternas e problemas comportamentais das crianças diferenciadas pelo sexo.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto é parte de um estudo maior[1] que foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), de Uberaba-MG (CAAE 42693514.1.0000.5154), (ANEXO A). Um termo de anuência para a realização da coleta de dados foi apresentado para as escolas, fontes dos participantes (ANEXOS B, C, D, E).

Para as mães avaliadas foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) de forma verbal, escrita e por meio de leitura compartilhada. As mães receberam informações a respeito dos objetivos do estudo, da ausência de prejuízos ou danos decorrentes da participação, e do rigor com o sigilo das informações obtidas na pesquisa. Foi esclarecido que a participação seria voluntária, ressaltando-se que a desistência era admissível em qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo para elas ou seus filhos. O consentimento das mães foi solicitado mediante autorização por escrito para sua própria participação e para a participação de seu filho. Foi obtida, ainda, a anuência das crianças para participação no estudo, por meio da assinatura das mesmas no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE - APÊNDICE B).

A devolutiva dos dados foi garantida às participantes conforme o seu interesse e, quando constatada a necessidade, mães e crianças foram orientadas e encaminhadas para atendimento pela rede de saúde. Não foram fornecidas informações específicas sobre as crianças e suas famílias às escolas.

3.2. DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, correlacional, preditivo e de comparação entre grupos. Os dados foram obtidos por meio de informações fornecidas por mães e crianças.

[1] Tese de doutorado defendida pela Thaysa Brinck Fernandes Silva junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da FMRP-USP, intitulada “Depressão materna, afetos e práticas educativas maternas na predição de problemas comportamentais de crianças”.

3.3. PARTICIPANTES

3.3.1. Caracterização da situação do estudo

O presente estudo foi realizado com uma amostra procedente de quatro escolas públicas de ensino fundamental da cidade de Uberaba – MG, sendo uma estadual e três municipais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Uberaba-MG tinha uma população estimada de 325.279 habitantes no ano de 2016, ocasião em que a coleta foi iniciada. O município possui uma taxa de escolarização de 97.7 % no ensino fundamental (entre 6 e 14 anos), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do é de 0,772, e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2015 foi de R$ 38,881,05[2].

As quatro escolas, fonte dos participantes, podem ser consideradas semelhantes por se situarem em bairros próximos ao centro de Uberaba-MG, por funcionarem nos turnos matutino e vespertino, e por receberem alunos de diversas regiões da cidade, com características socioeconômicas diversas. As características gerais de cada uma das escolas, quando do recrutamento dos participantes, estão apresentadas a seguir:

- Escola 1 (Estadual): abrange o ensino fundamental do 1º ao 5º ano, com um total de 955 alunos distribuídos em 16 turmas.
- Escola 2 (Municipal): abrange o ensino fundamental do pré II ao 5º ano, com um total de 214 alunos.
- Escola 3 (Municipal): abrange o ensino fundamental do pré II ao 9º ano, com um total de 1460 alunos, distribuídos em 57 turmas.
- Escola 4 (Municipal): abrange o ensino fundamental do 1º ao 9º ano, com um total de 1151 alunos distribuídos em 42 turmas.

Nas quatro escolas contatadas havia um total de 1756 crianças na faixa etária elegível, consideradas como a população pretendida. Foi realizado um cálculo amostral desta população, com margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 95%, chegando à amostra ideal de 92 participantes (variando de 82 a 102).

3.3.2. Caracterização dos participantes

A amostra do estudo foi não aleatória, de conveniência, e incluiu 101 díades mães-filhos, com crianças de ambos os sexos entre oito e 11 anos de idade. Os participantes foram distribuídos em dois grupos:

---

[2] Dados disponíveis no site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - http://cod.ibge.gov.br/MEO. Acesso dia 21 de setembro de 2018.

G1 – Depressão: 51 díades mães-crianças, cujas mães apresentaram diagnóstico de depressão, sistematicamente avaliado, e seus filhos biológicos, sendo 26 meninos e 25 meninas.

G2 – Não Depressão: 50 díades mães-crianças, cujas mães não apresentaram histórico de transtorno depressivo ou episódio depressivo atual, e seus filhos biológicos, sendo 25 meninos e 25 meninas.

3.3.3. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Com relação às mães, foram incluídas no estudo mulheres a partir de 25 anos, que não relataram ter doenças crônicas graves, tais como: câncer, AIDS, cardiopatia, nefropatia, hepatopatia, hanseníase, esclerose múltipla, Parkinson, tuberculose ativa e paralisia irreversível e incapacitante. As doenças citadas compõem a lista de doenças consideradas graves e incapacitantes no art. 151 da Lei 8.213/91 (Lei de Planos de Benefícios da Previdência Social).

Para as crianças, os critérios de seleção considerados foram: ter idade entre oito e 11 anos, serem filhos biológicos de suas mães e não apresentarem deficiências físicas ou mentais aparentes e relato de doenças crônicas. Foram excluídas crianças adotivas e/ou que não residiam com a sua família de origem, e com nível intelectual abaixo da média, conforme avaliação pelo Teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven.

No que se refere à distribuição nos grupos, foram incluídas no G1 as mulheres/mães com diagnóstico de depressão atual ou com histórico de transtorno depressivo, avaliado pelo Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) e pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID). No G2 foram incluídas as mulheres/mães com ausência de indicadores de depressão atual (PHQ-9) e de histórico de transtorno depressivo avaliado pela SCID. Foi incluída no estudo apenas uma criança por família.

Durante a coleta de dados buscou-se, de forma ativa e dirigida, manter números semelhantes de meninos e meninas nos grupos com e sem depressão. Para manter o balanceamento, ao fazer os contatos com as mães elegíveis nas famílias em que havia mais de uma criança, o critério de escolha para a inclusão no estudo foi o sexo das crianças já avaliadas, assim como priorizou-se nos contatos as famílias com filhos que favorecessem a manutenção da homogeneidade dos grupos pelo sexo das crianças.

3.3.4. Processo de seleção dos participantes

Em um primeiro momento, pretendia-se que a pesquisa fosse desenvolvida em apenas uma escola pública do ensino fundamental de Uberaba-MG (Escola 1), que contava com 604 crianças elegíveis. Contudo, como a aceitação de participação foi baixa, foi necessária a inclusão de mais três escolas, como descrito a seguir.

O primeiro processo de seleção aconteceu em 2016, quando foram realizadas visitas sequenciais às quatro escolas para apresentação do projeto às coordenações e assinaturas das anuências de participação, sendo que as quatro escolas referidas foram as únicas contatadas. Em todas as escolas, foi entregue às crianças de faixa etária elegível (entre oito e onze anos), uma filipeta com a apresentação da pesquisa e um convite para suas mães participarem do estudo.

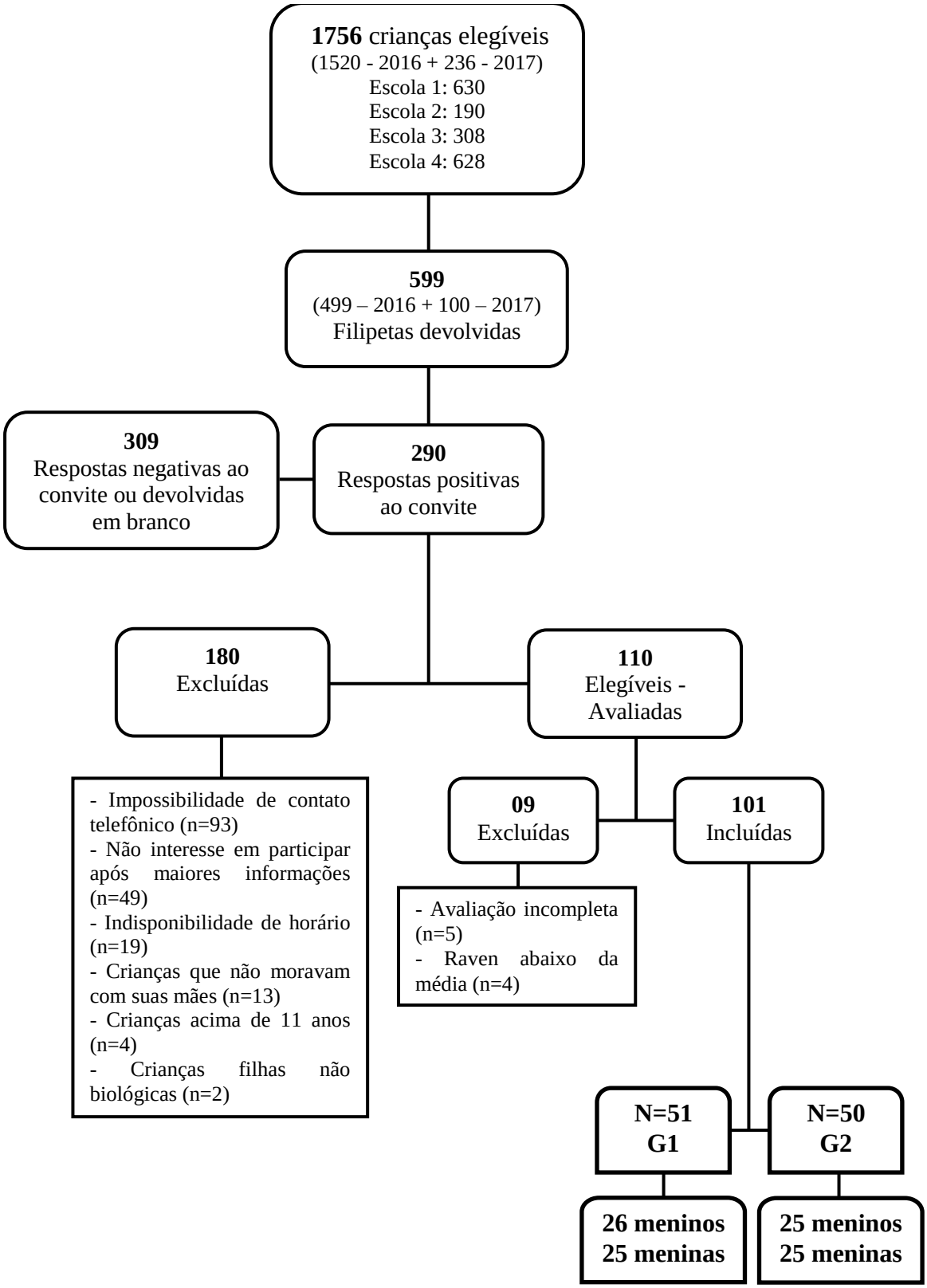
No ano de 2016, foram distribuídas 1520 filipetas (604 filipetas na Escola 1, 120 filipetas na Escola 2, 308 filipetas na Escola 3, e 488 filipetas na Escola 4), das quais 499 foram devolvidas, sendo que 236 mães manifestaram interesse em conhecer mais sobre a pesquisa e registraram uma forma de contato. Após um contato inicial, 144 mulheres não puderam participar da coleta por motivos diversos e, das 92 mulheres que participaram efetivamente, 83 foram incluídas no estudo.

Como o número de participantes obtidos nessa ocasião foi abaixo do esperado (n =100), foi realizado um novo contato com as escolas 1, 2 e 4 no ano de 2017, sendo distribuídas 236 novas filipetas, das quais foram devolvidas 100, sendo que 54 mulheres/mães manifestaram interesse, e 18 participantes foram incluídas no estudo. De modo a facilitar a compreensão, o percurso amostral (Figura 1) apresentará em conjunto os dados dos dois períodos de coleta (2016 e 2017).

Considerando o período completo de coleta, foram consideradas elegíveis 1756 crianças (630 da Escola 1, 190 da Escola 2, 308 da Escola 3, e 628 da Escola 4). Destas filipetas entregues, foram devolvidas 599, sendo que 309 responderam negativamente ao convite ou devolveram sem resposta e 290 manifestaram interesse em conhecer mais sobre o estudo. Desse conjunto, 180 possíveis participantes foram excluídos por motivos diversos: impossibilidade de contato telefônico (n=93), não interesse em participar após receber maiores informações sobre a pesquisa (n=49), indisponibilidade de horário para participar do estudo (n=19), crianças que moravam com madrastas ou avós (n=13), crianças acima da faixa etária (n=4); crianças que não eram filhas biológicas de suas mães (n=2). As 110 díades elegíveis restantes foram avaliadas, e nove foram excluídas pelos motivos: avaliação incompleta (n=5) e crianças que pontuaram abaixo do percentil 25 no Raven (n=4).

A amostra final foi de 101 díades de mães–crianças, sendo os participantes distribuídos em dois grupos: 51 mães com depressão e seus filhos, 26 meninos e 25 meninas (G1) e 50 mães sem indicadores de transtorno depressivo e seus filhos, 25 meninos e 25 meninas (G2). De acordo com o cálculo amostral realizado previamente, o número de participantes foi considerado satisfatório para as análises pretendidas.

Figura 1 - Percurso Amostral



3.4. INSTRUMENTOS

3.4.1. Instrumentos para alocação nos grupos e inclusão/exclusão no estudo

- Mães

PHQ-9 - Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9

O PHQ é uma adaptação do PRIME-MD (Spitzer et al., 1994), utilizado em serviços de atenção primária à saúde. O PHQ-9, por sua vez, é um módulo de avaliação de depressão validado por Spitzer, Kroenke e Williams (1999) e Kroenke, Spitzer e Williams (2001), e foi utilizado neste estudo para a caracterização de episódio atual de depressão de todas as mulheres/mães participantes, sendo que para as mães de G1, a presença de indicadores atuais de depressão foi um critério para alocação no grupo.

O instrumento PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), a saber: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de aparecimento de cada sintoma nos últimos quinze dias é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3, correspondendo às respostas *nenhuma vez, vários dias, mais da metade dos dias* e *quase todos os dias*, respectivamente.

A somatória dos itens resulta no escore total, o qual pode variar entre zero e 27, sendo considerado indicador positivo de Depressão Maior valores maiores ou iguais a 10 (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). A gravidade do transtorno depressivo é classificada de acordo com o valor do escore total, assim: ausência de indicadores de Depressão Maior (escores de 0 a 5); indicadores de Depressão Maior leve (escores de 6 a 9); indicadores de Depressão Maior moderada (escores de 10 a 14); indicadores de Depressão Maior moderada- severa (escores de 15 a 19); e indicadores de Depressão Maior severa (escores acima de 20).

Em estudo realizado no Brasil acerca das propriedades psicométricas do PHQ-9, os resultados demonstraram excelente validade em comparação à entrevista diagnóstica, apresentando uma área sob a curva ROC (AUC) de 0.998 ($p<0,001$). A nota de corte maior ou

igual a 10 mostrou-se como a mais adequada para rastreamento da depressão, com sensibilidade (S) de 1,00, especificidade (E) de 0,98, valor preditivo de 0,97, valor preditivo negativo de 1,00 e eficácia diagnóstica de 0,999 (Osório et al., 2009).

A versão em português utilizada no presente estudo foi traduzida pela Pfizer[3].

SCID – Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Revisão geral e módulo de Transtornos de Humor)

A SCID é uma entrevista estruturada para o diagnóstico de transtornos mentais, com tradução e adaptação realizada por Del-Ben et al. (2001). A entrevista contém uma seção de Revisão Geral, seguida de um roteiro de entrevista clínica semiestruturada, dividida em módulos correspondentes aos diagnósticos dos transtornos, sendo os critérios diagnósticos enumerados no corpo do instrumento.

No presente estudo, a entrevista foi utilizada para avaliação diagnóstica das participantes, utilizando-se o módulo referente à avaliação de Transtornos de Humor no qual são abordados os critérios diagnósticos para episódio depressivo maior, episódio maníaco e transtorno distímico. A aplicação do módulo de Transtornos de Humor da SCID foi feita com o intuito de alocar as mulheres nos grupos, sendo que em G1 foram incluídas aquelas que preencheram os critérios diagnósticos para o histórico e/ou episódio atual de transtorno depressivo não psicótico, de acordo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993). As mães que apresentarem ausência de diagnóstico de transtornos de humor recentes ou passados foram incluídas no G2. Faz-se necessário assinalar que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, atualmente em sua quinta edição (DSM5-APA, 2014), manteve os critérios diagnósticos relativos aos transtornos depressivos persistentes apresentados na versão anterior, utilizada para a versão da SCID adotada no estudo.

- Crianças

Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial

Trata-se de um teste de inteligência não verbal, que avalia a capacidade intelectual geral de crianças de cinco a 11 anos de idade, com padronização brasileira para estudantes de escola pública e privada realizada por Angelini et al. (1999). As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven são conhecidas no Brasil como Escala Especial, que é constituída por três

[3] Copyright © 2005 Pfizer Inc; Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão.

series de 12 itens: A, Ab e B, sendo os itens são organizados em ordem de dificuldade crescente. A pontuação total corresponde ao número de acertos e é convertida em percentil, sendo que quanto maior for o percentil, maior é o nível de inteligência da criança.

O teste apresenta propriedades psicométricas satisfatórias. A validade do constructo foi verificada por meio da observação do aumento progressivo nos resultados do teste de acordo com a idade cronológica das pessoas avaliadas, o que é característico dos testes de inteligência; e também por meio da consistência interna, em que a maioria dos itens satisfez a correlação item-total entre 0,30 a 0,80. No que se refere à precisão do teste, o coeficiente de correlação entre os itens para a amostra total foi de 0,92 (Angelini et al., 1999). Por meio da análise fatorial do Raven, aplicado a um extenso número de crianças brasileiras, foi verificado que o teste pode ser utilizado como um bom indicador do desenvolvimento cognitivo de crianças (Muniz, Gomes & Pasian, 2016). O Raven foi utilizado neste estudo como critério de seleção das crianças, sendo adotado como condição para a inclusão nos dois grupos um desempenho intelectual correspondente ao percentil maior ou igual a 25.

3.4.2. Instrumentos para o estudo propriamente dito

- Mães

Questionário Geral

Instrumento elaborado para a sondagem de informações sóciodemográficas e algumas condições específicas dos participantes e de suas famílias quanto a:

1) Mães – endereço e condições de moradia, idade, sexo, cor, naturalidade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, número de filhos biológicos e adotivos;

2) Famílias – constituição, renda mensal e nível socioeconômico, utilizando-se os itens do Critério de Classificação Econômica Brasil[4] desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP);

3) Crianças – idade, sexo e escolaridade;

4) Condições específicas relativas a: gravidez da criança em estudo, histórico de depressão familiar, presença de doenças crônicas por parte de familiares e de deficiências por parte da criança, e utilização de medicamentos de uso contínuo por parte da mãe e/ou da criança.

Inventário de Estilos Parentais (IEP)

[4] Critério de Classificação Econômica 2016. Disponível em: http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso dia 11 de junho de 2020.

O Inventário de Estilos Parentais proposto por Gomide (2006) permite identificar os estilos e práticas educativas utilizados pelos pais. O instrumento é composto por 42 itens e deriva de um modelo teórico composto por sete práticas educativas, sendo duas consideradas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) e cinco negativas (abuso físico, disciplina relaxada, monitoria negativa, negligência e punição inconsistente). As respostas são organizadas em uma escala de Likert de 3 pontos, em que *sempre* vale 2 pontos; *às vezes*, 1 ponto; e *nunca*, 0 ponto. O inventário pode ser usado tanto com crianças, respondendo sobre as práticas educativas usadas por seus pais, como pelos próprios pais, respondendo sobre as práticas que utilizam. Neste estudo foi usada a versão aplicada a pais e mães, respondida pelas mães.

Com base na pontuação dos itens se estabelece o índice de Estilo Parental (*iep*), que é calculado da seguinte forma: faz-se a soma dos valores correspondentes às práticas positivas e às práticas negativas, separadamente, e, em seguida, subtraem-se as práticas negativas das positivas. Se o índice de estilo parental for negativo significa que as práticas educativas negativas se sobrepõem às práticas educativas positivas, e vice-versa. O escore bruto é obtido e posteriormente convertido em porcentagem com base em duas tabelas normativas, sendo que o valor percentual corresponde ao estilo parental predominante.

O escore do *iep* pode variar de -60 (ausência total de práticas positivas e presença total de práticas negativas) a +24 (ausência total de práticas negativas e presença total de práticas positivas). No que se refere à interpretação dos dados, o percentil de 1 a 25 corresponde ao estilo parental de risco, o percentil de 30 a 50 corresponde ao estilo parental regular abaixo da média, de 55 a 75, estilo parental regular acima da média, e o percentil de 80 a 99, estilo parental ótimo.

Com relação às qualidades psicométricas do IEP, para a validação de critério, os dados foram submetidos ao teste *t de Student* para amostras independentes, tendo sido constatado que o inventário consegue detectar satisfatoriamente as práticas educativas de risco em adolescentes considerados como vulneráveis. No que se refere à análise fatorial, foram observadas cargas fatoriais elevadas, indicando boa representação comportamental dos construtos correspondentes (Gomide, 2006).

Neste estudo o IEP foi adotado para avaliar as práticas parentais utilizadas pelas mães de ambos os grupos, G1 e G2.

<u>Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)</u>

Questionário proposto por Goodman (1997) e traduzido e adaptado para o português por Fleitlich-Bilyk & Goodman (2001), que pode ser respondido por crianças maiores de 11 anos, ou por pais/professores de forma a avaliar o comportamento dos filhos/alunos nos últimos seis meses. Trata-se de um instrumento de uso livre, breve, composto por 25 itens, utilizado para rastreamento de problemas comportamentais de crianças e jovens de quatro a 16 anos. O questionário é dividido em cinco diferentes escalas, sendo quatro correspondentes ao escore de dificuldades (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, e problemas de relacionamento com os colegas), e uma correspondente ao escore de recursos (comportamento pró-social).

As opções de resposta apresentadas são *falso* (zero ponto), *mais ou menos verdadeiro* (um ponto) e *verdadeiro* (dois pontos), podendo ser assinalada apenas uma única opção por item. Para cada uma das cinco escalas a pontuação pode variar de 0 a 10, e o escore total de dificuldades é obtido pela soma dos resultados das quatro escalas de problemas. A pontuação total de cada uma das escalas é classificada como normal, limítrofe ou anormal, tendo por base os valores definidos para cada escala. Quanto ao escore total, considera-se como nota de corte indicativa de problemas o escore ≥ 16, como proposto por Fleitlich-Bilyk & Goodman (2001).

As propriedades psicométricas do SDQ foram verificadas em estudos realizados em uma cidade do interior de São Paulo e descritas por Woerner et al. (2004). O primeiro estudo de validação do instrumento foi realizado por meio da comparação entre médias de uma amostra da comunidade e uma amostra clínica de pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos. Os resultados demonstraram diferenças significativas ($p<0,001$) entre o escore total da amostra da comunidade a da amostra clínica para versões dos pais e professores, embora não tenham sido identificadas diferenças significativas para a versão de auto relato. Após ajustes para o gênero, observaram-se escores significativamente maiores para a amostra clínica comparada à amostra da comunidade.

Outro estudo de validação foi realizado por meio da comparação das avaliações de problemas mentais por meio do SDQ e do DAWBA. Foram selecionados randomicamente 41 participantes da comunidade com avaliação pelo SDQ com indicativo de problemas, os quais foram avaliados por meio do DAWBA, sendo que 56% foram identificados como tendo algum diagnóstico do DSM-IV. Também foram selecionados 40 participantes da comunidade com SDQ indicando ausência de transtorno, e apenas 15% destes apresentaram algum diagnóstico do DSM-IV na avaliação por meio do DAWBA ($x^2=13.1$; $p<0,001$).

Os estudos para verificar a fidedignidade do instrumento utilizaram o método teste-reteste e o cálculo do alfa de Cronbach. O SDQ foi completado em dois momentos, com intervalo de aproximadamente 20 dias, por pais de 17 crianças de um grupo clínico. O escore médio de dificuldades totais do SDQ foi 18,47 (DP=6,44) na primeira avaliação, e 16,65 (DP=8,04) na segunda avaliação, não havendo diferença significativa entre as duas avaliações. A correlação entre as duas avaliações foi de 0,79 enquanto a correlação intra-classe foi de 0,77, ambos com $p<0,001$, sendo os valores de fidedignidade considerados satisfatórios.

Neste estudo, o SDQ foi utilizado para a avaliação relativa ao comportamento das crianças, conforme a avaliação de suas mães.

3.5. PROCEDIMENTOS

3.5.1. Coleta de dados

Inicialmente, foram conduzidas reuniões com a coordenação de cada uma das escolas selecionadas para apresentação do projeto e dos seus objetivos. Também foram colhidas informações sobre as condições, dias e horários em que a divulgação da pesquisa poderia ser realizada, além da coleta da assinatura das diretoras em um termo de anuência quanto à participação das escolas.

Para o recrutamento dos participantes foram elaboradas filipetas com uma descrição geral da pesquisa e seus objetivos, distribuídas nas escolas para todas as crianças elegíveis (entre oito e 11 anos). O texto das filipetas convidava as mães à participação, deixando um espaço a ser preenchido sobre o interesse/não interesse em conhecer melhor o trabalho e um lugar para registrar o número de telefone e a disponibilidade de horários para contato. Foi combinado com as escolas um horário para recolhimento das filipetas preenchidas, e, com bases nessas informações, procedeu-se ao contato por telefone com as mães que manifestaram interesse.

Nas ligações telefônicas os objetivos do estudo foram novamente explicados com maiores detalhes, assim como o esclarecimento da ausência de riscos e benefícios da participação para mães e filhos. Em seguida, procedeu-se ao agendamento de um horário presencial para realizar a entrevista de aplicação dos instrumentos com as mulheres/mães que concordaram em participar. Todas as avaliações foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das mães, e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido por parte das crianças.

As avaliações com as mães e com as crianças foram feitas individualmente, em uma única sessão nas casas das participantes, conforme horários previamente escolhidos segundo a conveniência das mesmas, e foram conduzidas por duas psicólogas, (sendo uma a autora dessa dissertação), e dois estudantes de psicologia do último ano de graduação, devidamente treinados para as tarefas. A aplicação da SCID com as mães foi realizada somente pelas psicólogas, com treinamento especifico para conduzir a avaliação diagnóstica clínica. Os demais instrumentos foram aplicados por todos os avaliadores, incluindo os dois estudantes colaboradores da coleta. O modo de aplicação dos instrumentos foi padronizado conforme as instruções específicas de cada um deles e todos os aplicadores passaram por um treinamento técnico e participaram de reuniões regulares durante a coleta visando à manutenção dos critérios definidos.

As avaliações com mães e crianças foram realizadas na mesma ocasião. Com as mães, o procedimento teve em média 90 minutos e foi iniciado com os esclarecimentos da pesquisa, assinatura do TCLE e a aplicação do Questionário geral. Em seguida, foram aplicados o PHQ-9, SCID, IEP e SDQ, nessa ordem. Com as crianças, depois de estabelecido um breve *rapport*, foram explicados os objetivos da pesquisa, colhido o assentimento no TALE e feita a aplicação do Raven, com duração média de 15 minutos.

A coleta de dados do projeto maior envolveu também a aplicação de outros instrumentos que não fazem parte deste estudo.

3.5.2. Tratamento dos Dados

Para a análise dos dados foram utilizados os indicadores obtidos por meio dos instrumentos, considerando as normas de codificação de cada um deles. Os dados foram inseridos em uma planilha do Excel por duas pesquisadoras independentes e foram conferidos por uma terceira pesquisadora. Para análise dos dados utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0. A codificação dos instrumentos será exposta a seguir:

- <u>Questionário Geral</u>

As informações colhidas no Questionário Geral foram usadas para o levantamento de características das crianças, mães e famílias (sexo, idade, escolaridade, ocupação dos pais, constituição familiar e situação socioeconômica). A caracterização sócio-demográfica da amostra foi realizada por meio do cálculo de frequência e porcentagem, a partir do agrupamento das variáveis citadas anteriormente, e para o nível socioeconômico considerou-

se cinco classes (A, B, C, D e E), conforme os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP.

- PHQ-9 – Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9

Os dados do PHQ-9 foram codificados segundo as normas de Spitzer et al. (1999) e Kroenke et al. (2001). A somatória de todos os itens do instrumento gera um escore geral, que pode variar entre 0 e 27 pontos. Os escores entre 0 e 9 pontos receberam a classificação *negativo*, indicando a ausência de sinais de depressão; e os escores maiores ou iguais a 10 foram classificados como *positivos*, indicando a presença de sinais e sintomas de depressão.

- SCID – Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Revisão geral e módulo de Transtornos de Humor)

Os diagnósticos conduzidos por meio da SCID se deram a partir das instruções e critérios apresentados no próprio instrumento. Para a inclusão/exclusão nos grupos do estudo, considerou-se a presença/ausência do diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior. Quando da presença do Transtorno Depressivo Maior, atual ou prévio, a participante foi incluída em G1, e quando da ausência de sintomas depressivos atuais ou pregressos, foi incluída em G2.

Os dados das participantes do G1 foram tratados por frequência e porcentagem para a caracterização do perfil clínico.

- Inventário de Estilos Parentais (IEP)

Os dados do IEP foram codificados segundo as normas propostas por Gomide (2006). Procedeu-se à soma da pontuação de cada uma das sete práticas, e depois calculou-se o Índice de Estilos Parentais (*iep*), cujo valor pode variar -60 até +24, e é calculado pela subtração da soma das duas práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) da soma das cinco práticas negativas (negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). Quando o *iep* produziu um valor positivo, as práticas parentais maternas foram classificadas como *Predominantemente Positivas*, e quando o *iep* foi negativo, as práticas educativas foram classificadas como *Predominantemente Negativas*.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Os dados do SDQ foram codificados segundo as normas propostas por Goodman (1997). Para a obtenção dos escores, os itens de cada escala foram pontuados e somados. Em

seguida, somou-se a pontuação das quatro escalas de problemas (Sintomas emocionais, Problemas de conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os colegas), que corresponde ao escore total de dificuldades. A pontuação da escala de Comportamento Pró-social corresponde aos recursos.

Com base no escore total e das escalas específicas procedeu-se às classificações, sendo os valores incluídos na classificação anormal considerados como indicativos de problemas de comportamento, nomeados como *Com dificuldade*, e as classificações incluídas nos valores correspondentes a normal e limítrofe foram agrupadas e nomeadas como *Sem dificuldade*.

3.5.3. Análise estatística dos dados

Inicialmente foi realizada uma análise estatística descritiva, com a utilização de média e desvio padrão para as variáveis contínuas, e frequência e porcentagem para as variáveis categóricas. Em seguida foi conduzido o teste de normalidade Komolgorov-Smirnov de modo a verificar os testes estatísticos mais adequados para as análises de comparação entre grupos e de correlação entre as variáveis.

Procedeu-se às análises de comparação entre os grupos quanto às práticas parentais maternas e ao comportamento das crianças avaliado pelas mães, comparando-se G1 e G2, diferenciados pela presença da depressão materna; e em grupos diferenciados pelo sexo das crianças. Para tal utilizou-se o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher, para as comparações entre as variáveis dicotômicas, e o Teste Mann-Whitney e o Teste t de Student para as comparações entre as variáveis contínuas.

Visando verificar as associações entre as variáveis sexo das crianças, depressão materna, práticas parentais maternas e comportamento das crianças avaliado por mães, procedeu-se à aplicação do Teste de Correlação de Pearson ou de Spearman, dependendo da distribuição das variáveis.

Para as análises de covariância (ANCOVA), foram testados os efeitos da depressão materna para o comportamento das crianças, mensurados pelo SDQ, enquanto foram controlados os efeitos do sexo das crianças. Também foram testados modelos para os efeitos da depressão materna para as práticas parentais maternas, controlando-se os efeitos do sexo. O primeiro modelo foi testado para o total de dificuldades e para cada escala do SDQ, sendo designadas como variáveis dependentes os seguintes indicadores de comportamento: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Pró-Social. O segundo modelo foi testado para os indicadores do IEP, sendo designadas como variáveis dependentes as seguintes

práticas: *iep*, Total de Práticas Negativas, Total de Práticas Positivas, Monitoria Positiva, Comportamento Moral, Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa e Abuso Físico.

Para verificar a validade das análises pela ANCOVA foram realizados testes de normalidade e homogeneidade de variância. Dentre as variáveis testadas, a Negligência violou os pressupostos de homogeneidade, sendo considerada inválida para as análises e posteriormente excluída.

Para os modelos multivariados de predição de problemas de comportamento das crianças, mensurados por meio do SDQ, foram consideradas como variáveis independentes ou preditoras a depressão materna, o sexo das crianças, e práticas parentais com significância estatística na análise de regressão linear univariada, adotando-se como modelos finais as variáveis identificadas como preditoras pelo método stepwise. Foi testado um modelo para o total de dificuldades e para cada escala do SDQ, sendo considerados desfechos os seguintes indicadores de problemas de comportamento: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas.

Para definição da qualidade dos modelos e das variáveis preditoras a serem incluídas, procedeu-se à verificação da multicolinearidade entre estas variáveis, realizada por meio do cálculo e análise do Fator de Inflação da Variância (VIF). Trata-se de um fator que mede o grau com que cada variável explicativa do modelo pode ser explicada pelas outras variáveis independentes, sendo que valores mais altos do VIF representam a presença de mais colinearidade (Hair et al., 2005). No que se refere às variáveis incluídas no presente estudo, em todos os modelos de predição nenhuma excedeu valores limites do VIF maior que 3, podendo ser consideradas como variáveis independentes. Para as análises de regressão realizadas e análise dos modelos de predição, foram adotados os procedimentos descritos por Maroco (2014) e Field (2013).

Foi adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$ para todas as análises.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em sete tópicos, a saber: 1) caracterização do perfil sociodemográfico da amostra quanto aos grupos depressão x sem histórico de transtorno depressivo, e meninos x meninas; 2) caracterização do perfil clínico das mulheres/mães do grupo com depressão (G1); 3) comparações entre os grupos depressão x sem histórico de transtorno depressivo quanto às práticas parentais das mães e aos indicadores comportamentais das crianças; 4) comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais das mães e aos indicadores comportamentais das crianças; 5) associações entre as variáveis: depressão materna, práticas parentais das mães, aspectos comportamentais das crianças, sexo das crianças e nível socioeconômico das famílias; 6) análises de covariância para a predição do comportamento e das práticas parentais maternas considerando a depressão materna e o sexo das crianças; e 7) modelos multivariados de predição de problemas comportamentais considerando a depressão materna, as práticas parentais maternas e o sexo das crianças.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA

Inicialmente será apresentada a caracterização do perfil sociodemográfico da amostra, comparando-se os grupos com depressão (G1) e sem histórico de transtorno depressivo (G2), e meninos e meninas quanto às variáveis das crianças, mães e famílias.

Com relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, serão apresentados dados relativos à caracterização e comparação entre os grupos, diferenciados pela condição clínica da mãe e pelo sexo das crianças, no que se refere às variáveis: idade, escolaridade, estado civil, ocupação e nível socioeconômico das famílias.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das crianças, mães e de suas famílias, diferenciadas pelos grupos G1 (depressão) e G2 (não depressão).

Tabela 1 - Caracterização e comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, mães e famílias (n=101)

Variáveis	G1 (N=51)	G2 (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
Crianças	**F (%)**	**F (%)**	**F (%)**			
Idade (anos)						
8 e 9 anos	26 (51,0)	22 (44,0)	48 (47,5)	0,482	0,493	0,755
10 e 11 anos	25 (49,0)	28 (56,0)	53 (52,5)			0,345-1,653
Escolaridade						
3º e 4º ano	29 (56,9)	24 (48,0)	53 (52,5)	0,373	0,795	0,700
5º e 6º ano	22 (43,1)	26 (52,0)	48 (47,5)			0,320-1,534
Sexo						
Masculino	26 (51,0)	25 (50,0)	51 (50,5)	0,922	0,010	0,962
Feminino	25 (49,0)	25 (50,0)	50 (49,5)			0,441-2,098
Mães						
Idade (anos)						
≤ 30	13 (25,5)	06 (12,0)	19 (18,8)	0,083	3,008	0,399
31-55	38 (74,5)	44 (88,0)	82 (81,2)			0,138-1,151
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	10 (19,6)	11 (22,0)	21 (20,8)	0,767	0,088	0,865
> 8 anos de estudo	41 (80,4)	39 (78,0)	80 (79,2)			0,330-2,263
Estado Civil						
Casada/União Estável	35 (68,6)	38 (76,0)	73 (72,3)	0,408	0,685	1,448
Solt/Sep/Desq/Viúva	16 (31,4)	12 (24,0)	28 (27,7)			0,602-3,483
Ocupação						
Trabalha	36 (70,6)	33 (66,0)	69 (68,3)	0,620	0,246	0,809
Não trabalha	15 (29,4)	17 (34,0)	32 (31,7)			0,349-1,873
Famílias						
Nível Socioeconômico**						
Classe B	33 (64,7)	41 (82,0)	74 (73,3)	**0,050**	3,855	
Classes C-D	18 (35,3)	9 (18,0)	27 (26,7)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; **Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP); G1 = depressão; G2= sem depressão.

No que se refere às crianças, a idade média foi de 9,5 anos, com ligeiro predomínio da faixa etária de 8 e 9 anos no grupo com depressão (G1), e predomínio da faixa etária de 10 e 11 anos no grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2). Quanto à escolaridade, todos os participantes estavam no ensino fundamental na ocasião da coleta e a distribuição de meninos e meninas foi semelhante entre os grupos, não sendo observadas diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis das crianças (idade, escolaridade e sexo).

Em relação às variáveis maternas não foram observadas diferenças significativas quanto à idade, escolaridade, exercício profissional e estado civil. A idade média foi 37,2 anos de idade, com predominância de mulheres entre 31 e 55 anos nos dois grupos. A escolaridade

também foi comparável entre os grupos, sendo que 80,4% das mulheres do grupo com depressão (G1) e 78% das mulheres do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) tinham mais de oito anos de estudo. Quanto às demais variáveis, observou-se uma predominância de mulheres que exerciam algum trabalho remunerado, e de mulheres casadas ou em união estável.

Com relação à variável nível socioeconômico familiar, a maioria da amostra pertencia à classe B, sendo 73,3% do total de participantes (64,7% no grupo com depressão e 82,0% no grupo sem histórico de transtorno depressivo). O restante das famílias foi incluído nas classes C e D (26,7% do total de participantes). Foi identificada diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos quanto ao nível econômico, observando que a inclusão nas classes C e D foi maior no grupo com depressão (G1) quando comparado ao grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), o que indica um número maior de famílias com menor nível socioeconômico no grupo de mães com indicadores de depressão.

As variáveis das mães (idade, escolaridade, estado civil e ocupação) e das crianças (idade, escolaridade e sexo) não apresentaram diferenças significativas nas comparações, o que caracteriza a comparabilidade entre os grupos. A diferença identificada quanto ao nível socioeconômico das famílias será tratada quando das análises dos dados relativa às associações entre as variáveis.

De modo a atender os objetivos do estudo, também foram conduzidas análises comparativas quanto aos grupos diferenciados pelo sexo das crianças quanto aos dados sociodemográficos de crianças, mães e famílias apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização e comparações entre meninos e meninas quanto às variáveis sociodemográficas das crianças, mães e famílias (n=101)

Variáveis	Meninos (N=51)	Meninas (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
Crianças	**F (%)**	**F (%)**	**F (%)**			
Idade (anos)						
8 e 9 anos	24(47,1)	24 (48,0)	48 (47,5)	0,0925	0,009	0,962
10 e 11 anos	27 (52,9)	26 (52,0)	53 (52,5)			0,441-2,103
Escolaridade						
3º e 4º ano	27 (52,9)	26 (52,0)	53 (52,5)	0,925	0,009	1,038
5º e 6º ano	24 (47,1)	24 (48,0)	48 (47,5)			0,476-2,268
Mães						
Idade (anos)						
≤ 30	9 (17,6)	10 (20,0)	19 (18,8)	0,762	0,092	0,857
31-55	42 (82,4)	40 (80,0)	82 (81,2)			0,316-2,328
Escolaridade						
≤ 8 anos de estudo	41 (80,4)	39 (78,0)	80 (79,2)	0,767	0,088	1,156
> 8 anos de estudo	10 (19,6)	11 (22.0)	21 (20,8)			0,442-3,026
Estado Civil						
Casada/União Estável	34 (66,7)	39 (78,0)	73 (72,3)	0,203	1,618	0,564
Solt/Sep/Desq/Viúva	17 (33,3)	11 (22,0)	28 (27,7)			0,232-1,369
Ocupação						
Trabalha	34 (66,7)	35 (70,0)	69 (68,3)	0,719	0,130	0,857
Não trabalha	17 (33,3)	15 (30,0)	31 (31,7)			0,370-1,985
Famílias						
Nível Socioeconômico**						
Classe B	38 (74,5)	36 (72,0)	74 (73,3)	0,776	0,081	1,137
Classes C-D	13 (25,5)	14 (28,0)	27 (26,7)			0,471-2,746

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; **Obtida segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP);

Considerando as variáveis relativas às crianças avaliadas, observou-se uma distribuição próxima quanto à idade nas faixas etárias 8 e 9 anos e 10 e 11 anos, com porcentagens semelhantes para meninos e meninas, assim como a distribuição também foi semelhante para a escolaridade das crianças. Em ambas as variáveis não foram observadas diferenças significativas.

No que se refere às variáveis maternas, predominaram meninos e meninas cujas mães tinham entre 31 e 55 anos e mais de oito anos de estudo. Quanto às demais variáveis, foram predominantes mães casadas ou em união estável, e que exerciam algum trabalho remunerado na ocasião da coleta, tanto para os meninos, como para as meninas. Não foram identificadas diferenças significativas quanto às variáveis maternas.

Em relação à variável nível sócio econômico familiar, três quartos das famílias dos meninos e das famílias das meninas foram incluídos na classe socioeconômica B, e um quarto das famílias dos meninos e das meninas foram incluídas nas classes C e D.

No conjunto das variáveis sociodemográficas não foram observadas diferenças significativas nas comparações entre meninos e meninas quanto às variáveis das crianças, mães e famílias, caracterizando a homogeneidade dos grupos diferenciados pelo sexo das crianças.

4.2. PERFIL CLÍNICO DAS MULHERES/MÃES DO GRUPO COM DEPRESSÃO (G1)

A seguir, será apresentado o perfil clínico das mulheres/mães do grupo com depressão (G1), baseado na classificação diagnóstica da depressão avaliada pela entrevista clínica SCID, nos valores obtidos no instrumento de rastreamento PHQ-9, e nas informações fornecidas pelas mães quanto à realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico atual ou passado, uso de medicação antidepressiva prescrita, e a presença ou ausência de histórico familiar de depressão. Esses dados são apresentados exclusivamente para o G1 porque, pelos critérios de inclusão/exclusão adotados no estudo, no G2 não estavam presentes indicadores de depressão.

Na Tabela 3 está apresentada a classificação do tipo de transtorno depressivo das mães do grupo com depressão (G1), segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 2007), tendo por base a avaliação diagnóstica por meio da SCID.

Tabela 3 - Caracterização do perfil clínico das mulheres/mães do grupo G1 quanto às categorias diagnósticas da depressão, segundo a SCID (n=51)

Classificação diagnóstica	F (%)
Transtorno depressivo recorrente – episódio atual	19 (37,3)
Transtorno depressivo recorrente – atualmente em remissão	19 (37,3)
Episódio depressivo atual	4 (7,8)
Episódio depressivo – prévio	9 (17,6)
Total	51 (100)

F = frequência; % = porcentagem

No que se refere à caracterização clínica das participantes do grupo com depressão (G1), observou-se uma predominância de mulheres que preencheram os critérios diagnósticos

de transtorno depressivo recorrente (74,6%), sendo que 37,3% apresentavam episódio atual, e 37,3% cujo transtorno foi classificado como em remissão. As demais mulheres deste grupo (25,4%) foram diagnosticadas com episódio depressivo, sendo que 17,6% o apresentaram previamente, e 7,8% apresentaram episódio atual.

A Tabela 4 apresenta a caracterização do perfil clínico das mulheres/mães do grupo com depressão (G1) no que se refere aos indicadores: escore total do Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9 - rastreamento), realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico prévio, uso de medicação atual, e histórico familiar de depressão.

Tabela 4 - Caracterização do perfil cínico das mulheres/mães do grupo com depressão - G1, segundo o PHQ-9 (n=51)

Variáveis Clínicas - Mães	
PHQ-9 – Escore Total	
Média (DP)	6,84 (6,37)
Mediana	5,0
Mínimo-Máximo	0-25
Tratamento	
Atual	3 (5,9)
Prévio	17 (33,3)
Não	31 (60,9)
Medicação Antidepressiva Atual	
Sim	7 (13,7)
Não	44 (86,3)
Histórico Depressão Familiar	
Sim	20 (39,2)
Não	31 (60,9)

DP = Desvio Padrão; F = frequência; % = porcentagem

Verificou-se que a média do escore do PHQ-9 apresentada pelas mulheres/mães do grupo com depressão (G1) foi de 6,84, com variação de zero a 25 pontos, sendo que a pontuação máxima possível do instrumento corresponde a um escore de 27.

Em relação à informação sobre a realização de tratamentos psicológicos e/ou psiquiátricos, verificou-se que a maioria das mulheres/mães do grupo com depressão (G1) relatou nunca ter feito tratamento em serviços de psicologia e/ou psiquiatria, um terço das mulheres relataram já ter feito tratamento previamente, e 5,9% disseram estar em tratamento psicológico e/ou psiquiátrico na ocasião da avaliação. Quanto ao uso de medicação

antidepressiva prescrita por médico, a maioria relatou não usar, assim como a maioria relatou ausência de histórico familiar de transtorno depressivo.

4.3. COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELA DEPRESSÃO MATERNA QUANTO ÀS PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E AOS INDICADORES COMPORTAMENTAIS INFANTIS

Serão apresentados a seguir os dados relativos às comparações entre os grupos com depressão (G1) e sem histórico de transtorno depressivo (G2) no que se refere às práticas parentais relatadas pelas mães e quanto aos indicadores comportamentais das crianças.

Na Tabela 5 estão apresentadas as comparações entre os grupos quanto à frequência das práticas parentais maternas, classificadas como positivas e negativas pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 5 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto à frequência das práticas parentais maternas, discriminando positivas, negativas e *iep*, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101)

Práticas Parentais Mães	**G1 (N=51)**	**G2 (N=50)**	**Total (N=101)**	***p***	**Valor do Teste**	**O.R. I.C. (95%)**
	F (%)	**F (%)**	**F (%)**			
Positivas	23 (45,1)	36 (72,0)	59 (58,4)	**0,006***	7,522	3,310 1,368-7,164
Negativas	28 (54,9)	14 (28,0)	42 (41,6)			
iep	**Média (DP)**	**Média (DP)**	**Média (DP)**			
	3,80 (8,56)	8,14 (6,72)	5,95 (7,97)	**0,006****	-2,828	

iep = Índice de Estilos Parentais; *p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; **p-valor para o Teste-t para amostras independentes; p≤0,05; DP = Desvio Padrão; G1 = depressão; G2 = sem depressão.

No que se refere à frequência, verificou-se predominância do relato de práticas parentais classificadas como positivas na amostra total. Na comparação entre os grupos, verificou-se diferença estatisticamente significativa com predomínio de práticas parentais classificadas como negativas para o grupo com depressão (G1), quando comparado ao grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2).

Quanto ao *iep*, observou-se diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, sendo que a média para a pontuação do grupo com depressão (G1) foi inferior

à média da pontuação do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), indicando maior relato de práticas negativas pelas mães com indicadores de depressão.

As comparações entre os grupos diferenciados pela depressão quanto às práticas parentais específicas estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101)

Práticas Parentais Específicas	**G1 (N=51)**	**G2 (N=50)**	**Total (N=101)**	***p****	**Valor do Teste**
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Média (DP)**		
Positivas					
Monitoria Positiva	10,96 (1,39)	11,38 (1,12)	11,17 (1,27)	0,098	-1,669
Comportamento moral	10,98 (1,38)	10,68 (1,36)	10,83 (1,37)	0,273	1,102
Negativas					
Negligência	2,71 (2,35)	1,38 (1,41)	2,05 (2,05)	**0,001**	3,426
Punição Inconsistente	3,00 (2,55)	1,96 (2,10)	2,49 (2,39)	**0,028**	2,234
Disciplina Relaxada	3,53 (2,35)	2,38 (2,19)	2,96 (2,34)	**0,013**	2,538
Monitoria Negativa	6,86 (2,22)	6,76 (1,76)	6,81 (1,99)	0,797	0,258
Abuso Físico	1,86 (2,15)	1,46 (1,81)	1,66 (1,99)	0,403	1,019

*p-valor para o Teste-t; $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; G1 = depressão; G2 = sem depressão.

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para três práticas negativas específicas, a saber: negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada, tendo as mães do grupo com depressão (G1) apresentado uma média maior em relação às mães do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2). Não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos para as outras duas práticas específicas negativas (monitoria negativa e abuso físico), e para as práticas específicas positivas (monitoria positiva e comportamento moral).

Os dados relativos às comparações entre os grupos com depressão (G1) e sem histórico de transtorno depressivo (G2) no que se refere aos indicadores comportamentais das crianças serão apresentados a seguir.

As comparações entre os grupos depressão e sem histórico de transtorno depressivo quanto às classificações relativas à presença ou ausência de dificuldades comportamentais das crianças conforme o relato das mães estão apresentadas na Tabela 7, discriminando-se as classificações Com dificuldade e Sem dificuldade.

Tabela 7 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais, obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo o relato das mães (n=101)

Escalas SDQ Mães	G1 (N=51)	G2 (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
	F (%)	F (%)	F (%)			
Escore Total						
Com dificuldade	20 (39,2)	17 (34,0)	37 (36,6)	0,586	0,296	1,252
Sem dificuldade	31 (60,8)	33 (66,0)	64 (63,4)			0556-2,819
Sintomas Emocionais						
Com dificuldade	28 (54,9)	20 (40,0)	48 (47,5)	0,134	2,248	1,826
Sem dificuldade	23 (45,1)	30 (60,0)	53 (52,5)			0,829-4,024
Prob. de Conduta						
Com dificuldade	13 (25,5)	8 (16,0)	21 (20,8)	0,240	1,381	1,796
Sem dificuldade	38 (74,5)	42 (84,0)	80 (79,2)			0,671-4,805
Hiperatividade						
Com dificuldade	21 (41,2)	18 (36,0)	39 (38,6)	0,593	0,285	1,244
Sem dificuldade	30 (58,8)	32 (64,0)	62 (61,4)			0,558-2,777
Relac. com Colegas						
Com dificuldade	10 (19,6)	9 (18,0)	19 (18,8)	0,836	0,043	1,111
Sem dificuldade	41 (50,0)	41 (50,0)	82 (81,2)			0,409-3,018
Pró-Social						
Com dificuldade	3 (5,9)	0 (0,0)	3 (3,0)	0,243**	-	-
Sem dificuldade	48 (94,1)	50 (100,0)	98 (97,0)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; **p referente ao teste Exato de Fisher; F = frequência; % = porcentagem; O.R.= Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento; G1 = depressão; G2 = sem depressão.

Considerando-se as escalas específicas e o escore total do SDQ, verificou-se que o grupo com depressão (G1) apresentou maior porcentagem de crianças com problemas em todas as escalas quando comparado ao grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), contudo não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das comparações. De modo semelhante não foi identificada diferença significativa quando da comparação da escala de recursos pró-social.

A Tabela 8 apresenta as comparações entre os grupos com depressão (G1) e sem histórico de transtorno depressivo (G2) em relação ao escore total de dificuldades e às escalas específicas do SDQ, discriminando-se os valores relativos à média e desvio padrão.

Tabela 8 - Comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto aos indicadores comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ. (n=101)

SDQ	G1 (N=51)	G2 (N=50)	*p**	Valor do Teste
	Média (DP)	**Média (DP)**		
Escore Total	15,06 (6,69)	12,64 (6,67)	0,072	1,821
Sint. Emocionais	5,18 (2,36)	3,86 (2,54)	**0,008**	2,702
Prob. de Conduta	2,22 (1,99)	1,74 (2,05)	0,240	1,183
Hiperatividade	5,69 (3,25)	5,28 (2,97)	0,511	0,659
Relac. com Colegas	1,98 (1,64)	1,72 (2,02)	0,479	0,711
Pró-Social	8,94 (2,10)	9,22 (1,03)	0,401	-0,843

*p-valor para o Teste t de Student; ** p-valor para o Teste Mann-Whitney; p≤0,05; DP = Desvio Padrão; Sint. = Sintomas; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento; G1 = depressão; G2 = sem depressão.

Na comparação entre os grupos quanto aos indicadores comportamentais infantis, foi constatada diferença significativamente estatística para a escala de sintomas emocionais, sendo constada uma média maior para o grupo com depressão (G1) em relação ao grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2).

Constatou-se que, embora sem diferença estatisticamente significativa, o grupo com depressão (G1) apresentou maior média em todas as escalas específicas de dificuldades, a saber: problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas. Ainda, na escala pró-social, as crianças do grupo com depressão (G1) apresentaram uma média menor que as crianças do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2).

4.4. COMPARAÇÕES ENTRE MENINOS E MENINAS QUANTO ÀS PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E AOS INDICADORES COMPORTAMENTAIS INFANTIS

Serão apresentadas a seguir as comparações entre as crianças diferenciadas pelo sexo quanto às práticas parentais maternas e aos indicadores comportamentais infantis.

Na Tabela 9 estão apresentadas as comparações entre meninos e meninas da amostra total quanto à classificação das práticas parentais utilizadas pelas mães, categorizadas como Positivas ou Negativas, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 9 - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais maternas classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101)

Práticas Parentais Mães	Meninos (N=51)	Meninas (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
	F (%)	F (%)	F (%)			
Positivas	30 (58,8)	29 (58,0)	59 (58,4)	0,933	0,007	0,527 0,206-1,348
Negativas	21 (41,2)	21 (42,0)	42 (41,6)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%.

Nas comparações entre meninos e meninas quanto à classificação das práticas parentais maternas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, sendo constatada uma frequência maior de práticas parentais classificadas como Positivas para as crianças, de forma semelhante para meninos e meninas.

As comparações para meninos e meninas dentro dos grupos G1 e G2 serão apresentadas a seguir, separadamente para cada grupo.

Estão apresentadas na Tabela 10 as comparações entre meninos e meninas quanto à classificação das práticas parentais utilizadas pelas mães do grupo com depressão (G1), categorizadas como Positivas e Negativas, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 5 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais utilizadas pelas mães, classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=51)

Práticas Parentais Mães	Meninos (N=26)	Meninas (N=25)	Total (N=51)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
	F (%)	F (%)	F (%)			
Positivas	12 (46,2)	11 (44,0)	23 (45,1)	0,877	0,024	1,091 0,362-3,289
Negativas	14 (53,8)	14 (56,0)	28 (54,9)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; G1 = depressão.

Em relação às comparações realizadas para meninos e meninas pertencentes ao grupo com depressão (G1), não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, sendo constatado um relato maior de práticas parentais classificadas como Negativas para todas as crianças, com frequência ligeiramente maior para as meninas.

Na Tabela 11 são apresentadas as comparações entre meninos e meninas quanto à classificação das práticas parentais utilizadas pelas mães do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), categorizadas como Positivas e Negativas, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 6 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais utilizadas pelas mães, classificadas em positivas e negativas, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=50)

Práticas Parentais Mães	**Meninos (N=25)**	**Meninas (N=25)**	**Total (N=51)**	***p****	**Valor do Teste**	**O.R. I.C. (95%)**
	F (%)	**F (%)**	**F (%)**			
Positivas	20 (80,0)	23 (92,0)	43 (86,0)	0,221	1,495	0,348
Negativas	05 (20,0)	02 (08,0)	07 (14,0)			0,061-1,993

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R. = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; G2 = sem depressão.

Quanto às comparações para meninos e meninas pertencentes ao grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), verificou-se uma frequência maior de práticas parentais classificadas como Positivas para todas as crianças, com relativo predomínio para as meninas, porém sem diferenças estatisticamente significativas. Foram relatadas práticas parentais classificadas como Negativas em baixa frequência e predominantemente para os meninos.

A Tabela 12 apresenta as comparações entre meninos e meninas em relação ao *iep*, conforme avaliação feita pelo Inventário de Estilos Parentais, em termos de média e desvio padrão.

Tabela 7 - Comparações entre meninos e meninas quanto *ao iep*, avaliado pelo Inventário de Estilos Parentais para a amostra total (n=101), grupo com depressão (G1 - n=51) e grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2 - n=50)

iep	**Meninos Média (DP)**	**Meninas Média (DP)**	**Total Média (DP)**	***P****	**Valor do Teste**
Geral	5,51 (8,324) (n=51)	6,40 (7,651) (n=50)	5,95 (7,970) (n=101)	0,280	-0,559[a]
G1	3,08 (8,722) (n=26)	4,56 (8,500) (n=25)	3,80 (8,560) (n=51)	0,533	292,000[b]
G2	8,04 (7,214) (n=25)	8,24 (6,340) (n=25)	8,14 (6,722) (n=25)	0,938	308,500[b]

iep = Índice de Estilos Parentais; *p-valor p≤0,05; [a] = Teste-t para amostras independentes; [b] = Teste Qui-Quadrado; DP = Desvio Padrão; G1 = depressão; G2 = sem depressão.

No que se refere à média para a pontuação no *iep*, não foram identificadas diferenças significativas nas comparações entre o número total de meninos e meninas, o grupo sem depressão (G1), e o grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2). Constatou-se uma média menor para os meninos em todas as comparações, indicando que as mães de meninos relataram um maior uso de práticas negativas.

Na Tabela 13 estão apresentadas as comparações entre meninos e meninas com relação às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 13 - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=101)

Práticas Parentais Específicas	Meninos (N=51)	Meninas (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Média (DP)**		
Positivas					
Monitoria Positiva	11,12 (1,29)	11,22 (1,27)	11,17 (1,27)	0,688	-0,402
Comportamento moral	10,80 (1,39)	10,86 (1,37)	10,83 (1,37)	0,838	-0,204
Negativas					
Negligência	2,24 (2,07)	1,86 (2,03)	2,05 (2,05)	0,359	0,921
Punição Inconsistente	2,43 (2,34)	2,54 (2,46)	2,49 (2,39)	0,820	-0,228
Disciplina Relaxada	2,71 (1,96)	3,22 (2,66)	2,96 (2,34)	0,271	-1,107
Monitoria Negativa	7,22 (2,18)	6,40 (1,71)	6,81 (1,99)	**0,039**	2,090
Abuso Físico	1,86 (2,19)	1,46 (1,75)	1,66 (1,99)	0,311	1,019

*p-valor para o Teste-t; p≤0,05; DP = Desvio Padrão.

Quanto às comparações entre as práticas específicas relatadas pelas mães, constatou-se diferença estatisticamente significativa para a Monitoria Negativa, mais frequente para os meninos. Em relação às demais práticas parentais negativas, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, embora as mães de meninos tenham relatado uma média maior para as práticas de Negligência e Abuso físico, enquanto as mães de meninas relataram uma média maior de Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada. No que diz respeito às práticas positivas de Monitoria Positiva e Comportamento Moral, a média para meninos e meninas foi semelhante.

As comparações para meninos e meninas dentro dos grupos G1 e G2 serão apresentadas a seguir, separadamente para cada grupo.

A Tabela 14 apresenta as comparações entre os meninos e meninas do grupo com depressão (G1) quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 14 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=51)

Práticas Parentais Específicas	Meninos (N=26)	Meninas (N=25)	Total (N=51)	*p**	Valor do Teste
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Média (DP)**		
Positivas					
Monitoria Positiva	10,92 (1,38)	11,00 (1,41)	10,96	0,845	0,196
Comportamento moral	10,77 (1,55)	11,20 (1,15)	10,98	0,269	0,119
Negativas					
Negligência	2,92 (2,39)	2,48 (2,33)	2,71	0,507	-0,669
Punição Inconsistente	3,19 (2.36)	2,80 (2,76)	3,00	0,588	- 0,545
Disciplina Relaxada	3,00 (1,78)	4,08 (2,75)	3,53	0,102	1,668
Monitoria Negativa	7,50 (2,42)	6,20 (1,80)	6,86	**0,035**	-2,168
Abuso Físico	2,04 (2,40)	1,68 (1,86)	1,86	0,556	- 0,593

*p-valor para o Teste-t; p≤0,05; DP = Desvio Padrão; G1 = depressão.

Na comparação entre os meninos e meninas do grupo com depressão (G1), foi identificada diferença estatisticamente significativa para a prática parental específica de Monitoria Negativa, com maior média para as mães de meninos. Embora sem diferenças significativas no que se referem às demais práticas parentais negativas específicas, as mães de meninos do grupo com depressão (G1) relataram média maior para a Negligência, Punição Inconsistente e Abuso Físico quando comparadas às mães de meninas. Para a prática específica de Disciplina Relaxada, as mães de meninas apresentaram maior média, sem diferenças significativas. Quanto às práticas específicas positivas, as médias para meninos e meninas foram semelhantes.

Na Tabela 15 estão apresentadas as comparações entre os meninos e meninas grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães, conforme avaliação pelo Inventário de Estilos Parentais.

Tabela 15 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) - Comparações entre meninos e meninas quanto às práticas parentais específicas utilizadas pelas mães avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais (n=50)

Práticas Parentais Específicas	Meninos (N=25)	Meninas (N=25)	Total (N=50)	*p**	Valor do Teste
	Média (DP)	**Média (DP)**	**Média (DP)**		
Positivas					
Monitoria Positiva	11,32 (1,18)	11,44 (1,08)	11,38	0,710	0,375
Comportamento moral	10,84 (1,21)	10,52 (1,50)	10,68	0,412	- 0,828
Negativas					
Negligência	1,52 (1,35)	1,24 (1,48)	1,38	0,489	- 0,697
Punição Inconsistente	1,64 (2,05)	2,28 (2,13)	1,96	0,286	1,080
Disciplina Relaxada	2,40 (2,12)	2,36 (2,30)	2,38	0,949	- 0,064
Monitoria Negativa	6,92 (1,89)	6,60 (1,63)	6,76	0,525	- 0,640
Abuso Físico	1,68 (1,97)	1,24 (1,64)	1,46	0,395	- 0,857

*p-valor para o Teste-t; $p \leq 0,05$; DP = Desvio Padrão; G2 = sem depressão.

No que se refere às comparações entre os meninos e meninas do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para as práticas parentais específicas relatadas pelas mães. Verificou-se que as mães de meninos relataram médias maiores para as práticas de Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa e Abuso físico, enquanto as mães de meninas relataram mais Punição Inconsistente.

Na sequência serão apresentadas as comparações relativas ao comportamento das crianças avaliado pelas mães.

As comparações entre meninos e meninas quanto aos indicadores comportamentais avaliados pelo SDQ no que se referem às classificações relativas à presença ou ausência de dificuldades comportamentais, conforme relato das mães, estão apresentadas na Tabela 16, discriminando as classificações Com dificuldade e Sem dificuldade para ambos os grupos.

Tabela 16 - Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ (n=101)

Escalas SDQ Mães	Meninos (N=51)	Meninas (N=50)	Total (N=101)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
	F (%)	F (%)	F (%)			
Escore Total						
Com dificuldade	27 (52,9)	10 (20,0)	37 (36,6)	**0,001**	11,802	0,222
Sem dificuldade	24 (47,1)	40 (80,0)	64 (63,4)			0,092-0,538
Sintomas Emocionais						
Com dificuldade	28 (54,9)	20 (40,0)	48 (47,5)	0,134	2,248	0,548
Sem dificuldade	23 (45,1)	30 (60,0)	53 (52,5)			0,248-1,207
Prob. de Conduta						
Com dificuldade	14 (27,5)	7 (14,0)	21 (20,8)	0,096	2,774	0,430
Sem dificuldade	37 (72,5)	43 (86,0)	80 (79,20)			0,157-1,179
Hiperatividade						
Com dificuldade	23 (45,1)	16 (32,0)	39 (38,6)	0,176	1,827	0,573
Sem dificuldade	28 (54,9)	34 (68,0)	62 (61,4)			0,255-1,289
Relac. com Colegas						
Com dificuldade	15 (29,4)	4 (8,0)	19 (18,8)	**0,006**	7,579	0,209
Sem dificuldade	36 (70,6)	46 (92,0)	82 (81,2)			0,064-0,683
Pró-Social						
Com dificuldade	3 (5,9)	0 (0,0)	3 (3,0)	0,082	-	-
Sem dificuldade	48 (94,1)	50 (100,0)	98 (97,0)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; **p referente ao teste Exato de Fisher; F = frequência; % = porcentagem; O.R.= Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento.

Constatou-se, quanto ao conjunto de escalas específicas e escore total do SDQ, que os meninos apresentaram mais dificuldades comportamentais em todas as escalas, segundo o relato meterno. Observou-se diferença estatisticamente significativa para o Escore Total e para a escala de Relacionamento com os Colegas, nas quais os meninos apresentaram uma porcentagem significativamente maior de problemas quando comparados às meninas, segundo o relato de suas mães.

As comparações para meninos e meninas dentro dos G1 e G2 serão apresentadas a seguir, separadamente para cada grupo.

A Tabela 17 apresenta as comparações entre meninos e meninas do grupo com depressão (G1) quanto às classificações relativas à presença ou ausência de dificuldades comportamentais, conforme relato das mães, discriminando as classificações Com dificuldade e Sem dificuldade para ambos os grupos.

Tabela 17 - Grupo com depressão (G1) - Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=51)

Escalas SDQ Mães	Meninos (N=26)	Meninas (N=25)	Total (N=51)	*p**	Valor do Teste	O.R. I.C. (95%)
	F (%)	F (%)	F (%)			
Escore Total						
Com dificuldade	14 (53,8)	6 (24,0)	20 (39,2)	**0,029**	4,763	0,271
Sem dificuldade	12 (46,2)	19 (76,0)	31 (60,8)			0,082-0,898
Sintomas Emocionais						
Com dificuldade	17 (65,4)	11 (44,0)	28 (54,9)	0,125	2,354	0,416
Sem dificuldade	9 (34,6)	14 (56,0)	23 (45,1)			0,134-1,163
Prob. de Conduta						
Com dificuldade	8 (30,8)	5 (20,0)	13 (25,5)	0,378	0,778	0,563
Sem dificuldade	18 (69,2)	20 (80,0)	38 (74,5)			0,155-2,035
Hiperatividade						
Com dificuldade	14 (53,8)	7 (28,0)	21 (41,2)	0,061	3,515	0,333
Sem dificuldade	12 (46,2)	18 (72,0)	30 (58,8)			0,104-1,068
Relac. com Colegas						
Com dificuldade	7 (26,9)	3 (12,0)	10 (19,6)	0,180	1,801	0,370
Sem dificuldade	19 (73,1)	22 (88,0)	41 (80,4)			0,084-1,635
Pró-Social						
Com dificuldade	3 (11,5)	0 (0,0)	3 (5,9)	0,080	3,065	0,479
Sem dificuldade	23 (88,5)	25 (100,0)	48 (94,1)			0,357-0,644

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R.= Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento; G1 = depressão.

Constatou-se, segundo os relatos das mães, que os meninos do grupo com depressão (G1) apresentaram mais dificuldades no Escore Total do SDQ quando comparados às meninas, com diferença estatisticamente significativa. Os meninos deste grupo também apresentaram numericamente mais dificuldades em todas as escalas específicas de problemas e menos recursos na escala de Comportamento Pró-Social, porém sem diferenças significativas.

A Tabela 18 apresenta as comparações entre meninos e meninas do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) quanto às classificações relativas à presença ou ausência de dificuldades comportamentais, conforme relato das mães, discriminando as classificações Com dificuldade e Sem dificuldade para ambos os grupos.

Tabela 18 - Grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) **-** Comparações entre meninos e meninas quanto à presença ou ausência de dificuldades comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=50)

Escalas SDQ Mães	**Meninos (N=25)**	**Meninas (N=25)**	**Total (N=50)**	***p****	**Valor do Teste**	**O.R. I.C. (95%)**
	F (%)	**F (%)**	**F (%)**			
Escore Total						
Com dificuldade	13 (52,0)	4 (16,0)	17 (34,0)	**0,007**	7,219	0,176
Sem dificuldade	12 (48,0)	21 (84,0)	33 (66,0)			0,047-0,662
Sintomas Emocionais						
Com dificuldade	11 (44,0)	9 (36,0)	20 (40,0)	0,564	0,333	0,716
Sem dificuldade	14 (56,0)	16 (64,0)	30 (60,0)			0,230-2,230
Prob. de Conduta						
Com dificuldade	6 (24,0)	2 (8,0)	8 (16,0)	0,123	2,381	0,275
Sem dificuldade	19 (76,0)	23 (92,0)	42 (84,0)			0,050-1,525
Hiperatividade						
Com dificuldade	9 (36,0)	9 (36,0)	18 (36,0)	1,000	0,000	1,000
Sem dificuldade	16 (64,0)	16 (64,0)	32 (64,0)			0,315-3,174
Relac. com Colegas						
Com dificuldade	8 (32,0)	1 (4,0)	9 (18,0)	**0,010**	6,640	0,089
Sem dificuldade	17 (68,0)	24 (96,0)	41 (82,0)			0,010-0,775
Pró-Social						
Com dificuldade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	--	--	--
Sem dificuldade	25 (100,0)	25 (100,0)	50 (100,0)			

*p-valor para o Teste Qui-Quadrado; p≤0,05; F = frequência; % = porcentagem; O.R.= Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança com 95%; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento; G2 = sem depressão.

Nas comparações para meninos e meninas do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2) segundo o relato das mães foram constatadas diferenças estatisticamente significativas para o Escore Total e para a Escala de Relacionamento com os Colegas, identificando-se mais dificuldades para os meninos quando comparados às meninas. Nas comparações entre os indicadores comportamentais das crianças deste grupo, os meninos também apresentaram mais dificuldades nas escalas de Sintomas Emocionais e Problemas de Conduta. Verificou-se que, para o grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), não foram identificadas diferenças quanto aos recursos pró-sociais.

A Tabela 19 apresenta as comparações entre meninos e meninas em relação ao escore total de dificuldades e às escalas específicas do SDQ.

Tabela 19 - Comparações entre meninos e meninas quanto aos indicadores comportamentais obtidos pelo escore total e escalas específicas do SDQ, segundo relato das mães (n=101)

SDQ	Meninos (N=51)	Meninas (N=50)	*P**	Valor do Teste
	Média (DP)	Média (DP)		
Escore Total	15,92 (6,57)	11,76 (6,33)	**0,002**	-3,240
Sint. Emocionais	4,94 (2,45)	4,10 (2,56)	0,094	-1,690
Prob. de Conduta	2,49 (2,16)	1,46 (1,75)	**0,010**	-2,631
Hiperatividade	6,02 (3,06)	4,94 (3,05)	0,079	-1,776
Relac. Com Colegas	2,43 (1,98)	1,26 (1,47)	**0,001**	-3,369
Pró-Social	8,69 (2,09)	9,48 (0,91)	**0,015**	2,464

*p-valor para o Teste t de Student; p≤0,05; DP = Desvio Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Sint. = Sintomas; Prob. = Problema; Relac. = Relacionamento.

Nas comparações entre meninos e meninas, foram constadas médias maiores para os meninos em todas as escalas específicas de problemas, verificando-se diferenças estatisticamente significativas quanto ao Escore Total e às escalas de Problemas de Conduta e Relacionamentos com os Colegas. Os meninos também apresentaram menos recursos pró-sociais quando comparados às meninas, com diferença estatisticamente significativa na Escala de Comportamento Pró-Social.

4.5. ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS: DEPRESSÃO MATERNA, PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS, ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS, SEXO DAS CRIANÇAS E NÍVEL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS.

Serão apresentados os dados relativos às associações entre as variáveis: depressão materna, práticas parentais maternas, aspectos comportamentais das crianças, sexo das crianças e nível socioeconômico das famílias, considerando-se o escore total e as escalas de Sintomas Emocionais, de Problemas de Conduta, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-Social do SDQ. Os dados relativos às associações entre as variáveis estão apresentados na Tabela 20.

Tabela 8 - Associações entre as variáveis com diferenças significativas: depressão materna, práticas positivas e negativas, Monitoria Negativa, *IEP*, Escore Total, e escalas de Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Problemas de Relacionamento com os Colegas, e Comportamento Pró-Social do SDQ (n=101)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
1. Depressão Materna	1											
2. Práticas Positivas	0,031	1										
3. Práticas Negativas	0,283**	-0,187	1									
4. *iep*	-0,254*	0,449**	-0,962**	1								
5.Monitoria Negativa	-0,002	-0,033	0,644**	-0,603**	1							
6. SDQ Escore Total	0,162	-0,217*	0,529**	-0,545**	0,213*	1						
7. SDQ Sint. Emocionais	0,251*	-0,004	0,352**	-0,321**	0,052	0,662**	1					
8. SDQ Prob. de Conduta	0,151	-0,219*	0,495**	-0,501**	0,220*	0,753**	-0,327**	1				
9. SDQ Prob. Relac. Colegas	0,123	-0,193	0,464**	-0,469**	0,269**	0,669**	0,343**	0,490**	1			
10. SDQ Pró-Social	0,048	0,323**	-0,222*	0,289**	-0,106	-0,344**	-0,051	-0,280**	-0,299**	1		
11. Sexo Crianças	-0,010	0,045	-0,047	0,047	-0,211*	-0,323**	-0,167	-0,269**	-0,311**	0,209*	1	
12. Nível Socioeconômico	0,211*	0,083	0,135	-0,099	0,110	0,166	0,112	0,148	0,282**	0,021	0,028	1

Correlação Não Paramétrica de Spearman; * = 0,05; ** = 0,01; *iep* = Índice de Estilos Parentais; Sint. = sintomas; Prob. = problemas; Relac. = relacionamento; Sexo das crianças: dados negativos indicam sexo masculino e dados positivos indicam sexo feminino.

Foram constatadas 39 associações significativas entre as variáveis, sendo 10 associações consideradas fracas, 21 associações consideradas moderadas, seis associações consideradas fortes, e duas associações consideradas muito fortes, segundo valores de classificação sugeridos por Maroco (2014).

No que se refere à variável depressão materna, evidenciaram-se quatro associações significativas, sendo três associações fracas e uma moderada. As associações constatadas foram com relação às práticas negativas, ao *iep* (Índice de Estilos Parentais), aos sintomas emocionais das crianças, e ao nível socioeconômico.

Quanto às práticas parentais, verificou-se associação moderada e positiva da depressão materna com as Práticas Negativas, e associação fraca e negativa com o *iep*, sugerindo maio presença de práticas parentais negativas no contexto da depressão materna, e menor valor no *iep*, que também indica a predominância de práticas negativas.

Verificou-se ainda associação fraca e positiva da depressão materna com os sintomas emocionais das crianças, indicando que a presença de indicadores depressivos das mães esteve associada a mais indicadores de sintomas emocionais infantis. Constatou-se também uma associação fraca e positiva da depressão materna com nível socioeconômico, sugerindo que a depressão materna mostrou-se associada às classes econômicas mais baixas.

No que se refere às práticas parentais maternas, observaram-se quatro associações significativas em relação às práticas positivas (duas fracas e duas moderadas), sete associações com relação às práticas negativas (uma fraca, três moderadas, duas fortes e uma muito forte), seis associações com relação ao *iep* (sendo quatro moderadas e duas fortes), e quatro associações com relação à prática parental específica de monitoria negativa (três fracas e uma moderada).

O relato materno de práticas positivas foi associado moderada e positivamente ao *iep*, o que sugere que quanto mais práticas positivas, maior foi o valor do *iep*, que indica predominância de práticas positivas. Essas práticas também foram associadas fraca e negativamente ao escore total de dificuldades das crianças e ao escore da escala de problemas de conduta, sugerindo que mais práticas positivas relatadas pelas mães foram associadas a menos dificuldades comportamentais gerais e menos problemas de conduta para as crianças. As práticas positivas também foram associadas de forma moderada e positiva à escala de comportamento pró-social do SDQ, indicando que quanto maior o relato de práticas positivas maternas, mais recursos pró-sociais as crianças apresentaram.

As práticas negativas apresentaram associação muito forte e negativa com o *iep*, e forte e positiva com a prática específica de monitoria negativa, o que indica que quanto mais

práticas negativas relatadas, menor o valor do *iep*, que sugere a predominância de práticas negativas, e maior o relato de monitoria negativa. Essas práticas também se associaram forte e positivamente ao total de dificuldades das crianças e moderada e positivamente aos sintomas emocionais infantis, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas. Esses resultados sugerem que mais relatos maternos de práticas negativas estiveram associados a mais dificuldades gerais e mais sintomas emocionais, problemas de conduta e problema de relacionamento com os colegas por parte das crianças. Ainda, as práticas parentais negativas se associaram fraca e negativamente ao comportamento pró-social, indicando que quanto maior o relato de práticas parentais negativas pelas mães, menos recursos pró-sociais foram exibidos pelas crianças.

Quanto ao *iep*, foi verificada associação forte e negativa com a monitoria negativa, indicando que quanto menor o valor do iep, característico da predominância de práticas negativas por parte das mães, mais monitoria negativa foi relatada. Também constatou-se associação forte e negativa do *iep* com o total de dificuldades comportamentais das crianças, e associação moderada e negativa com os sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas das crianças. Estes dados indicam que, quanto menor o valor do *iep*, mais dificuldades gerais de comportamento as crianças apresentaram, além da presença de mais sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas.

Com relação à prática parental específica de monitoria negativa, identificaram-se associações fracas e positivas ao escore total de dificuldades e aos problemas de conduta das crianças, e moderada e positiva aos problemas de relacionamento com os colegas. Isso indica que quanto maior o relato de monitoria negativa, mais as crianças exibiram dificuldades gerais de comportamento, além de problemas de conduta e de relacionamento com os colegas. A monitoria negativa também se associou fraca e negativamente ao sexo das crianças, sugerindo que o relato de monitoria negativa foi maior para as mães de meninos.

No que se refere aos indicadores comportamentais das crianças, foi possível constatar associação forte e positiva aos sintomas emocionais das crianças e aos problemas de relacionamento com os colegas, e associação muito forte e positiva aos problemas de conduta, o que sugere uma associação entre mais dificuldades gerais por parte das crianças e a presença de mais sintomas emocionais, mais problemas de relacionamento com os colegas e mais problemas de conduta. Constatou-se também uma associação moderada e negativa ao comportamento social, o que sugere que maiores dificuldades gerais por parte das crianças

foram associadas à menor presença de recursos pró-sociais. Ainda, os indicadores gerais de dificuldades se associaram moderada e negativamente ao sexo das crianças, o que aponta para um maior relato de dificuldades gerais para os meninos.

Em relação às escalas do SDQ, os sintomas emocionais foram associados moderada e negativamente aos problemas de conduta e moderada e positivamente aos problemas de relacionamento com os colegas, indicando que as crianças que apresentaram mais sintomas emocionais, apresentaram menos problemas de conduta e mais problemas de relacionamento com os colegas.

A escala de problemas de conduta se associou moderada e positivamente aos problemas de relacionamento com os colegas, e moderada e negativamente ao comportamento pró-social, o que sugere que as crianças que apresentaram problemas de conduta também apresentaram mais problemas de relacionamento com os colegas, e exibiram menos recursos pró-sociais.

No que se refere à escala de problemas de relacionamentos com os colegas, foi identificada associação moderada e negativa ao comportamento pró-social, apontando que quanto mais problemas de relacionamento com os colegas, menos recursos pró-sociais eram apresentados pela criança. Também constatou-se associação moderada e negativa ao sexo das crianças, indicando que os meninos apresentaram mais problemas de relacionamento, e associação moderada e positiva ao nível socioeconômico, o que sugere que as crianças cujas famílias pertenciam a classes sociais mais baixas apresentaram mais problemas de relacionamento com os colegas.

Quanto à escala de comportamento pró-social, identificou-se uma associação fraca e positiva ao sexo das crianças, o que sugere maior presença de recursos pró-sociais por parte das meninas.

Com relação ao sexo das crianças, identificou-se uma correlação fraca e negativa à prática parental especifica de monitoria negativa, que foi mais relatada para as mães de meninos. Também se evidenciou uma associação moderada e negativa com o escore total de problemas, indicando que os meninos da amostra apresentaram mais dificuldades gerais quanto ao comportamento, além de uma associação moderada e negativa às escalas de problemas de conduta e de problemas de relacionamento com os colegas, indicando que os meninos também apresentaram mais problemas nesses quesitos, na avaliação de suas mães. Quanto à escala de comportamento pró-social, identificou-se uma associação fraca e positiva ao sexo, o que sugere maior presença de recursos pró-sociais por parte das meninas.

4.6. ANÁLISES DE COVARIÂNCIA RELATIVAS AO EFEITO PREDITIVO DA DEPRESSÃO MATERNA PARA OS COMPORTAMENTOS DE MENINOS E MENINAS E PARA AS PRÁTICAS PARENTAIS .

Para as análises de covariância (ANCOVA), foram testados os efeitos da depressão materna para o comportamento das crianças, mensurados pelo SDQ, enquanto foram controlados os efeitos do sexo das crianças. Também foram testados modelos para os efeitos da depressão materna para as práticas parentais maternas, controlando-se os efeitos do sexo.

O primeiro modelo foi testado para o total de dificuldades e para cada escala do SDQ, sendo designadas como variáveis dependentes os seguintes indicadores de comportamento: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Pró-Social. O segundo modelo foi testado para os indicadores do IEP sendo designadas como variáveis dependentes as seguintes práticas: *iep*, Total de Práticas Negativas, Total de Práticas Positivas, Monitoria Positiva, Comportamento Moral, Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa e Abuso Físico.

Para verificar a validade das análises pela ANCOVA foram realizados testes de normalidade e homogeneidade de variância. Dentre as variáveis testadas, a Negligência violou os pressupostos de homogeneidade, sendo considerada inválida para as análises e posteriormente, excluída.

A Tabela 21 apresenta os resultados finais das análises de covariância (ANCOVA) para os desfechos de comportamento (total e escalas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças.

Tabela 21. Análises de covariância (ANCOVA) para a predição dos desfechos de comportamento (total e escalas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças.

Fonte	Variável Dependente	SQ	MQ	F	p-valor
Depressão Materna	*Total de*	142,788	142,788	3,516	0,064
Sexo Criança - Meninos	*Dificuldades*	432,326	432,326	10,645	**0,002***
Depressão Materna	*Sintomas*	43,214	43,214	7,351	**0,008***
Sexo Criança -Meninos	*Emocionais*	17,322	17,322	2,947	0,089
Depressão Materna	*Problemas de*	5,473	5,473	1,420	0,236
Sexo Criança - Meninos	*Conduta*	26,556	26,556	6,890	**0,010***
Depressão Materna	*Hiperatividade*	3,953	3,953	0,421	0,518
Sexo Criança - Meninos		29,213	29,213	3,112	0,081
Depressão Materna	*Problemas de*	1,564	1,564	0,510	0,477
Sexo Criança - Meninos	*Relacionamento com colegas*	34,495	34,495	11,247	**0,001***
Depressão Materna	*Comportamento*	1,855	1,855	0,706	0,403
Sexo Criança - Meninas	*Pró-Social*	15,798	15,798	6,010	**0,016***

*p<0,05; SQ = soma dos quadrados; MQ = quadrado médio; F = valor do teste.

A análise de covariância mostrou que, para o total de dificuldades comportamentais mensurado pelo SDQ, ao se controlar o efeito do sexo das crianças (masculino), a depressão materna não teve efeito significativo. O mesmo resultado foi observado para as escalas de problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, para as quais o sexo masculino se sobrepôs à depressão materna como preditor.

Já para a escala de problemas emocionais, ao se controlar o efeito do sexo das crianças, o efeito da depressão materna se manteve, indicando que os sintomas depressivos maternos tiveram maior impacto para os sintomas emocionais das crianças do que o sexo. Em relação à escala de hiperatividade, tanto a depressão materna como o sexo das crianças não apresentaram efeitos significativos.

Por último, quando controlado o sexo das crianças para a escala de comportamento pró-social, a depressão materna não teve efeito significativo. Isso indica que o sexo feminino teve efeitos mais importantes para o comportamento pró-social do que a diminuição/ausência dos sintomas depressivos maternos.

A Tabela 22 apresenta os resultados finais das análises de covariância (ANCOVA) para as práticas parentais maternas (total e escalas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças.

Tabela 22. Análises de covariância (ANCOVA) para a predição das práticas parentais maternas (total de positivas e negativas, *iep* e específicas), considerando a depressão materna e o sexo das crianças.

Fonte	Variável Dependente	SQ	MQ	F	p-valor
Depressão Materna	*iep*	472,830	472,830	7,908	**0,006***
Sexo Criança		18,144	18,144	0,303	0,583
Depressão Materna	*Total Práticas*	0,347	0,347	0,069	0,793
Sexo Criança	*Positivas*	0,625	0,625	0,124	0,725*
Depressão Materna	*Total Práticas*	447,550	447,550	9,146	**0,003***
Sexo Criança	*Negativas*	12,036	12,036	0,246	0,621
Depressão Materna	*Monitoria*	4,416	4,416	2,749	0,101
Sexo Criança - Meninos	*Positiva*	0,244	0,244	0,152	0,698
Depressão Materna	*Comportamento*	2,287	2,287	1,206	0,275
Sexo Criança - Meninas	*Moral*	0,088	0,088	0,046	0,830
Depressão Materna	*Punição*	27,366	27,366	4,952	**0,028***
Sexo Criança - Meninos	*Inconsistente*	0,357	0,357	0,065	0,800
Depressão Materna	*Disciplina*	33,652	33,652	6,524	**0,012***
Sexo Criança - Meninos	*Relaxada*	6,970	6,970	1,351	0,248
Depressão Materna	*Monitoria*	0,227	0,227	0,058	0,81*
Sexo Criança - Meninos	*Negativa*	16,758	16,758	4,317	**0,040***
Depressão Materna	*Abuso Físico*	4,016	4,016	1,018	0,315
Sexo Criança - Meninos		4,016	4,016	1,018	0,315

*p<0,05; SQ = soma dos quadrados; MQ = quadrado médio; F = valor do teste.

A análise de covariância mostrou que, para o *iep* (que indica a predominância de práticas parentais negativas), e para o total de práticas parentais negativas maternas, a depressão materna manteve efeito significativo ao se controlar o efeito do sexo das crianças, sendo relevante para o aumento do relato de práticas negativas pelas mães.

Em relação ao total de práticas positivas, à monitoria positiva e ao comportamento moral, tanto a depressão materna como o sexo das crianças não tiveram efeitos significativos.

Quanto às práticas negativas específicas, para a punição inconsistente e disciplina relaxada, ao se controlar o efeito do sexo das crianças, a depressão materna manteve efeitos significativos. Para a monitoria negativa, a depressão materna perdeu o efeito ao se controlar-o sexo das crianças, indicando que ser menino teve um efeito mais importante para essa

prática. Em relação ao abuso físico, tanto a depressão materna como o sexo das crianças não tiveram efeitos significativos nas análises de covariância.

4.7. Modelos multivariados de predição de problemas comportamentais considerando a depressão materna, as práticas parentais maternas e o sexo das crianças.

Para os modelos multivariados de predição de problemas de comportamento das crianças, mensurados por meio do SDQ, foram consideradas como variáveis independentes ou preditoras a depressão materna, as práticas parentais maternas e o sexo das crianças.

Foi testado um modelo para o total de dificuldades e para cada escala específica do SDQ, sendo considerados desfechos os seguintes indicadores de problemas de comportamento: Total de Dificuldades, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com Colegas.

Após a definição das variáveis preditoras a serem incluídas nos modelos, procedeu-se à verificação da multicolinearidade, por meio do cálculo do VIF. Dentre as variáveis incluídas nos modelos de predição nenhuma excedeu valores limites de VIF maior que 3, sendo então consideradas como variáveis independentes.

A Tabela 23 apresenta o modelo final relativo às análises de regressão linear múltipla para a predição dos desfechos problemas de comportamento (total e escalas).

Tabela 23 - Análise de regressão linear múltipla (*Stepwise)* considerando as variáveis preditoras para os desfechos de problemas de comportamento das crianças (n=101).

Variáveis Preditoras	Desfechos	β	t	p-valor	IC (95%)	VIF	Total R^2 ajustado
Sexo Criança - Meninos	*Total de Dificuldades*	-0,279	-3,695	**0,000***	-5,754; -1,732	1,029	0,448
Negligência		0,428	4,920	**0,000***	0,842; 1,1981	1,370	
Abuso Físico		0,203	2,471	**0,015***	0,135; 1,243	1,219	
Disciplina Relaxada		0,258	3,280	**0,001***	0,294; 1,195	1,118	
Negligência	*Sintomas Emocionais*	0,281	2,855	**0,005***	0,106; 0,588	1,129	0,140
Sexo Criança - Meninos	*Problemas de Conduta*	-0,194	-2,355	**0,021***	-1,441; 0,123	1,014	0,331
Negligência		0,426	4,515	**0,000***	0,236; 0,606	1,327	
Abuso Físico		0,225	2,505	**0,014***	0,047; 0,410	1,201	
Negligência	*Hiperatividade*	0,343	3,281	**0,001***	0,204; 0,830	1,296	0,158
Sexo Criança - Meninos	*Problemas de Relacionamento com Colegas*	-0,306	-3,593	**0,001***	-1,733; -0,499	1,029	0,298
Negligência		0,275	2,799	**0,006***	0,072; 0,421	1,370	
Abuso Físico		0,201	2,175	**0,032***	0,016; 0,356	1,219	
Disciplina Relaxada		0,268	3,019	**0,003***	0,072; 0,348	1,118	

*p<0,05; β = coeficiente beta; t= valor do teste t; IC (95%) = Intervalo com 95% de confiança; VIF = fator de inflação da variância.

A análise de regressão linear multivariada mostrou que o modelo de predição para o desfecho Total de Dificuldades foi significativo ($F = 17,240$; $p<0,0001$) e determinou que as variáveis sexo da criança (masculino), negligência abuso físico e disciplina relaxada foram preditoras de mais problemas de comportamento, sendo responsáveis por cerca de 45% da variação do escore do total de dificuldades comportamentais.

O modelo de predição para o desfecho Sintomas Emocionais foi significativo ($F = 6,433$; $p<0,001$) para a prática parental de negligência, variável preditora de mais sintomas emocionais para as crianças, sendo responsável por 14% da variação do escore desta escala.

O modelo de predição para o desfecho Problemas de Conduta foi significativo ($F = 13,354$; $p<0,0001$) e identificou as variáveis sexo da criança (masculino), negligência e abuso físico como preditoras de mais problemas de conduta para as crianças, sendo responsáveis por cerca de 33% da variação do escore desta escala.

O modelo de predição para o desfecho Hiperatividade foi significativo ($F = 5,703$; $p<0,0001$), tendo identificado apenas a negligência como preditora de mais hiperatividade, sendo responsável por cerca de 16% da variação do escore desta escala.

O modelo de predição para o desfecho problemas de relacionamento com colegas foi significativo ($F = 9,475$; $p<0,0001$) e incluiu as variáveis sexo da criança (masculino), negligência, abuso físico e disciplina relaxada como preditoras de mais problemas de relacionamento, sendo responsáveis por cerca de 30% da variação do escore desta escala.

Destaca-se que a depressão materna e demais práticas parentais negativas específicas também foram variáveis consideradas na análise de predição multivariada, porém não se apresentaram como preditoras em nenhum dos modelos para os desfechos estudados.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Os dados serão discutidos a partir dos objetivos do estudo, que serão tratados em quatro tópicos, conforme descrito a seguir. Os três primeiros tópicos serão referentes aos três primeiros objetivos específicos do estudo: o primeiro abordará a análise do perfil clínico das mães com diagnóstico de depressão (G1), e os dados da amostra geral quanto às condições sociodemográficas, tendo por enfoque as proposições da psicopatologia do desenvolvimento. No segundo tópico serão analisadas as comparações entre os grupos diferenciados pela presença da depressão materna (G1 e G2), quanto às práticas maternas e indicadores comportamentais das crianças. O terceiro tópico destacará as comparações entre meninos e meninas quanto aos indicadores de comportamento, práticas parentais e depressão materna. E o quarto tópico abordará o quarto objetivo específico e o objetivo principal do estudo, no qual serão analisados os dados relativos às associações entre as variáveis do estudo, bem como às análises de covariância e modelos de predição multivariados, tendo como enfoque o peso das variáveis *depressão materna, práticas parentais maternas* e o *sexo das crianças* para os desfechos comportamentais das crianças.

5.1. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E O PAPEL DA DEPRESSÃO MATERNA PARA AMOSTRA ESTUDADA.

A psicopatologia do desenvolvimento, perspectiva teórica adotada nesse estudo, tem como foco o estudo dos múltiplos mecanismos que podem estar envolvidos no processo do desenvolvimento de desfechos típicos, atípicos e de risco (Toth & Cicchetti, 2010). Sob essa perspectiva, compreende-se que o curso do desenvolvimento é influenciável por características individuais e por experiências vividas no ambiente.

No presente estudo, o primeiro objetivo específico elencado foi de comparar o perfil sociodemográfico e as práticas parentais maternas, considerando grupos diferenciados pela presença/ausência de diagnóstico de depressão e pelo sexo das crianças. Esse objetivo se estabelece de modo a contemplar as proposições da psicopatologia do desenvolvimento, abarcando as especificidades dos aspectos contextuais expressas pelas variáveis sociodemográficas e da condição de adversidade relativa à convivência coma depressão materna.

Conforme proposto no delineamento do estudo, buscou-se manter grupos homogêneos quanto às variáveis sociodemográficas, o que foi possível quanto às características relativas à

idade, escolaridade e estado civil das mães, e às características de idade, sexo e escolaridade das crianças. Quanto ao nível socioeconômico das famílias, entretanto, não foi possível manter homogeneidade, tendo-se identificado diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, sendo que as famílias do grupo com depressão (G1) apresentaram menor nível socioeconômico quando comparadas às famílias do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2). Este dado está em consonância com a declaração da OMS (2017) que indica prevalência de transtornos depressivos em populações de baixo e/ou médio nível socioeconômico. A maior incidência do transtorno depressivo em populações de baixa renda também já foi referida em outros estudos, tal como o estudo epidemiológico de Lopes et al. (2016), e a revisão sistemática de Pizeta et al. (2013), que relatou que a depressão materna foi associada, dentre outras variáveis, a um menor nível socioeconômico.

As demais variáveis sociodemográficas das crianças, mães e famílias (idade, escolaridade e ocupação), tiveram distribuição semelhante para os grupos diferenciados pela depressão materna, não apresentando diferenças significativas, o que favoreceu as comparações quanto às variáveis de interesse desse estudo. Em ambos os grupos, constatou-se o predomínio de mulheres com mais de oito anos de estudo, casadas ou vivendo em união consensual e exercendo alguma atividade remunerada, variáveis contextuais que podem ser consideradas como fatores de proteção ao desenvolvimento infantil (Pinheiro, 2004). Pode-se pensar que a presença desses fatores considerados positivos para o desenvolvimento das crianças da amostra, particularmente para aquelas pertencentes ao G1, possam atenuar o risco da exposição à depressão materna, funcionando como um suporte a tal adversidade (Halpern & Figueiras, 2004).

Quanto à comparação entre os indicadores sociodemográficos de meninos e meninas, não foram evidenciadas diferenças significativas para nenhuma das variáveis sociodemográficas, favorecendo as comparações entre as variáveis de interesse. Observou-se uma distribuição próxima quanto à idade e escolaridade, e predominaram mães casadas ou em união estável e que exerciam algum trabalho remunerado, variáveis consideradas de menor risco para as crianças. Destaca-se ainda que, partindo de um cuidado metodológico adotado quando da ocasião da coleta, todas as crianças da amostra apresentaram um bom nível cognitivo sistematicamente avaliado pelo Raven. Além disso, todas estavam matriculadas na rede pública de ensino e tinham idade compatível com o ano letivo que estavam cursando, sugerindo alguns indicadores básicos de adaptação das crianças referentes à sua faixa etária. Esses indicadores sugerem que as expressões comportamentais das crianças da amostra analisada não estavam associadas a outras variáveis confundidoras, tais como limitações

intelectuais importantes, o que contribui para qualificar a amostra e os resultados de associações identificados quanto ao comportamento.

Com relação aos aspectos clínicos do grupo de mães com depressão (G1), destaca-se que os sintomas depressivos foram sistematicamente avaliados por instrumento de rastreamento e diagnóstico (PHQ-9 e SCID, respectivamente) e que as avaliações foram conduzidas por avaliadoras com experiência clínica, tendo as mães como informantes. As classificações diagnósticas verificadas foram: transtorno depressivo recorrente (com episódio atual ou atualmente em remissão), e episódio depressivo (atual ou prévio).

A maioria das mulheres do grupo com depressão (G1) preencheu o critério da entrevista diagnóstica SCID para transtorno depressivo recorrente (74,6%), sendo que 37,3% das mulheres apresentavam episódio atual, e 37,3% estavam em remissão. As demais mulheres do grupo foram diagnosticadas com episódio depressivo, sendo que 7,8% apresentaram episódio atual, e 17,6% apresentaram um único episódio depressivo prévio. Quanto à gravidade dos indicadores depressivos no PHQ-9, mais da metade das mães do grupo com depressão (G1) foi classificada como nível leve (54,9%), seguido pelo nível moderado (25,5%), severo (15,7%), e moderadamente severo (3,9%). De um modo geral, esses dados são sugestivos de que, no momento das avaliações, a maioria das mães incluídas em G1 apresentava boas condições de informar sobre o comportamento das crianças e sobre as práticas parentais devido à presença de sintomatologia depressiva apresentar-se em nível leve e moderado.

Analisando esses aspectos, faz-se uma indicação para que futuros estudos considerem as características de recorrência e cronicidade do transtorno depressivo quando das associações com os desfechos, dados não analisados pelo presente estudo. Essas variáveis foram consideradas relevantes no estudo longitudinal de O'Connor et al. (2017) que apontou efeitos diferenciados da gravidade e recorrência da depressão materna para os problemas comportamentais de crianças.

Um dado importante a ser destacado entre os indicadores sociodemográficos é que a maioria das mães do G1 relatou nunca ter feito tratamento em serviços de saúde mental e que não utilizavam medicação para os sintomas depressivos. Esse resultado está em concordância com o estudo epidemiológico de Lopes et al. (2016), que verificou que a maioria dos brasileiros com sintomas depressivos clínicos não recebia nenhum tipo de tratamento (78,8%), e evidencia a importância de intervenções voltadas à orientação de mães e famílias para que o acesso ao cuidado da saúde mental possa ser mais bem divulgado. No decorrer dessa

pesquisa, tivemos o cuidado ético de orientar e encaminhar as mães à rede de saúde, sempre quando foi constatada a necessidade.

Considera-se que o primeiro objetivo específico do estudo foi respondido e que a amostra teve uma homogeneidade satisfatória quando aos dados sociodemográficos, de modo a favorecer as outras análises. A variável nível socioeconômico, para a qual se registrou diferença significativa, foi incluída nas análises de associação e predição, a serem discutidas mais adiante. Pelas características clínicas das mulheres de G1, pode-se dizer que se trata de uma amostra cuja condição de adversidade relativa à exposição das crianças aos sintomas depressivos de suas mães se limitou predominantemente a níveis baixos de depressão, sendo relevante verificar o impacto para o comportamento das crianças.

Destaca-se ainda que, reconhecidamente, a depressão é considerada uma variável com múltiplas associações, tornando-se importante o estudo associado a outras condições de risco importantes (Pizeta et al., 2013; Goodman et al., 2011). Nesse sentido, a convivência com a depressão das mães pode concorrer com outras variáveis contextuais, tais como as formas de interação entre as mães e seus filhos, análises que serão discutidas no próximo tópico.

5.2. ANÁLISE DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELA PRESENÇA DA DEPRESSÃO MATERNA: PRÁTICAS PARENTAIS MATERNAS E INDICADORES COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS

O segundo objetivo específico do presente estudo foi comparar as práticas parentais maternas e os indicadores comportamentais das crianças considerando grupos diferenciados pela presença/ausência de diagnóstico de depressão, dados que serão discutidos nesse tópico. Com base na literatura, esperava-se que a depressão estivesse associada negativamente às práticas parentais, sendo que as mães com depressão relatariam utilizar mais práticas negativas e menos práticas positivas que as mães sem transtorno depressivo (Piccinini et al., 2014; Lovejoy et al., 2000).

As práticas parentais das mães foram avaliadas por meio do Inventário de Estilos Parentais (IEP) proposto por Gomide (2006), tendo as mães como informantes. Constatou-se que as mães de G1 relataram utilizar mais práticas negativas e menos práticas positivas quando comparadas às mães de G2, com diferenças estatisticamente significativas nas comparações entre os grupos. Estes resultados refletem o conjunto dos dados obtidos pelo IEP, considerando a diferença entre os grupos quanto à classificação das práticas em positivas

ou negativas, bem como ao valor do Índice de Estilos Parentais (*iep*), obtido subtraindo-se a somatória das práticas negativas da somatória das práticas positivas.

Os resultados citados confirmam a hipótese inicial do estudo, com um relato de mais práticas negativas pelas mães do grupo com depressão (G1), dados que corroboram com outros estudos (Stein et al., 2012; Wolford et al., 2019; Calzada et al, 2019). Os achados do presente estudo também estão em consonância a duas importantes revisões sobre o tema. A revisão sistemática de Vafaeenejad et al. (2018) destacou que os fatores psicológicos dos pais no geral, e o status de saúde mental em específico, influenciaram significativamente os estilos parentais de maneira negativa. E a metánalise de Lovejoy et al. (2000), bastante referenciada no campo de estudos da parentalidade, relatou que as mães com depressão apresentaram práticas menos positivas e mais negativas, demonstrando mais hostilidade, coerção e afetos negativos, tendo por base um extenso número de estudos avaliados.

Quanto às práticas específicas, constataram-se diferenças estatisticamente significativas para as práticas de negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada, mais relatadas pelas mães do grupo com sintomas depressivos (G1). Esses dados confirmam o que vem sendo apontado e discutido na literatura no que diz respeito à maior utilização de práticas negativas específicas por parte de mães depressivas, tais como a hostilidade (Ahun et al, 2017; Gallitto, 2015), punição inconsistente e disciplina relaxada (Rodrigues & Nogueira, 2016), intrusividade (Blatt-Eisengart et al., 2009), controle psicológico (van Doorn et al., 2015), baixos níveis de sensibilidade (Bödeker et al., 2019) e, com certa frequência, abuso físico (Wolford et al., 2019; Kuckertz et al., 2018).

Considerando mais profundamente as práticas mais relatadas pelas mães com depressão, é possível traçar um comparativo com os indicadores específicos da sintomatologia depressiva, caracterizada por maior embotamento e distanciamento emocional, prejuízos na capacidade de atenção, alterações bruscas de humor e rebaixamento de energia e disposição (APA, 2014). Práticas como a negligência, inconsistência e permissividade podem ser compreendidas no contexto das manifestações típicas da sintomatologia depressiva, que podem interferir negativamente na confiança que as mães têm em sua capacidade de cuidar dos seus filhos, favorecendo o afastamento com relação à rotina familiar e o não oferecimento do suporte e afeto necessários para o desenvolvimento adequado das crianças (Piccinini et al., 2014). Nas práticas das mães de G1, verificou-se um padrão referente a pouco envolvimento e responsividade. O relato do uso predominante dessas práticas será analisado como maior detalhamento a seguir.

A punição inconsistente reflete uma ausência de atenção à criança, quando a mãe age mais em função de suas próprias alterações de humor, sem se conectar com o que seu filho precisa naquele momento. De forma ampla, esse dado pode ser relacionado às afirmativas de Barroso e Machado (2010) que ressaltaram, ao caracterizar a dimensão de pré-requisitos, a importância de algumas características dos pais para que exerçam a função de parentalidade de forma adequada e produtiva. Nesse sentido, os autores destacaram a condição de conhecimento e compreensão, para qual é necessária uma boa capacidade de atenção e observação do estado da criança, de modo a interpretar e responder adequada e consistentemente nas interações, funções que podem ser prejudicadas pela sintomatologia depressiva. De modo mais específico, os resultados identificados no presente estudo corroboram os achados de Rodrigues e Nogueira (2016), que, comparando grupos de mães diferenciados pela presença da depressão materna, também constataram mais relatos de punição inconsistente entre as mães com depressão. A mesma prática também foi associada à depressão materna, enquanto mediadora do impacto para problemas de comportamento e socialização das crianças nos estudos longitudinais de Dette-Hagenmeyer e Reichl (2013) e van der Molen et al. (2011).

Outra prática a ser analisada, a negligência caracteriza-se de maneira mais específica como uma forma de maus-tratos, com atitudes de baixo afeto e baixo controle de comportamento (Dubowitz, 2013; González-Cámara et al., 2019). A presença de mais negligência por parte de mães com depressão constatada nesse estudo pode ser interpretada à luz dos dados da metanálise de Mulder et al. (2018), que, ao abordar os múltiplos riscos que poderiam determinar o uso da negligência por parte dos pais em relação aos seus filhos, destacou a presença de problemas de saúde mental prévios ou atuais. Pensando-se no conceitual sobre parentalidade, o predomínio da negligência contrasta com as proposições de Barroso e Machado (2010) que enfatizaram a importância das capacidades parentais de motivação e oferecimento de recursos e oportunidades, que passam pela detecção dos problemas que a criança possa enfrentar, envolvendo o aconselhamento e encorajamento positivo dos pais. Tais ações e práticas estão em oposição à negligência, que se caracteriza pela baixa responsividade e omissão de cuidados, caracterizando assim, pouca sintonia com as necessidades das crianças.

A disciplina relaxada, por sua vez, é uma prática caracterizada de forma semelhante à permissividade (alto afeto e baixo controle), já que se refere a práticas de afrouxamento das regras colocadas pelos pais (González-Cámara et al., 2019). As práticas de baixo controle de comportamento (referentes à monitoria, imposição de limites e supervisão) podem estar

relacionadas aos baixos níveis de energia e atenção associados aos sintomas depressivos, que podem fazer com que as mães sejam mais distantes (Reising et al., 2013), menos envolvidas e mais distantes no que se refere aos cuidados dos filhos e à rotina da família, contexto no qual se inserem o estabelecimento das regras e a supervisão do cumprimento das mesmas.

Pode-se considerar que as três práticas relatadas refletem instabilidade e inconsistência do humor, características do transtorno depressivo (APA 2014), ainda que a amostra estudada seja da comunidade, não identificada previamente como clínica, e com indicadores de depressão leve. Ressalta-se que, mesmo que tenham sido evidenciados baixos níveis de gravidade quanto à depressão, também se verificou um predomínio na amostra estudada de um longo histórico de sintomas depressivos não tratados, o que pode, de certo modo, ser explicativo para a força das associações negativas identificadas.

Quanto às práticas positivas analisadas (monitoria positiva e comportamento moral), não foram evidenciadas diferenças significativas entre os grupos com e sem indicadores de depressão, contrário ao que se esperava. Esses resultados estão em concordância com o estudo de Gallitto (2015), que avaliou tanto práticas negativas quanto positivas, por meio do autorelato das mães, e identificou a associação da depressão materna ao aumento da hostilidade, mas não à diminuição das práticas positivas estudadas. Outro ponto a ser comentado, ainda, como qualidade deste estudo foi a avaliação de práticas negativas e positivas específicas, já que se observa uma predominância na literatura de estudos que avaliam exclusivamente práticas negativas ou positivas quando ausentes ou em baixos níveis.

Além das comparações entre os grupos G1 e G2 quanto às práticas parentais, o segundo objetivo específico do presente estudo incluía fazer comparações entre os grupos diferenciados pela depressão materna quanto aos aspectos comportamentais das crianças, dados que serão discutidos a seguir. Esperava-se, com base na literatura, que as crianças expostas à depressão materna apresentassem mais indicadores de problemas comportamentais em comparação às demais crianças, cujas mães não apresentaram histórico de transtorno depressivo (Goodman et al., 2011), hipótese que foi parcialmente confirmada pelo estudo.

Foi possível constatar, segundo o relato das mães, diferenças significativas nas comparações entre os grupos com depressão (G1) e sem histórico de transtorno depressivo (G2) quanto à escala de sintomas emocionais, na qual as crianças do grupo com depressão (G1) apresentaram uma média maior. Os demais indicadores comportamentais (escore total de problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os colegas, problemas de conduta, hiperatividade e comportamento pró-social), entretanto, não apresentaram diferenças significativas, contrário ao que era esperado.

Os sintomas emocionais, característicos de problemas internalizantes, expressos por tristeza, ansiedade, depressão, recusa de contato social, desinteresse por atividades e queixas somáticas, se mostraram associados à depressão materna também em outros estudos que avaliaram amostras da comunidade de crianças em idade escolar, com os quais os achados deste estudo foram concordantes (Kuckertz et. al, 2018; Dubois-Comtois et al., 2013). Especificamente, o estudo de Dubois-Comtois et al. (2013) constatou associação entre os sintomas depressivos maternos na pré-escola, quando as crianças tinham entre quatro e seis anos de idade, e os sintomas internalizantes das crianças no período escolar, aos oito anos de idade. Tais achados sugerem que as associações identificadas não se mostraram restritas ao período escolar e à idade inicial de exposição aos sintomas maternos, sugerindo a força das associações entre a depressão e os sintomas emocionais das crianças. Apesar das diferenças de delineamento dos estudos, os achados são semelhantes aos identificados pelo presente estudo, transversal.

No estudo de Calzada et al. (2019), os resultados também indicaram que a depressão materna foi preditora de mais problemas internalizantes das crianças, com algumas particularidades da amostra. O estudo incluiu a mediação de níveis de estresse diante do processo de aculturamento da mãe, também apontados como preditores de mais sintomas internalizantes, além da mediação da prática parental de sensibilidade materna. Esses dados reforçam a importância da abordagem contextual proposta pela psicopatologia do desenvolvimento e adotada nesse estudo, que considera que múltiplas variáveis podem impactar o desenvolvimento de problemas/recursos das crianças, incluindo questões sociais e econômicas mais amplas.

Ressalta-se que, embora não tenham sido constatadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos diferenciados pela depressão materna no que se refere aos problemas externalizantes, verifica-se, na literatura, a influência do transtorno depressivo das mães também para os problemas infantis desse eixo, manifestos, dentre outros indicadores, pela presença de mais problemas de conduta (Shaw et al., 2016) e mais comportamento disruptivo (van der Molen et al., 2011).

Contatou-se, apesar da maioria das mães ter apresentado uma condição clínica de depressão leve e/ou moderada, que a amostra apresentou um padrão que desfavorece o desenvolvimento infantil quanto à presença de mais práticas parentais negativas (Barroso & Machado, 2010; Bolsoni-Silva & Marturano, 2007; Gomide, 2006). Nesse sentido, pode-se considerar que as crianças estudadas estiveram expostas a duas condições importantes de adversidade, tanto pela convivência com a depressão materna, como pela presença de mais

práticas negativas por parte de suas mães. Ressalta-se que, mesmo que as mães tenham apresentado sintomas leves, verificou-se uma influência importante para o relato de mais problemas internalizantes por parte das crianças. Esses dados são sugestivos de que a convivência com a depressão materna pode ter impactos importantes para o comportamento dos filhos, independente da gravidade (O'Connor et al., 2017).

A partir da constatação da influência da depressão materna para as práticas parentais e para os indicadores comportamentais das crianças, buscou-se também analisar o padrão das práticas parentais maternas e dos indicadores comportamentais de meninos e meninas, o que será analisado no tópico a seguir.

5.3. ANÁLISE DAS COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS DIFERENCIADOS PELO SEXO DAS CRIANÇAS: PRÁTICAS PARENTAIS E INDICADORES COMPORTAMENTAIS, CONSIDERANDO A CONVIVÊNCIA COM A DEPRESSÃO MATERNA

O terceiro objetivo específico do presente estudo foi comparar as práticas parentais maternas e os indicadores comportamentais das crianças considerando grupos diferenciados de meninos e meninas expostos à depressão materna, dados que serão discutidos neste tópico. Embora a literatura tenha dados divergentes quanto os problemas de comportamento e o sexo das crianças, em concordância com Rutter et al. (2003), esperava-se que os meninos apresentassem mais problemas de comportamento do eixo externalizante, enquanto as meninas apresentassem mais sintomas emocionais. Quanto às práticas parentais maternas, esperava-se que as mães relatassem mais práticas de controle negativo para os meninos do que para as meninas, como afirmado pela metanálise de Endendijk et al. (2016) que envolveu um amplo estudo sobre estilos parentais, abarcando diferenças de práticas em um longo período de tempo.

Nos resultados das comparações entre meninos e meninas dos dois grupos (G1 e G2) quanto às práticas parentais, foi possível constatar diferença estatisticamente significativa para a prática específica de monitoria negativa. Tal dado sugere que as mães de meninos relataram mais práticas intrusivas em relação aos seus filhos quando comparadas às mães de meninas, com atitudes de excesso de controle e estabelecimento de regras rígidas, confirmando a hipótese inicial. O mesmo resultado foi identificado nas comparações realizadas entre os meninos e meninas do grupo com depressão (G1), no qual se verificaram mais relatos de monitoria negativa pelas mães dos meninos.

Nesse sentido, o presente estudo está de acordo com a hipótese formulada por Dette-Hagenmeyer e Reichle (2013), de que as mães parecem sentir mais necessidade de vigiar os meninos, por considerarem que estão em maior risco de vulnerabilidade. Mas, ainda que possa existir uma finalidade de controle do comportamento, as formas mais autoritárias de disciplina, tal como a monitoria negativa, desconsideram as visões e particularidades das crianças nas interações, caracterizando-se de forma impositiva. Sendo assim, as mães autoritárias podem influenciar as formas como seus filhos se comportam socialmente, uma vez que o excesso de proibições pode levar à dificuldade das crianças em regularem seus comportamentos, aumentando o risco para problemas externalizantes (Hosokawa & Katsura, 2019). Esses dados parecem se confirmar na presente amostra, em que os meninos também apresentaram mais problemas comportamentais, dados que serão mais detalhados a seguir.

Os resultados do presente estudo também estão em concordância com a metanálise de Endendijk et al. (2016) que identificou que pais e mães foram mais controladores com os meninos, principalmente em amostras de idade pré-escolar e escolar. A metanálise também destacou que nos estudos publicados a partir de 1990 verificaram-se mais condutas de suporte à autonomia para as meninas quando comparadas aos meninos. Esse dado indica que as meninas parecem ser educadas de forma mais livre, enquanto os meninos são mais controlados e restringidos. Ainda que existam diferenças culturais a serem consideradas, observa-se uma tendência na literatura recente de apontar o excesso de controle com relação aos meninos.

Quanto aos efeitos para as crianças, um estudo longitudinal recente sobre estilos de disciplina identificou diferenças importantes entre práticas ativas de controle (tais como gritar, bater e dar ordens), mais próximas das características da monitoria negativa, e práticas de retirada de privilégios (tais como castigos e mandar para o quarto). Os resultados indicaram que as formas mais ativas e intrusivas de disciplina foram associadas a mais problemas emocionais para as crianças, avaliados pelo SDQ (Rajyaguru et al., 2019). Considerando que os meninos da presente amostra também apresentaram mais problemas de comportamento quando comparados às meninas, pode-se pensar que o excesso de controle não está sendo eficaz para modular e promover aprendizagens comportamentais, e parece, na verdade, ter um impacto negativo significativo.

Nas comparações entre meninos e meninas quanto à presença/ausência de dificuldades comportamentais avaliadas pelo SDQ, observou-se diferença estatisticamente significativa para o escore total do instrumento e para a escala de Problemas de Relacionamentos com os Colegas, com média maior de dificuldade para os meninos, em ambas. Quando feitas as

comparações apenas entre as crianças do grupo com depressão (G1), a diferença significativa se manteve para o escore geral, com média maior de dificuldades entre os meninos. Nas comparações entre as crianças do grupo sem histórico de transtorno depressivo (G2), também se identificou a mesma diferença significativa quanto ao escore geral, sendo que os meninos desse grupo também apresentaram mais problemas de relacionamentos com os colegas, na comparação com as meninas. Estes resultados sugerem maior vulnerabilidade para os meninos quanto aos indicadores comportamentais, não restrita ao contexto de exposição à depressão materna.

O relato de mais problemas externalizantes identificado para os meninos da presente amostra também foi evidenciado por outros estudos (Castelao & Kroner-Herwig, 2013; Blatt-Eisengart et al., 2009), com os quais o presente estudo é concordante. Os problemas externalizantes se referem, além de expressões externas de conteúdos emocionais, a vivências negativas na interação com o ambiente, tais como brigas, não aceitação da ordem e comportamentos de oposição, agressividade, rebeldia e delinquência. Analisando esses resultados em conjunto com o relato de mais monitoria negativa por parte das mães dos meninos, pode-se pensar que as restrições excessivas vividas no ambiente familiar possam estar prejudicando a regulação emocional e comportamental dos meninos em suas interações sociais.

Além disso, Rutter et al. (2003) hipotetizaram que, culturalmente, relatos referentes a expressões externalizantes de dificuldades sejam mais comuns para os meninos, que seriam condicionados a expressões mais físicas/atuantes e menos verbais/comunicativas das emoções. Para os meninos da amostra, expostos a contextos de riscos significativos quanto à depressão materna e práticas negativas, os problemas de conduta podem ser os meios elegidos para a expressão de sofrimentos e desconfortos que não encontraram um ambiente familiar acolhedor, mas autoritário.

Na revisão bibliográfica citada, os autores também destacaram que o sexo masculino esteve mais associado a transtornos de início precoce, enquanto o sexo feminino esteve mais associado a transtornos emocionais desencadeados na adolescência. Considerando a idade escolar das crianças estudadas na presente amostra, isso poderia explicar o risco maior identificado para os meninos, quando comparados às meninas, além da não identificação de mais sintomas emocionais por parte das meninas, contrário ao que era esperado nas hipóteses e ao que foi verificado pela metanálise de Goodman et al. (2011).

No que se referem às hipóteses formuladas, é importante ressaltar que não há um consenso quanto à prevalência de problemas externalizantes para os meninos e internalizantes

para as meninas. No estudo longitudinal de Orri et al. (2019), por exemplo, o perfil disfuncional de práticas e emoções das mães foi preditor de mais problemas internalizantes para os meninos, enquanto para as meninas, o mesmo perfil materno foi preditor tanto de problemas internalizantes como externalizantes. De forma semelhante, no estudo transversal de Wang (2018), ficaram evidentes mais sintomas internalizantes para os meninos expostos à depressão materna. Essas diferenças sugerem indicações para futuras pesquisas destacando a importância de se incluir o sexo como variável de interesse no estudo de indicadores comportamentais infantis, especialmente em amostras brasileiras, uma vez que os aspectos sócio-culturais podem ser relevantes para os efeitos identificados.

Outros resultados a serem enfatizados são as comparações entre os sexos quanto às médias dos escores comportamentais obtidos por meio do SDQ, nas quais também foram identificadas mais dificuldades para os meninos da amostra, que obtiveram média maior de dificuldades nos escores total, de problemas de conduta e de problemas de relacionamento com os colegas, quando comparados às meninas. Além de mais problemas, os meninos também apresentaram menos recursos, com média menor na escala de comportamento pró-social. Esses resultados são concordantes com o estudo de Nantel-Vivier et al. (2014), que, com uma amostra longitudinal representativa de mais de dez mil crianças, identificou riscos específicos para os meninos, que apresentaram menos habilidades pró-sociais quando comparados às meninas. Ainda que as diferenças de delineamento sejam importantes, pode-se pensar que exista uma tendência de maior favorecimento de recursos e capacidades para as meninas, tanto no estudo das práticas parentais, quanto na análise dos indicadores de comportamento, enquanto que os meninos demonstram mais prejuízos em todo o conjunto de análises comparativas conduzidas com a presente amostra.

Essas constatações destacam o impacto relevante do sexo identificado no presente estudo, tanto como variável associada às práticas parentais das mães, como aos indicadores de comportamento das crianças. Assim, considera-se que o terceiro objetivo do estudo foi respondido pelas análises ao demonstrar diferenças significativas entre os meninos e meninas. Os dados analisados reiteram a importância da inclusão do sexo das crianças como variável independente nas análises de predição das práticas parentais e dos indicadores comportamentais, que serão discutidas no próximo tópico.

5.4. ANÁLISES DE PREDIÇÃO RELATIVAS À DEPRESSÃO MATERNA, PRÁTICAS PARENTAIS E SEXO DAS CRIANÇAS PARA OS INDICADORES COMPORTAMENTAIS

Esse estudo teve como objetivo geral verificar o efeito preditivo da depressão materna, das práticas parentais maternas e do sexo das crianças para os desfechos comportamentais de meninos e meninas em idade escolar, tendo-se como hipótese norteadora geral que a depressão materna, quando associada à presença de práticas parentais negativas, seria preditora de mais problemas comportamentais por parte das crianças em idade escolar, com diferenças entre meninos e meninas.

Nesse tópico, para além dos dados relativos aos modelos de covariância (ANCOVA) e predição multivariada, serão analisados os principais dados relacionados ao terceiro objetivo específico do estudo, que foi identificar as possíveis associações entre as variáveis: nível socioeconômico, depressão materna, práticas parentais maternas e problemas comportamentais das crianças diferenciadas pelo sexo, que deram suporte para as análises posteriores. Serão discutidos inicialmente os dados relativos às associações, e, posteriormente, os dados dos modelos de predição.

No que se refere aos dados relativos às associações, destacam-se a presença de associações significativas da depressão materna ao relato da utilização de mais práticas negativas, a valores mais baixos do *iep*, que sugerem a predominância de práticas parentais negativas, à presença de mais sintomas emocionais das crianças, e a níveis socioeconômicos mais baixos.

Verificou-se, nas análises conduzidas, que a depressão materna foi uma variável que se apresentou com múltiplas associações, em concordância ao que tem sido amplamente reconhecido (Goodman et al., 2011). Os dados estiveram de acordo com a hipótese inicial do estudo e com o que tem sido apontado na literatura da área, que, de forma consistente, tem identificado que a depressão materna se associa e é preditora de mais práticas negativas por parte das mães (Verkuijl et al., 2014; Barker et al., 2012; Charrois et al., 2019). Já em referência às associações entre a depressão materna e os sintomas emocionais das crianças, observa-se concordância com os achados da revisão sistemática de Pizeta et al. (2013), que identificou maior presença de manifestações depressivas e de ansiedade em crianças expostas aos sintomas depressivos das suas mães.

Quanto às associações relativas às práticas parentais, serão discutidas primeiramente as práticas parentais positivas e, em seguida, as negativas. O relato materno de práticas positivas foi associado negativamente ao escore total de dificuldades das crianças e ao

escore da escala de problemas de conduta, indicado um fator protetor dessas práticas que, quando presentes, se associaram a menos dificuldades das crianças. As práticas positivas também foram associadas à escala de comportamento pró-social do SDQ, indicando que quanto maior o relato de práticas positivas maternas, mais relato de recursos pró-sociais.

Essas associações reforçam o que tem sido apontado na literatura quanto às práticas relativas à dimensão de amor/afeto. Tanto a monitoria positiva como o comportamento moral indicados pelo IEP podem ser pensados como práticas de alto afeto e alto controle, descrevendo condutas responsivas, sensíveis e eficazes para a aprendizagem das crianças. Destaca-se que os dados do presente estudo são concordantes e reforçam a afirmativa de que demonstrações de compreensão, suporte e afeto são essenciais para o bem estar infantil (Alegre et al., 2013). Nesse sentido, ainda que com delineamentos diferentes, o presente estudo também corrobora com os achados do estudo longitudinal de Gallito (2015), que constatou associações diretas entre práticas parentais positivas e a redução de problemas externalizantes das crianças.

Enquanto as práticas positivas se associaram a menos problemas e mais recursos, as práticas negativas, de forma oposta, se associaram de maneira forte ao total de dificuldades comportamentais das crianças e moderada aos sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas. Além das associações ao aumento de problemas, as práticas parentais negativas também se associaram ao comportamento pró-social, indicando que quanto maior o relato de práticas parentais negativas pelas mães, menos recursos pró-sociais foram relatados para as crianças. Esses dados estão de acordo com os apontamentos de que as práticas negativas podem se configurar como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento infantil (González-Cámara et al., 2019).

Também foram evidenciadas associações importantes referentes ao sexo das crianças, sendo que a prática específica de monitoria negativa mostrou-se associada aos meninos, e o comportamento pró-social associado às meninas. Destaca-se aqui a hipótese de que as condutas mais controladoras e intrusivas por parte das mães dos meninos possam estar influenciando negativamente o desenvolvimento de recursos pró-sociais, para os quais se faz necessário mais espaço de criatividade e liberdade, de acordo com as necessidades e características individuais das crianças. Assim, analisando-se as duas associações conjuntamente, é possível pensar que práticas de alto controle psicológico possam inibir um bom desenvolvimento de recursos internos por parte dos meninos (Barroso & Machado, 2010).

Dentre as associações, destaca-se também a relação identificada entre o nível socioeconômico das famílias e a escala de problemas de relacionamento com colegas, indicando que as crianças membros de famílias com menor poder aquisitivo tiveram mais relatos de problemas nessa área. Pensando que o contexto de menos recursos socioeconômicos das famílias se estabelece como uma condição de vulnerabilidade para as crianças, impactando negativamente o comportamento (Pinheiro, 2004), considera-se, como uma indicação para futuros estudos, incluir comparações entre famílias de níveis socioeconômicos diversos, ou crianças de escolas públicas e particulares, como formas de verificar possíveis associações do comportamento ao contexto socioeconômico. É possível considerar, ainda, que o que foi apontado como problema de relacionamentos na presente amostra possa ser referente a um aprendizado cultural e defensivo vivido pelas crianças educadas em ambientes de maior risco (Barroso & Machado). Entretanto, são necessários novos estudos para ampliar e aprofundar essas hipóteses, que não foram abarcadas nas presentes análises.

A seguir, serão discutidas as análises preditivas, destacando primeiramente as análises de covariância, para as quais foram testados dois modelos. No primeiro, a depressão materna foi incluída como variável independente, controlando-se o efeito do sexo para o comportamento das crianças. Nos resultados, verificou-se que o sexo masculino se sobrepôs à depressão materna como preditor do total de dificuldades comportamentais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas. O sexo feminino, de forma oposta, foi preditor de mais comportamento pró-social, indicando efeitos mais importantes do que a diminuição/ausência de sintomas depressivos maternos. Já no que se referem aos sintomas emocionais das crianças, a depressão materna se sobrepôs ao sexo, sendo o fator de predição mais significativo.

As análises de covariância foram realizadas nesse estudo com o objetivo de diferenciar e esclarecer o papel do sexo para os problemas/recursos de comportamento das crianças, e para as práticas parentais. Considera-se que hipótese inicial de que haveria diferenças entre meninos e meninas quanto ao comportamento foi parcialmente confirmada, sendo que ser um menino foi um preditor importante de problemas de comportamento externalizante, mas ser uma menina não se associou aos sintomas emocionais. Mais especificamente, ser um menino foi identificado como um fator de risco mais importante do que a depressão materna para o total de problemas, problemas de relacionamento, problemas de conduta e baixos níveis de recursos pró-sociais. Outros estudos também destacaram maiores riscos para os meninos, tanto na exposição à depressão materna, quanto às práticas parentais negativas (Zubizarreta et

al., 2019; Wang, 2018; Castelao & Kroner-Herwig, 2013). Esses dados apontam para a importância de se observar e considerar atentamente as diferenças entre e meninos e meninas, não apenas em intervenções direcionadas às mães, mas em programas de prevenção aplicados nas escolas, uma vez que os meninos parecem ser mais exigidos e menos favorecidos quanto ao desenvolvimento de recursos.

O segundo modelo das análises de covariância foi testado com a depressão materna como variável independente, controlando o efeito do sexo para as práticas parentais maternas. Verificou-se que, para o *iep* (que indica a predominância de práticas parentais negativas), e para o total de práticas parentais negativas maternas, a depressão materna manteve efeito significativo ao controlar-se o efeito do sexo das crianças, sendo relevante para o aumento no relato de práticas negativas pelas mães. O mesmo resultado referente ao efeito preditivo da depressão materna foi identificado para as práticas específicas de punição inconsistente e disciplina relaxada. Para a monitoria negativa, a depressão materna perdeu o efeito ao se controlar o sexo das crianças, indicando que ser menino teve um efeito mais importante para essa prática.

Na predição das práticas parentais, a depressão materna se destacou em relação ao sexo das crianças, explicando quatro dos nove desfechos: *iep*, total de práticas negativas, punição inconsistente e disciplina relaxada. Esse resultado é concordante com o que foi discutido nos tópicos anteriores e com o que é apontado pela literatura da área, que demonstra de forma consistente que a sintomatologia depressiva tem um impacto relevante para as práticas maternas e para os modos como as mães se relacionam e cuidam de suas crianças.

A única prática parental específica explicada pelo sexo foi a monitoria negativa, mais relatada pelas mães dos meninos. Considera-se que esse dado possa ser explicado de forma sócio-cultural, conforme foi detalhado no tópico anterior, especificamente em concordância com a metánalise de Endendijk et al. (2016). Pode-se pensar que, ainda que o excesso de controle por parte das mães possa advir de uma tentativa de educar e adaptar o comportamento, os meninos da amostra demonstraram riscos maiores de problemas quando comparados às meninas, sugerindo a ineficácia e o caráter negativo da prática de monitoria negativa, caracterizada como uma prática de baixo afeto.

No que se refere às análises de regressão linear multivariadas, foram considerados como desfechos as escalas de problemas do SDQ, geral e específicas (Total de Problemas, Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas). Como variáveis independentes ou preditoras, foram testadas e incluídas: a depressão materna, as práticas negativas específicas e o sexo das

crianças. Considerando o modelo de regressão, verificou-se que a maior variância explicada (quase 45%) foi com relação ao escore do total de dificuldades, o que é esperado por ser um desfecho mais geral, que reúne as dificuldades tanto do eixo internalizante quanto do externalizante. Destacaram-se como preditores do escore total de dificuldades o sexo masculino e as práticas parentais específicas de negligência, abuso físico e disciplina relaxada

Ressalta-se que a negligência destacou-se entre as demais variáveis independentes incluídas, explicando todos os desfechos de problemas infantis e sendo a única variável a explicar a hiperatividade e os sintomas emocionais. Quanto ao escore total de problemas e às escalas de Problemas de Conduta e Problemas de Relacionamento com os Colegas, os preditores identificados foram o sexo masculino e a prática específica de abuso físico. E, por último, a prática de disciplina relaxada foi preditora do total de problemas de comportamento, e da escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas.

A partir destes dados pode se considerar que a hipótese geral do estudo não foi confirmada. Dentre as variáveis inseridas nos modelos de regressão multivariada, a depressão materna não permaneceu no modelo como variável preditora, enquanto as práticas parentais e o sexo das crianças se destacaram quanto ao poder explicativo das variáveis. Nesse sentido, pode-se considerar que os aspectos individuais das mães (no sentido da sintomatologia depressiva), foram secundários aos aspectos relacionais e formas de interações das mães com seus filhos; e secundários às características individuais das crianças (sexo). Considerando o estudo de Barroso & Machado quanto aos determinantes de uma parentalidade eficiente, pode se pensar que na amostra estudada ficaram destacadas como relevantes as habilidades das mães quanto à regulação de suas ações e à sua sensibilidade para observar e reconhecer as necessidades específicas de suas crianças, além da importância de se compreender as crianças em suas individualidades e peculiaridades em relação ao sexo.

Entretanto, ainda que a depressão materna não tenha permanecido no modelo, as práticas parentais específicas destacadas como variáveis preditoras explicativas foram a *negligência*, o *abuso físico* e a *disciplina relaxada*, práticas estas que, ainda que caracterizadas de formas diferentes, refletem muito do humor e afeto depressivo das mães. Pode-se pensar, portanto, que a sintomatologia depressiva materna pode ter estado presente na base dos repertórios das práticas, impactando-as negativamente. Essa hipótese também se baseia nas análises de covariância, nas quais a depressão materna explicou o total de práticas negativas e a disciplina relaxada; e pelas análises de correlação, nas quais a depressão materna se associou ao total de práticas negativas, ao abuso físico e à disciplina relaxada. Tais dados reiteram que, na presente amostra, a depressão materna pode ser caracterizada como uma

condição de adversidade que se mostrou associada a outros riscos, como o uso de mais práticas negativas.

A prática específica de abuso físico merece destaque nessa etapa da discussão, uma vez que não foi evidenciada nas comparações entre os grupos, mas se destacou enquanto preditora de três das cinco escalas de problemas comportamentais das crianças. A relevância da punição física como prática negativa, seja ela branda ou severa, pode ser ilustrada pelo estudo de metanálise de Gershoff e Grogan-Kaylor (2016), que analisou os efeitos de tapas/palmadas para desfechos infantis. Dentre os 75 estudos analisados, a palmada foi associada a treze desfechos de problemas das crianças, tais como aumento de agressividade, comportamento anti-social, problemas internalizantes e externalizantes, problemas de saúde mental, prejuízos nos relacionamentos com os pais, má internalização de preceitos morais, menores habilidades cognitivas, e baixa auto-estima. No presente estudo, o instrumento utilizado não qualifica a intensidade da punição, contudo pode-se verificar que o abuso físico teve efeitos negativos significativos para a amostra estudada, o que guarda relação com a metanálise citada. Ressalta-se ainda que, no Brasil, as práticas de tapinhas e palmadas são muito comuns, sendo que os dados do presente estudo poderão contribuir para subsidiar o conhecimento dos pais quanto a este assunto, de abordagem tipicamente delicada.

Considerando o perfil da presente amostra, ressalta-se que a maioria das famílias apresentou mães com escolaridade média, configuração familiar biparental e depressão atual ausente ou de nível leve a moderada, caracterizando condições reconhecidas como de proteção. Verificou-se, entretanto, que a maior parte das mães relatou não fazer ou nunca ter feito tratamento por meio de medicação ou psicoterapia. Pode-se pensar, portanto, que se tratam de mulheres que convivem/conviveram com a depressão há muito tempo e que, apesar de preservarem muitas de suas funções, dentre as quais exercerem um trabalho remunerado, podem ter sofrido prejuízos no desenvolvimento de seu repertório de práticas parentais e nos seus modos de se relacionar com suas crianças, como apontado por Ahun et al., (2017) quanto ao impacto da vivencia de um episódio único de depressão no passado. As práticas parentais que se destacaram no modelo de regressão multivariada (negligência, abuso físico e disciplina relaxada) analisadas por seus aspectos mais objetivos de ações, tais como omissão de cuidados, agressões, punição física, permissividade e não imposição de limites, são práticas passíveis de aprendizagem em programas preventivos/interventivos, desde que associados a cuidados mais específicos em saúde mental, que contemplem também a dimensão de humor e emoções das mães, por meio do tratamento da depressão.

Assim, o presente estudo destaca a importância da divulgação de cuidados de saúde mental e de programas de intervenção para além da comunidade científica e não apenas direcionadas para mães de amostras reconhecidas como clínicas. Ações voltadas à população geral e divulgadas em ambientes importantes ao cuidado infantil, como as escolas, poderão beneficiar amplamente tanto mães como crianças quanto à saúde mental. Destaca-se ainda a importância de investimentos para o desenvolvimento e aprendizagem das práticas positivas quando da orientação de mães, evidenciadas como importantes fatores de proteção para o comportamento e para o desenvolvimento emocional de crianças; e com relação ao papel significativo do sexo, variável ainda pouco considerada no âmbito da parentalidade. Faz-se necessário considerar as peculiaridades das práticas parentais, especialmente com relação aos meninos, atentando para o significado sociocultural das interações entre mães e crianças, e para a necessidade de mais estudos com amostras em que definam e contemplem esses aspectos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse tópico serão destacados os limites e contribuições do estudo. O presente estudo teve como objetivo geral verificar os efeitos preditivos da depressão materna, das práticas parentais das mães e do sexo das crianças para os desfechos comportamentais de meninos e meninas em idade escolar, utilizando-se o enfoque teórico da psicopatologia do desenvolvimento. Os dados gerais demonstraram, com uma amostra da comunidade, o efeito diferenciado das variáveis estudadas, evidenciando a depressão materna como uma adversidade, que, associada às práticas parentais negativas, teve impacto negativo para o comportamento de meninos e meninas.

Faz-se necessário considerar alguns limites metodológicos do presente estudo, referentes ao delineamento e à avaliação clínica das mães. O delineamento transversal empregado limitou a observação da continuidade temporal no que se refere à influência da depressão materna para o comportamento das crianças, além de impossibilitar a verificação de possíveis mudanças na saúde mental materna e consequentes alterações nas práticas parentais. A característica transversal do estudo também impediu compreensões causais em relação aos processos estudados. Destaca-se também que não foram avaliados aspectos de gravidade e cronicidade das manifestações depressivas, tendo sido incluídas mulheres com sintomatologia predominantemente leve e moderada, sem tratamento.

Em contrapartida, ressaltam-se alguns cuidados metodológicos adotados que contribuíram para a qualidade do estudo, a saber: a avaliação sistemática da depressão materna por meio de instrumento de rastreamento e de entrevista diagnóstica, conduzida por avaliadoras treinadas e com experiência clínica; a inclusão da avaliação tanto das práticas parentais positivas quanto das negativas, o que favoreceu o conhecimento sobre a influência diferenciada das mesmas; e a exclusão de crianças que possuíam alguma limitação intelectual, conforme avaliação pelo Raven, de modo que os indicadores comportamentais não sofressem influência deste tipo de viés.

Dentro dos limites já referidos, considera-se que os objetivos do estudo foram contemplados, tendo como principal contribuição a ampliação do conhecimento sobre o impacto diferenciado da depressão materna, das práticas positivas e negativas, e do sexo das crianças para indicadores diversos do comportamento de escolares, tanto de problemas, como de recursos. O estudo avançou, sobretudo, no reconhecimento da importância das variáveis associadas à depressão materna, com destaque para as práticas parentais negativas, relativas à negligência e ao abuso físico, que apresentaram maior poder explicativo que a depressão

materna na predição de mais problemas comportamentais das crianças. Destaca-se ainda, que ao abordar o sexo das crianças como variável independente, o estudo favoreceu avanços quanto às peculiaridades das práticas parentais maternas para meninos e meninas, assim como evidenciou que o sexo masculino, na amostra estudada, constituiu-se em um fator de risco mais importante do que a depressão materna para o aumento dos problemas e diminuição dos recursos de comportamento. Tal dado é relevante, pois a socialização constitui-se em uma tarefa de desenvolvimento essencial para o período escolar.

Do ponto de vista da aplicabilidade ressalta-se que esses dados podem contribuir como norteadores para o planejamento de programas de prevenção e intervenção mais efetivos, diferenciando meninos e meninas quanto à suas necessidades específicas. Assim, indica-se que as orientações quanto às práticas parentais de cuidados infantis sejam conduzidas com dois focos: direcionadas para mães de amostras da população geral, envolvendo a divulgação em ambientes comunitários, como as escolas; e enfatizando a relevância da aprendizagem das práticas positivas quando da presença da depressão materna.

REFERÊNCIAS

Referências

Achenbach, T. M., Becker, A, Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatric, 49*(3), 251-275. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x

Ahmed, A., Bowen, A., Feng, C. & Muhajarine, N. (2019). Trajectories of maternal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to five years postpartum and their prenatal predictors. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(26). https://doi.org/10.1186/s12884-019-2177-y

Ahun, M. N., et al. (2017). Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. European Child & Adolescent Psychiatry, 27(7), 921-932. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1096-6

Alegre, A., Benson, M. J. & Perez-Escoda, N. (2013). Maternal warmth and early adolescents' internalizing symptoms and externalizing behavior: mediation via emotional insecurity. Journal of Early Adolescence, 34(6), 712–735. https://doi.org/10.1177/0272431613501408.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais: DSM-V***.** Porto Alegre: Artmed.

Andrade, L. H., et al. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Plos One***,** *7*(2), 1328-1337. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879

Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F. & Duarte, J. L. M. (1999.) *Manual das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven*: Escala Especial. São Paulo: Centro Editor de Testes em Psicologia.

Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R., & Uher, R. (2012). Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 124–129. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.092346.

Barroso, R. G. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes daparentalidade. PSYCHOLOGICA, 52(1), 211-229. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-1_10

Blatt-Eisengart, I., Drabick, D. A. G., Monahan, K, C. & Steinberg, L. (2009). Sex differences in the longitudinal relations among family risk factors and childhood externalizing symptoms. *Developmental Psychology, 45*, 491–502. https://doi.org/10.1037/a0014942

Bödeker, K., et al. (2019). Impact of Maternal Early Life Maltreatment and Maternal History of Depression on Child Psychopathology: Mediating Role of Maternal Sensitivity? Child Psychiatry & Human Development, 50, 278–290. https://doi.org/10.1007/s10578-018-0839-z

Bolsoni-Silva, A. T. & Marturano, E. M. (2007). A qualidade da interação positiva e da consistência parental na sua relação com problemas de comportamentos de pré-escolares. *Interamerican Journal of Psychology, 41*, 349-358. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902007000300010&lng=pt&tlng=pt.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R. & Marturano, E. M. (2016). Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico, 47*(2), 111-120. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.20806.

Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M. & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organization, 87*(5), 336–344. https://doi.org/10.2471/BLT.07.043125

Brasil. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA - *Estatuto da Criança e do Adolescente*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

Burt, S. A., Mikolajewski, A. J., & Larson, C. L. (2009). Do aggression and rule-breaking have different interpersonal correlates? A study of antisocial behavior subtypes, negative affect, and hostile perceptions of others. *Aggressive Behavior, 35*(6), 453-461. https://doi.org/10.1002/ab.20324

Calzada, E. J., Sales, A. & O'Garaa, J. L. (2019). Maternal depression and acculturative stress impacts on Mexican-origin children through authoritarian parenting. Journal of Applied Developmental Psychology, 63, 65–75. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.05.001

Campezatto, P. von M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(3), 376-388. https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300005

Castelao, C. F. & Kroner-Herwig, B. (2014). Developmental trajectories and predictors of externalizing behavior: a comparison of girls and boys. Journal of Youth and Adolescence, 43, 775–789. https://doi.org/10.1007/s10964-013-0011-9

Charrois, J., et al. (2019). Maternal depression in early childhood and child emotional and behavioral outcomes at school age: examining the roles of preschool childcare quality and current maternal depression symptomatology. European Child & Adolescent Psychiatry, 28, 1-12. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01385-7

Cicchetti, D. & Handley, E. D. (2019). Child maltreatment and the development of substance use and disorder. *Neurobiology of Stress, 10*, 100-144. https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100144

Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Developmental Psychopathology, 8*, 597–600. https://doi.org/10.1017/S0954579400007318

Cui, N; Deatrick, J. A. & Liu, J. (2018). Maternal and paternal physical abuse: Unique and joint associations with child behavioral problems. *Child Abuse and Negect, 76*, 524–532. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.003.

Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process.* New York: The Guilford Press.

Cunha, R. V. D., Bastos, G. A. N., De Luca, G. F. D. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 15*, 346-354. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M. & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159. https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200028

Dette-Hagenmeyer, D. E. & Reichle, B. (2014) Parents' depressive symptoms and children's adjustment over time are mediated by parenting, but differentially for fathers and mothers. *European Journal of Developmental Psychology, 12*, 196–210. https://doi.org/10.1080/17405629.2013.848789

Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C. & Pascuzzo, K. (2013). Behavior problems in middle childhood: the predictive role of maternal distress, child attachment, and mother–child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 1311–1324. https://doi.org/10.1007/s10802-013-9764-6

Dubowitz, H. (2013). Neglect in Children. *Pediatric Annals, 42*(4), 73–77. https://doi.org/10.3928/00904481-20130326-11

Endendijk, J. J., Groeneveld, M. G., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Mesman, J. (2016). Gender-Differentiated Parenting Revisited: Meta-Analysis Reveals Very Few Differences in Parental Control of Boys and Girls. *PLoS ONE, 11*(7), 159-193. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159193

Fleitlich, B. & Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal, 323*, 599-600. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.599

Gallitto, E. (2015) Temperament as a moderator of the effects of parenting on children's behavior. *Developmental Psychopathology, 27*, 757–73. https://doi.org/10.1017/S0954579414000753

Gershoff, E. T. & Grogan-Kaylor, A. (2016) Spanking and Child Outcomes: Old Controversies and New Meta-Analyses. Journal of Family Psychology, 30(4), 453–469. https://doi.org/10.1037/fam0000191

Gomide, P. I. C. (2006). *Inventários de Estilos Parentais (IEP): Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Gonçalves, A. M. C., et al. (2018). Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 67*(2),101-109. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192.

González-Cámara, M., Osorio, A. & Reparaz, C. (2019). Measurement and Function of the Control Dimension in Parenting Styles: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(17), 31-57. https://doi.org/10.3390/ijerph16173157

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(5), 581-586. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x

Goodman, S. H., et al. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*, 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1.

Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria, 80*(2), 104-110. https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013

Hosokawa, R. & Katsura, T. (2019). Role of Parenting Style in Children's Behavioral Problems through the Transition from Preschool to Elementary School According to Gender in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(21), 33-90. https://doi.org/10.3390/ijerph16010021

Kessler, R. C., et al. (2010). Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety, 27*(4), 351-364. https://doi.org/doi:10.1002/da.20634

Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kuckertz, J. M., Colter, M., & Wiggins, J. L. (2018). Parenting mediates the impact of maternal depression on child internalizing symptoms. *Official Journal of the Anxiety and Depression Association of America, 35*(1), 1 – 112. https://doi.org/10.1002/mpr.1359

Loosli, L. & Loureiro, S. R. (2010), Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 32*(3), 94-101. https://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000001

Loosli, L., Pizeta, F. A. & Loureiro, S. R. (2016). Escolares que Convivem com a Depressão Materna Recorrente: Diferenças entre os Sexos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(3), 1-10. https://doi.org/10.1590/0102-3772e32322.

Lopes, C. S., Hellwig, N., Silva, G. A., Menezes, P. R. (2016). Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *International Journal for Equity in Health, 15*, 154. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal Depression And Parenting Behavior: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, *20*(5), 561–592. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7

Mariano, M. (2015). *Práticas educativas de professores, habilidades sociais e problemas de comportamento: um estudo comparativo, correlacional e preditivo.* Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. Bauru, São Paulo. <http://hdl.handle.net/11449/123703>.

Maroco, J. (2014). *Análise de equações estruturais:* fundamentos teóricos, software & aplicações. Pêro Pinheiro: Report Number. 400p.

Marturano, E. M. & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In: Del Prette, A. & Del Prette, A. A. P. (Org.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Editora Alínea.

Masten, A. S., & Gerwitz, A. H. (2006).Vulnerability and resilience in early child development. In: K. McCartney, & D. Phillips, *Blackwell handbook of early childhood development*. (pp. 22-43). United Kingdom: Blackwell Publishing.

Mendes, A. V., Loureiro, S. R. & Crippa, J. A. S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. (2008). *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*, 178-86. https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000500002

Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse & Neglect C, 77, 198-210. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006

Muniz, M.; Gomes, C. M. A. & Pasian, S. R. (2016). Factor structure of Raven's Coloured Progressive Matrices. Psico-USF, 21(2), 259-272 http://doi.org/10.1590/1413-82712016210204

Nantel-Vivier, A., Pihl, R. O., Côté, S., & Tremblay, R. E. (2014). Developmental association of prosocial behaviour with aggression, anxiety and depression from infancy to preadolescence., *Journal of Child Psychology and Psychiatry 55*(10), 1135-1144. https://doi.org/10.1111/jcpp.12235

O'Connor, E. E., Langer, D. A., & Tompson, M. C. (2017). Maternal depression and youth internalizing and externalizing symptomatology: severity and chronicity of past maternal depression and current maternal depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 557-568. https://doi.org/10.1007/s10802-016-0185-1

ONU/UNICEF (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança. New York: UNICEF. http://www.unicef.pt/doc/pdf_pub/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Orri, M., et al. (2019). Harsh parenting practices mediate the association between parent affective profiles and child adjustment outcomes: Differential associations for mothers and fathers. International Journal of Behavioral Development, 43(1), 53–60. https://doi.org/10.1177/0165025418769376

Osório, F. Mendes, A. V., Crippa, J. A. & Loureiro, S. R. (2009). Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care, 45*(3), 216-227. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x

Paula, C. S., et al. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Brazilian Journal of Psychiatry, 37*(2), 178-179. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1606

Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Brys, I. & Lopes, R. C. S. (2014). Parenthood in the context of maternal depression at the end of the infant's first year of life. *Estudos de Psicologia, 31*(2), 203-214. http://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200006

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo, 9*(1), 67-75. http://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009

Pizato, E. C. G., Marturano, E. M. & Fontaine, A. M. G. V. (2014). Trajetórias de habilidades sociais e problemas de comportamento no Ensino Fundamental: influência da educação infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 27*(1), 189-197. https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100021

Pizeta, F. A., Silva, T. B. F., Cartafina, M. I. B. & Loureiro, S. R. (2013). Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: Uma revisão. *Estudos de Psicologia, 18*(3), 429-437. https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300003

Polanczyk, G. V., Salum, G., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345-365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381

Psychogiou, L., & Parry, E. (2014). Why do depressed individuals have difficulties in their parenting role? Editorial. Psychological Medicine, 1-3. https://doi.org/10.1017/S0033291713001931

Rajyaguru, P., Moran, P., Cordero, M. & Pearson, R. (2019) Disciplinary Parenting Practice and Child Mental Health: Evidence From the UK Millennium Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(1), 108-116. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.033

Reising, M. M., Watson, K. H., Hardcastle, E. J., Merchant, M. J., Roberts, L., Forehand, R., & Compas, B. E. (2013). Parental depression and economic disadvantage: the role of parenting in associations with internalizing and externalizing symptoms in children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 22*(30), 335-343. https://doi.org/10.1007/s10826-012-9582-4

Rodrigues, O. M. P. R., & Nogueira, S. C. (2016). Práticas Educativas e Indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse Maternos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(1), 35-44. https://doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. The *American Orthopsychiatric Association, Inc, 57*(3), 316-331. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding.*Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 1-12. 1 https://doi.org/10.1196/annals.1376.002

Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1029–1115. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00194

Sampaio, I. T. A. (2007). Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 17*(2), 144-152. https://doi.org/10.7322/jhgd.19841

Shaw, D. S., Sitnick, S. L., Reuben, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2016). Transactional effects among maternal depression, neighborhood deprivation, and child conduct problems from early childhood through adolescence: A tale of two low-income samples. *Development and Psychopathology, 28*, 819-836. . https://doi.org/10.1017/S095457941600033X

Spitzer R., Kroenke, K., & Williams, J. (1999). Validation and utility of a self-report Version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. Journal *of the American Medical Association, 282*(18), 1737-1744. https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., de Gruy, F.V. 3rd, Hahn, S. R., Brody, D. & Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Association, 272*, 1749-1756. https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029

Stein, A., et al. (2012). Maternal Cognitions and Mother-Infant Interaction in Postnatal Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 795-809. https://doi.org/10.1037/a0026847

Stevens, M. (2018). Preventing at-risk children from developing antisocial and criminal behaviour: a longitudinal study examining the role of parenting, community and societal factors in middle childhood. BMC *Psychology, 40*(6). https://doi.org/10.1186/s40359-018-0254-z.

Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal Psychiatry Related Sciences, 47*(2), 95-104. http://doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2010_2_2.pdf

Vafaeenejad, Z., Elyasi, F., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2018). Psychological factors contributing to parenting styles: A systematic review. *F1000Research, 7*. https://doi.org/10.12688/f1000research.14978.2

van der Molen, E., Hipwell, A. E., Vermeiren, R., & Loeber, R. (2011). Maternal Characteristics Predicting Young Girls' Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(2), 179-190. https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546042

van Doorn, M. M. E. M., et al. (2016). Does mother–child interaction mediate the relation between maternal depressive symptoms and children's mental health problems? Journal *of Child and Family Studies, 25*, 1257-1268. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0309-1

Verkuijl, N. E., et al. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *The Lancet Psychiatry, 1*(6), 454-460. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70361-X

Wang, Y. (2018). Intergenerational Transmission of Depressive Symptoms: The Role of Parental Negative Perceptions and Behaviors. *Child Psychiatry & Human Development,49*(1), 123-136. https://doi.org/10.1007/s10578-017-0734-z

Wei, C., Swan, A. J., Makover, H. B. & Kendall, P. C. (2017). A Multi-Informant Examination of Maternal Symptoms and Autonomy Granting in Youth Anxiety. *Child Psychiatry and Human Development, 48*, 1001–1009. https://doi.org/10.1007/s10578-017-0722-3

Woerner, W., et al. (2004). The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(2), 47-54. https://doi.org/10.1007/s00787-004-2008-0

Wolford, S. N., Cooper, A. N. & McWey, L. M. (2019). Maternal depression, maltreatment history, and child outcomes: The role of harsh parenting. *American Journal of Orthopsychiatry, 89*(2), 181-191. https://doi.org/10.1037/ort0000365

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Genebra. https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Yule, K., Houston, J. & Grych, J. (2019) Resilience in Children Exposed to Violence: A Meta-analysis of Protective Factors Across Ecological Contexts. *Clinical Child and Family Psychology Review, 22*, 406–431. https://doi.org/10.1007/s10567-019-00293-1

Zalewski, M., Thompson, S. F., & Lengua, L. J. (2017). Parenting as a Moderator of the Effects of Maternal Depressive Symptoms on Preadolescent Adjustment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(4), 563-572. https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1030752

Zubizarreta, A., Calvete, E. & Hankin, B. L. (2019). Punitive Parenting Style and Psychological Problems in Childhood:The Moderating Role of Warmth and Temperament. *Journal of Child and Family Studies, 28*, 233–244. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1258-2

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES

Nome da pesquisa: Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças

Pesquisadoras Responsáveis:
Thaysa Brinck Fernandes Silva – Psicóloga – CRP 04/29828 - Telefone: (34)99148-6367
Marianna Ramos e Oliveira – Psicóloga – CRP 04/4301 – Telefone: (34)99666-4929

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro – CRP: 06/0347 - Telefone: (16)3602-2416

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças", por ser mulher, mãe e ter um filho(a) em idade escolar. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Estamos interessados em estudar como situações familiares, dentre elas a experiência de depressão materna, podem influenciar o comportamento do seu filho(a). Para isso, pretendemos estudar famílias em que as mães já tiveram a experiência de depressão e famílias sem esta experiência. O objetivo deste estudo é verificar as associações entre saúde mental materna, a percepção dos afetos e as práticas educativas utilizadas por mães, e suas influências para o comportamento dos filhos em idade escolar, o que pode ser útil para o planejamento de orientação a pais e para a prevenção de dificuldades das crianças, e caso você participe, será necessário responder algumas avaliações em forma de questionários e entrevista em duas sessões de aproximadamente uma hora.

Os questionários a serem respondidos abordarão questões diversas, a saber: presença ou ausência de sintomas de depressão (ex.: Durante as duas últimas semanas, com qual frequência você se sentiu "pra baixo", deprimida ou sem perspectiva?); afetos predominantes (ex.: Ando muito preocupado nos últimos tempos / Sou determinada para conseguir o que eu quero); práticas educativas utilizadas (questões sobre monitoria dos filhos, comportamento moral, disciplina e uso de punição); e o comportamento de seu filho(a) (ex.: É solitário, prefere brincar sozinho / Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem).

Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a você. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificada com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não acarretará nenhum prejuízo a mim. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____Doc. Identidade: _____

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34)3318-5776.

APÊNDICE B

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CRIANÇAS

Nome da pesquisa: Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças

Pesquisadoras Responsáveis:
Thaysa Brinck Fernandes Silva – Psicóloga – CRP 04/29828 - Telefone: (34)99148-6367
Marianna Ramos e Oliveira – Psicóloga – CRP 04/4301 – Telefone: (34)99666-4929

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Sonia Regina Loureiro – CRP: 06/0347 - Telefone: (16)3602-2416

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A criança sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças" por estar em idade escolar. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da criança é importante. O objetivo deste estudo é verificar as associações entre saúde mental materna, a percepção dos afetos e as práticas educativas utilizadas por mães, e suas influências para o comportamento dos filhos em idade escolar, o que pode ser útil para o planejamento de orientação a pais e para a prevenção de dificuldades das crianças, e caso a criança participe, será necessário que ela responda a um teste psicológico de avaliação de inteligência em uma única sessão de aproximadamente 15 minutos. Trata-se de um teste não-verbal, cujos itens consistem em um desenho com uma parte faltando, abaixo do qual estão apresentadas seis alternativas, sendo que uma delas completa o desenho corretamente. A criança deverá escolher uma das alternativas como a parte que falta. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da criança.

Quanto ao seu filho(a), solicitamos a autorização para que os professores informem sobre seu comportamento, e para que possamos avaliá-lo na escola em que estuda. Para tal, já contamos com a concordância da diretora da Escola _____.

Você e a criança sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; a criança poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo a você e à criança. Pela participação da criança no estudo, você nem a criança receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da criança não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ela será identificada por um número.

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual a criança sob minha responsabilidade, _____ será submetida.

A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e a criança sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação dela na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não acarretará nenhum prejuízo a ela. Sei que o nome da criança não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação da criança no estudo, desde que ele também concorde. Por isso ela assina junto comigo este Termo de Consentimento.

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura mãe: _____Doc. Identidade: _____

Assinatura criança: _____ Doc. Identidade: _____

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34)3318-5776.

ANEXOS

ANEXO A

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO (UFTM)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças

Pesquisador: Thaysa Brinck Fernandes Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42693514.1.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Continuação do Parecer: 1.085.563

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de parecer referente a pendência relatada em 27/03/2015, parecer nº 1.012.452. Pesquisadores apresentaram as modificações solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória apresentados e em conformidade.

Recomendações:

Não há, pois pesquisadores apresentaram as modificações solicitadas no parecer de nº1.012.452.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 27/05/2015

UBERABA, 29 de Maio de 2015

Assinado por:
Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE ESCOLAR

Autorização para pesquisa em Unidade Escolar

Eu, Raquel Beatriz Dias Oliveira, diretora da Escola Municipal Ricardo Misson, de Uberaba-MG, fui informada sobre os objetivos do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças", e autorizo a realização da coleta de dados dessa pesquisa, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, na referida Unidade Escolar.

A coleta de dados só poderá ser realizada junto aos alunos, com o meu assentimento e a devida anuência de seus responsáveis, suas mães e professores, que consentirem em participar do estudo.

Poderá ser disponibilizada uma sala na qual os dados serão coletados, em dias e horários a serem definidos individualmente com cada participantem, de acordo com sua disponibilidade. Deverão ser definidos horários que não prejudiquem a rotina escolar, tanto dos alunos como dos professores, sendo que esses horários deverão der informados a essa diretoria.

Uberaba, 10 de Abril de 2016.

Assinatura

Raquel B. D. Oliveira
Decreto 0030 / 2017
Diretora Escolar III
Prefeitura Municipal de Uberaba

ANEXO C

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE ESCOLAR

Autorização para pesquisa em Unidade Escolar

Eu, Regimar Luisa Sousa Neves, diretora da Escola Municipal Frei Eugênio, de Uberaba-MG, fui informada sobre os objetivos do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças", e autorizo a realização da coleta de dados dessa pesquisa, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, na referida Unidade Escolar.

A coleta de dados só poderá ser realizada junto aos alunos, com o meu assentimento e a devida anuência de seus responsáveis, suas mães e professores, que consentirem em participar do estudo.

Poderá ser disponibilizada uma sala na qual os dados serão coletados, em dias e horários a serem definidos individualmente com cada participantem, de acordo com sua disponibilidade. Deverão ser definidos horários que não prejudiquem a rotina escolar, tanto dos alunos como dos professores, sendo que esses horários deverão der informados a essa diretoria.

Uberaba, 29 de Novembro de 2016.

Assinatura

Regimar Luisa Sousa Neves
Diretora Escolar
Decreto nº 1658 de 27/12/2013
Prefeitura Municipal de Uberaba

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE ESCOLAR

Autorização para pesquisa em Unidade Escolar

Eu, **Marilda Alves Timóteo de Carvalho**, diretora da Escola Estadual Brasil, de Uberaba-MG, fui informada sobre os objetivos do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças", e autorizo a realização da coleta de dados dessa pesquisa, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, na referida Unidade Escolar.

A coleta de dados só poderá ser realizada junto aos alunos, com o meu assentimento e a devida anuência de seus responsáveis, suas mães e professores, que consentirem em participar do estudo.

Poderá ser disponibilizada uma sala na qual os dados serão coletados, em dias e horários a serem definidos individualmente com cada participante, de acordo com sua disponibilidade. Deverão ser definidos horários que não prejudiquem a rotina escolar, tanto dos alunos como dos professores, sendo que esses horários deverão ser informados a essa diretoria.

Uberaba, 11 de novembro de 2014.

Marilda Alves Timóteo de Carvalho
Diretora – Escola Estadual Brasil

Marilda Alves T. de Carvalho
Diretora - Masp. 330808 - 7
Ato SEE de 12/01/2012
Art. 7 º Lei 19837 de 02/12/11

ANEXO E

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE ESCOLAR

Autorização para pesquisa em Unidade Escolar

Eu, Gislene de Freitas Rocha, diretora da Escola Municipal Uberaba, de Uberaba-MG, fui informada sobre os objetivos do estudo "Depressão materna, afetos negativos e práticas educativas parentais: associações com os problemas comportamentais de crianças", e autorizo a realização da coleta de dados dessa pesquisa, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, na referida Unidade Escolar.

A coleta de dados só poderá ser realizada junto aos alunos, com o meu assentimento e a devida anuência de seus responsáveis, suas mães e professores, que consentirem em participar do estudo.

Poderá ser disponibilizada uma sala na qual os dados serão coletados, em dias e horários a serem definidos individualmente com cada participantem, de acordo com sua disponibilidade. Deverão ser definidos horários que não prejudiquem a rotina escolar, tanto dos alunos como dos professores, sendo que esses horários deverão der informados a essa diretoria.

Uberaba, 10 de Abril de 2016.

Assinatura

Gislene de Freitas Rocha
DIRETORA ESCOLAR IV
DECRETO Nº 030 07/01/2017