

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO
DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM**

SÁRIA CRISTINA NOGUEIRA

**PRÁTICAS PARENTAIS E INDICADORES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
ESTRESSE MATERNOS**

Bauru

2013

SÁRIA CRISTINA NOGUEIRA

**PRÁTICAS PARENTAIS E INDICADORES DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
ESTRESSE MATERNOS**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof^a. Adj^a. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues.

Bauru

2013

Nogueira, Sária Cristina.

Práticas parentais e indicadores de ansiedade,
depressão e estresse maternos / Sária Cristina
Nogueira, 2013

119 f.

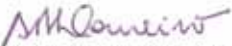
Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2013

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE SÁRIA CRISTINA NOGUEIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 28 dias do mês de junho do ano de 2013, às 08:30 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SONIA REGINA LOUREIRO do(a) Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Profa. Dra. PAULA INEZ CUNHA GOMIDE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade Evangélica do Paraná, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de SÁRIA CRISTINA NOGUEIRA, intitulada "Práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVA DQX _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES


Profa. Dra. SONIA REGINA LOUREIRO


Profa. Dra. PAULA INEZ CUNHA GOMIDE

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida que nos deu e pela força, amor e misericórdia com que nos conduz: “A cada nova experiência eu Te glorifico mais. Te ter é a maior diferença em mim.”

À minha orientadora Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, que desde os tempos de Iniciação Científica foi um exemplo de profissionalismo e de amizade. Obrigada pelos trabalhos, viagens, congressos, conselhos, confraternizações e lembranças. Com certeza sua presença em minha vida me fez uma pessoa melhor.

Aos meus pais Cássia e Mauro, pela vida e pela criação que me deram e pelo incentivo aos estudos. Sou muito feliz por ter pais como vocês, e agradeço a Deus pela nossa família, que sempre me apoia nas minhas escolhas e nos desafios que resolvo enfrentar. Graças a vocês, tudo o que me comprometo a fazer frutifica.

À minha irmã Maria Letícia, que compartilhou comigo a vida de estudante na cidade de Bauru. Mana, você foi essencial no incentivo para que eu trilhasse a carreira acadêmica, e sei que você sempre esteve torcendo por mim. Sempre torço por você também!

Aos meus irmãos Mauro Giovani e Giovana Maria, por me ensinarem a compartilhar o amor que existe na nossa família. São preciosos e sabem que faço o que puder por vocês!

Ao meu namorado Otávio Augusto, que compartilhou momentos felizes e tristes comigo, construindo uma relação de amizade, amor e respeito, ensinando-me que as pessoas podem sempre mudar e entender umas às outras. Obrigada por ter me apoiado nas decisões que tomei na vida, você sabia que tudo era importante pra mim!

Aos meus avós Maria Eunice, Joana, Walter, Adão (*in memoriam*), que desde o começo da trajetória profissional estavam presentes, ajudando no que fosse preciso e orando para que Deus cuidasse de mim.

A meu tio Luis Paulo, pela pessoa admirável que é e pelas tantas caronas. À Desálvia, pela amizade e ajuda em todas as horas. A ambos, pela alegria de tê-los como tios!

Agradeço aos tios Nica, Márcio, Doca, Teresa e Adão e à Daniela pela convivência familiar, pela torcida de sempre, e por abrilhantarem os eventos familiares com sua alegria. Com certeza esses momentos proporcionaram energia à minha caminhada.

Aos primos Isadora, Pâmella, Vítor, Felipe, crianças que sempre nos ensinam algo simples da vida, pelo carinho e tumulto nos almoços familiares.

À professora Alessandra Turini Bolsoni- Silva que, desde os tempos de graduação, foi um exemplo de responsabilidade, competência e amizade.

Às professoras Sandra Leal Calais, Sônia Regina Loureiro e Paula Inês Cunha Gomide, por aceitarem participar da banca de qualificação e de defesa, contribuindo com seu conhecimento e dedicando seu tempo para debater meu trabalho.

Ao professor Lobo e sua esposa Alice, que desde os tempos do Ensino Médio foram umas das primeiras pessoas que acreditaram que eu era capaz, agradeço por me ajudarem a iniciar minha carreira.

À Telma Maria Ribeiro, pela presença especial na minha vida acadêmica, pelo incentivo à vida profissional e pela ajuda na quebra de obstáculos de ordem emocional. Muito obrigada!

Ao Carlos Gustavo, meu grande amigo, pelo apoio em muitos momentos, pelas conversas e pela alegria que eu sempre vi estampada em seu rosto sempre que eu te contava de alguma conquista.

Ao Tiago Santi, agradeço pelas conversas, risadas e momentos de descontração. Que a amizade aumente a cada dia!

À Andréia Paulo Matias e Jesiel Matias, por terem tantas vezes me acolhido em sua casa e se tornarem verdadeiros amigos. Muito obrigada! Espero poder voltar sempre a esta terra da qual tanto aprendi a gostar.

Ao meu querido amigo Fábio Augusto Grecchi, que tão cedo partiu desta vida, deixando saudades, agradeço pela presença tão marcante na minha vida. “Pois seja o que vier, venha o

que vier, qualquer dia, amigo, eu volto a te encontrar. Qualquer dia, amigo, a gente vai se encontrar.”

À Elisa Rachel Pisani Altafim e Rafaela de Almeida Schiavo, amigas sempre presentes nos momentos acadêmicos, que me ajudaram a aprender muito nesta jornada, sempre dispostas a me ajudar, sempre dispostas a me ensinar estatística... Obrigada, meninas! Vocês estão sempre no meu coração!

À querida amiga Mariana Biffi, por ter compartilhado suas coletas de dados e sua amizade, por termos nos lançado ao estudo da saúde mental materna, muito complementando na minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço também minhas amigas Ludmila Limonti de Souza e Maithê Cristina Uliana, que estiveram presentes em momentos felizes e tristes, compartilhando comigo uma fase muito especial da minha vida. Por isso, mesmo à distância, são flores raras que cultivo em meu jardim!

À prefeitura do município de Angatuba, por ter apoiado o projeto de pesquisa, colocando-se à disposição para o trabalho com as mães.

Às mães que se dispuseram a participar da presente pesquisa, muito obrigada! Espero que este estudo possa contribuir para ajudar na diminuição do sofrimento psíquico de todas as mulheres que se lançam ao desafio de ser mãe!

Aos amigos Alessandra Cavaliere, Aneliza Torquato, Cristiane Ozaka, Daniele Santoro, Fernando Henrique, Fernando Luchesi, Heloísa Cambuí, Laiza Vilela, Leda Rodrigues, Mariani Ribas, Priscila Kanamota, , Raquel Spaziani, Vivian Bonani de Souza, companheiros da jornada na busca pelo título de mestre. Parabéns a todos nós!

Às meninas do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” pela ajuda na coleta de dados e amizade.

À FAPESP, pelo apoio financeiro nesses anos de pesquisa. Sinto-me honrada em ter um projeto financiado por esta agência.

*"Seja inato ou adquirido, o comportamento é selecionado por suas
consequências".
(Skinner, 1983, p.155)*

NOGUEIRA, S. C. **Práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2013.

RESUMO

Práticas parentais são comportamentos emitidos pelos pais, determinados por variáveis sociodemográficas e características maternas, para educar, socializar e controlar os comportamentos de seus filhos. A literatura aponta para a existência de práticas parentais positivas e negativas que influenciam o desenvolvimento infantil desde os primeiros meses de vida. O presente estudo objetivou descrever, comparar e associar as práticas parentais de mães de bebês, os indicadores de saúde mental materna e variáveis sociodemográficas. Os instrumentos utilizados para avaliação foram: Inventário de Estilos Parentais de Mães de Bebês (IEPMB), Inventário de Depressão Beck (BDI-II), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Participaram 100 mães de bebês com seis a 12 meses de idade que frequentavam um projeto de extensão cujo objetivo era monitorar o desenvolvimento de bebês até 12 meses. As mães que foram convidadas e que aceitaram participar deste estudo, responderam os instrumentos individualmente em horário previamente agendado, em uma sala de uma clínica escola de Psicologia. Os resultados apontaram que mães de bebês apresentaram alta frequência da prática de Monitoria Positiva, mas, também alta frequência de Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada. Mães com mais filhos apresentaram alta frequência de todas as práticas negativas avaliadas enquanto que mães de família nuclear apresentaram alta frequência de Negligência e mães com escolaridade mais baixa alta frequência de práticas negativas e baixa de Monitoria Positiva. Considerando a presença de indicadores de saúde mental observou-se que mães com estresse e mães com Ansiedade-Traço em nível clínico utilizam mais as práticas de Punição Inconsistente quando comparadas às mães sem estresse e às mães com Ansiedade-Traço controlada. Além disso, verificou-se correlação entre nível de estresse materno e uso das práticas de Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada, apontando que mães com níveis maiores de estresse utilizam-se mais dessas práticas. Níveis clínicos para Ansiedade-Estado foram relacionados a usos mais frequente de Punição Inconsistente, enquanto que os níveis clínicos para Ansiedade-Traço foram correlacionados a maior frequência na utilização de práticas de Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada. Indicadores de Disforia/Depressão maternos foram correlacionados com uso mais frequente de Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Negligência. Sobre a análise dos grupos contrastantes com e sem indicadores clínicos de saúde mental, os resultados apontaram que a presença de ansiedade, depressão e estresse tendem a influenciar as práticas parentais emitidas, especialmente a prática negativa de Punição Inconsistente. Os dados apontam para a relevância de atenção à saúde mental materna bem como às práticas educativas parentais por elas utilizadas. Estudos que promovam o aumento da utilização de práticas parentais positivas e diminuição das negativas, considerando as variáveis emocionais maternas, podem auxiliar no desenvolvimento adequado dos filhos. Para isso são necessários estudos com populações maiores que referendem ou refutem os dados encontrados.

Palavras-chave: Práticas Parentais; Depressão Materna; Ansiedade Materna; Estresse Materno.

NOGUEIRA, S. C. **Parenting practices and indicators of anxiety, depression and maternal stress.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2013.

ABSTRACT

Parenting practices are behaviors used by parents, determined by sociodemographic and maternal characteristics, to educate, socialize and control the behavior of their children. The literature points to the existence of positive and negative parenting practices that influence child development in the first months of life. This study aimed to describe, compare and associate the parenting practices of mothers of babies, indicators of maternal mental health and sociodemographic variables. The instruments used for evaluation were: Parenting Styles Inventory Mothers of Babies (IEPMB), Beck Depression Inventory (BDI-II), Trait Anxiety Inventory-State (STAI) and Inventory of Stress Symptoms for Lipp (ISSI). Participants were 100 mothers of infants six to 12 months of age who frequented an extension project whose objective was to monitor the development of infants up to 12 months. Mothers who were invited and agreed to participate in this study completed the instruments individually at time previously scheduled, in a room of a clinical school psychology. The results showed that mothers of babies presented high frequency Practice Monitoring Positive, but also high frequency Punishment Inconsistent and Discipline Relaxed. Mothers with more children showed high frequency of all negative practices evaluated while mothers nuclear family showed high frequency of Negligence and mothers with low schooling showed high frequency of all negative practices and low Positive Monitoring. Considering the presence of mental health indicators observed that mothers with stress and Trait-Anxiety in level clinical used more practices Inconsistent Punishment when compared to mothers without stress and mothers with Trait-Anxiety controlled. In addition, there was a correlation between the level of maternal stress and use practices and Punishment Inconsistent Discipline Relaxed, showing that mothers with higher levels of stress were used more of these practices. Levels clinical for State-Anxiety were related to more frequent use of Punishment Inconsistent, while levels clinical for Trait-Anxiety were correlated with higher frequency in the use of the practices of Punishment Inconsistent and Discipline Relaxed. Indicators of Dysphoria/Depression maternal were correlated with use more frequent of Inconsistent Punishment, Discipline Relaxed and Negligence. On the analysis of contrasting groups with and without clinical indicators for mental health, the results indicated that the presence of anxiety, depression and stress tend to influence parenting practices emitted, especially the negative practice of Inconsistent Punishment. The data demonstrate the importance of maternal mental health attention as well as to parenting practices used by them. Studies that promote the increased use of positive parenting and decreased negative, considering the variables maternal emotional, can aid in proper development of children. And this requires studies with larger populations that to confirm or refute the data found.

Keywords: Parenting Practices; Maternal Depression; Maternal Anxiety; Maternal Stress.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPA - Centro de Psicologia Aplicada

UNESP- Universidade Estadual Paulista

IPO- Inventário Portage Operacionalizado

IEP- Inventário de Estilos Parentais

IEPMB- Inventário de Estilos Parentais de Mães de Bebês

BDI- II- Inventário de Depressão de Beck

IDATE – Inventário de Ansiedade Traço- Estado

ISSL- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp

RE- HSE-P – Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais

MBQS – Maternal Behavior Q- Short Form

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

PSI- SF – Parenting Stress Index- Short Form

CRPR – Child Rearing Practices Report

AVS- Asian Values Scale

PSI- Psychiatric Symptom Index

CBCL- Child Behavior Checklist

CIDI-SF – Composite Intentional Diagnostic Interview- Short Form

EPDS – Escala de Depressão Pós- Parto de Edimburg

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	Práticas educativas parentais.....	16
2.2	Fatores de risco e de proteção do desenvolvimento infantil.....	21
2.3	Saúde mental materna.....	27
2.3.1	Ansiedade materna.....	28
2.3.2	Depressão materna.....	33
2.3.3	Estresse materno.....	42
3.	OBJETIVOS.....	45
4.	MÉTODO.....	46
4.1	Aspectos éticos da pesquisa.....	46
4.2	Participantes.....	46
4.3	Local.....	44
4.4	Materiais.....	47
4.1.1	Para coleta de dados.....	47
4.1.2	Codificação dos dados.....	54
4.1.3	Para análise dos dados.....	56
5.	RESULTADOS.....	57
5.1	Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes.....	57
5.2	Práticas parentais maternas.....	58
5.2.1	Correlações entre variáveis demográficas e práticas parentais maternas.....	59
5.3	Indicadores de saúde mental das mães com relação à ansiedade, depressão e estresse.....	61
5.3.1	Ansiedade.....	61
5.3.1.1	Correlações entre os indicadores de ansiedade materna e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê.....	62
5.3.2	Depressão.....	62
5.3.2.1	Correlações entre os indicadores de depressão materna e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê.....	63
5.3.3	Estresse.....	63
5.3.3.1	Correlações entre os indicadores de estresse e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê.....	64

5.4 Comparação e correlação entre práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos.....	65
5.5 Correlação entre indicadores de depressão, ansiedade e estresse maternos.....	68
5.6 Comparação de dois grupos contrastantes de mães quanto às condições de saúde mental com relação às práticas parentais.....	69
6 DISCUSSÃO	73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
7.1 Considerações para futuros estudos.....	95
7.2 Limitações do presente estudo.....	95
8 REFERÊNCIAS.....	97
9 ANEXOS.....	108
Anexo 1: Comitê de ética.....	108
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido (modelo).....	109
Anexo 3: IEPMB.....	110
Anexo 4: Questões adaptadas do inventário de estilos parentais (iep) para o inventário de estilos parentais de mães de bebês (iepmb).....	111
Anexo 5: Análise estatística.....	112
Anexo 6: Análise estatística.....	113
Anexo 7: Análise estatística.....	114
Anexo 8: Análise estatística.....	115
Anexo 9: Análise estatística.....	116
Anexo 10: Análise estatística.....	117
Anexo 11: Análise estatística.....	118

1. INTRODUÇÃO

As práticas parentais maternas podem ser consideradas importantes variáveis no que se refere à promoção de um desenvolvimento infantil adequado. Por este motivo se considera relevante o estudo de possíveis variáveis que influenciem, de alguma maneira, os comportamentos maternos em relação ao seu filho. Entendendo a família como primeiro contexto social em que as crianças estão inseridas, ressalta-se a importância da relação entre a mãe e seu bebê como contexto de aprendizagem de comportamentos.

Há, no Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP de Bauru, o projeto de extensão universitária denominado “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco: avaliação e orientação aos pais”, que funciona desde o ano de 1999 sob a coordenação da Profa. Adjunta Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues. Esse projeto consiste na avaliação do desenvolvimento dos bebês, por meio do Inventário Portage Operacionalizado (IPO), durante todo o primeiro ano de vida dos bebês, mês a mês.

No ano de 2006 iniciou-se um programa de intervenção para mães adolescentes, com o objetivo de promover práticas parentais positivas em detrimento das práticas parentais negativas. No contexto desse grupo, eram realizadas avaliações pré e pós-teste por meio do Inventário de Estilos Parentais de Mães de Bebês (IEPMB), adaptado de Gomide (2006) por Altafim, Schiavo e Rodrigues (2008), uma vez que não havia, na literatura nacional, um instrumento para avaliar práticas parentais de mães de bebês.

Posteriormente, o programa de intervenção citado foi realizado também com mães adultas, a fim de verificar se haveriam diferenças entre as práticas parentais emitidas por mães adultas e adolescentes (ALTAFIM, 2008; NOGUEIRA, 2009). Todas as mães que participaram desses grupos interventivos responderam ao IEPMB. No entanto, as avaliações realizadas por meio do IEPMB mostraram que as práticas parentais das mães dos bebês

apresentavam uma piora após a condução do programa interventivo, havendo um aumento das práticas parentais negativas. A hipótese para tal resultado foi que a idade do bebê era a variável responsável, já que os bebês ficavam mais velhos no decorrer da intervenção.

Essa situação levou a questionamentos acerca das variáveis que estariam envolvidas na emissão das práticas parentais maternas. Além das variáveis do bebê, como a idade e o sexo, indagou-se se as variáveis emocionais maternas teriam algum papel na determinação das práticas parentais emitidas pelas mães de bebês, hipótese esta que motivou o presente estudo.

O estudo de Altafim (2012) revelou que havia práticas parentais como a Punição Inconsistente e a Monitoria Positiva que eram mais utilizadas por mães de bebês com idade entre sete a 12 meses, ao passo que as mães de bebês mais novos utilizavam-se menos dessas práticas. Assim, entendendo a idade dos bebês como uma variável relacionada à emissão das práticas parentais, considerou-se que bebês mais velhos são mais responsivos ao ambiente e, diante disso, seria oportuno avaliar as variáveis emocionais de mães de bebês com faixa etária maior (entre seis e 12 meses).

Por fim, entende-se que o sucesso das práticas de estimulação precoce de bebês, bem como a educação adequada oferecida pela família depende de fatores ligados à saúde mental materna, uma vez que as mães também precisam ser foco de intervenção para que suas práticas educativas promovam o desenvolvimento infantil adequado.

Carrara (2008) considera que os instrumentos que se baseiam no relato verbal dos indivíduos podem auxiliar na descrição das contingências presentes na história desses indivíduos, além de trabalharem com um grupo de variáveis de uma só vez. Assim, para o autor, as pesquisas de Análise Aplicada do Comportamento podem se valer de um ecletismo instrumental. No caso do presente estudo, os instrumentos são utilizados por oferecerem pistas acerca do fenômeno comportamental relacionado às variáveis maternas e do bebê, que

podem apresentar relação com as práticas parentais e com o desenvolvimento infantil, respectivamente.

Por ecletismo instrumental entende-se a variedade de instrumentos validados que podem ser utilizados na área da Psicologia. Nesse sentido, o presente estudo faz uso de instrumentos de cunho cognitivista (como o BDI-II e o IDATE), acreditando-se que tal ecletismo não representa prejuízo para o entendimento sob a ótica comportamental da saúde mental materna e das suas práticas parentais.

Afinal, de acordo com a concepção monista do Behaviorismo Radical de Skinner, os comportamentos operantes que são emitidos pelos indivíduos, assim como os comportamentos respondentes que são eliciados consistem todos em comportamentos da mesma natureza (SKINNER, 1945; 2002), ou seja, tanto sentimentos quanto comportamentos são produtos de contingências de reforçamento (TOURINHO, 1995). Assim, entendendo que o comportamento é uma relação entre estímulos antecedentes, respostas e suas consequências, o presente estudo trata de estímulos antecedentes (variáveis maternas e do bebê) e respostas (saúde mental e práticas parentais maternas), discutindo sobre as consequências envolvidas nesse contexto.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Práticas educativas parentais

Na cultura brasileira a família é considerada como o meio privilegiado para a promoção da educação infantil (GOMIDE, 2007). Rodrigues e Miranda (2001) ressaltam o papel essencial da família na socialização das crianças por constituir-se, desde o seu nascimento, seu primeiro núcleo social, cuja função consiste em ensinar repertórios comportamentais às crianças, por meio de processos de modelação e de modelagem. Assim, a interação entre a criança e seus cuidadores nos primeiros anos de vida poderá determinar suas futuras relações sociais (RAVER, 1996; GOMIDE, 2007).

Do mesmo modo, Szymansky (2004) menciona a importância para o desenvolvimento dos indivíduos as influências intrínsecas ao sistema familiar, como o relacionamento conjugal e familiar, bem como as influências extrínsecas a esse sistema, como as questões sociais. As formas de interação dos pais com seus filhos podem ser promotoras de comportamentos socialmente adequados ou, por outro lado, podem favorecer a emergência e manutenção de comportamentos socialmente inadequados (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2007). Assim, Leme e Bolsoni- Silva (2010) colocam as habilidades sociais educativas parentais como modelos de comportamentos adequados aos filhos.

Na criação de seus filhos, os pais utilizam práticas educativas parentais, cujo objetivo consiste em educar, socializar e controlar seus comportamentos. Gomide (2006) apresenta um modelo teórico no qual descreve sete práticas educativas, a saber: monitoria positiva, que se refere à atenção para a localização dos filhos e para a qualidade das atividades por eles desenvolvidas, bem como à promoção da adaptação dos mesmos aos diferentes contextos e, comportamento moral que remete ao ensino de valores culturalmente aceitos. Estas duas práticas educativas parentais citadas são consideradas positivas, restando cinco que possuem

caráter negativo, quais sejam: negligência, que pode ser entendida como a ausência de atenção e afeto; abuso físico e psicológico, que se refere ao uso de ameaças, chantagens ou castigos físicos; disciplina relaxada, que remete ao fato dos pais não cumprirem as regras pré-estabelecidas por eles próprios; punição inconsistente, que consiste na dependência do humor dos pais para que estes punam ou reforcem os comportamentos de seus filhos e, por fim, monitoria negativa, que se refere a um excesso de regras, resultando com que as mesmas não sejam cumpridas e, por consequência, haja um clima de hostilidade.

Gomide, Salvo, Pinheiro e Sabbag (2005) definem o conjunto de práticas parentais utilizadas pelos pais ou cuidadores como estilo parental. A literatura da área aponta para correlações positivas entre a utilização de práticas educativas parentais negativas (negligência, abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada e monitoria negativa) e depressão, estresse e baixo repertório em habilidades sociais nos filhos (PATTERSON; REID; DISHION, 2002; ALVARENGA; PICCININI, 2009; GOMIDE et al., 2005). Tomando por base as práticas educativas parentais, Gomide (2006) formulou o Inventário de Estilos Parentais, objetivando diagnosticar famílias de risco e de não risco social. Assim, uma vez que as famílias de risco social sejam identificadas, há a possibilidade de implementar programas de intervenção familiar.

O processo de socialização dos filhos está relacionado, então, à contingência das práticas educativas parentais (PATTERSON; REID; DISHION, 2002). O termo contingência refere-se às práticas que os pais emitem em relação aos comportamentos dos filhos. Ou seja, para serem contingentes, os pais devem consequenciar os comportamentos dos filhos imediatamente após a ocorrência desses comportamentos e não respondendo a outras variáveis, como o seu próprio humor, por exemplo. Assim, quando há efetividade e consistência nas práticas parentais pode-se reduzir os comportamentos inadequados dos filhos e estimular a ocorrência de comportamentos socialmente adequados. Além disso, o

envolvimento parental (que remete às trocas positivas entre pais e filhos) tende a contribuir para a competência social dos filhos e desenvolvimento da auto-estima destes. No sentido contrário, práticas parentais não contingentes tendem a desenvolver um padrão anti-social na criança, caracterizado na primeira infância pelos problemas de comportamento externalizantes e internalizantes.

Pesquisadores têm apontado que problemas de externalização das crianças podem ser detectados em idade precoce, por volta dos 18 a 24 meses, idade em que as crianças já podem ter a tendência de agredir os pais ou seus pares, bem como destruir objetos e apresentar condutas desafiadoras (CROKENBERG; LITMAN, 1990; KEENAN; SHAW, 1997).

Diferentes autores nomeiam de formas diversas as relações estabelecidas pelos pais com seus filhos com o objetivo de educá-los, dentre as quais se pode encontrar: práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais (MACARINI et al., 2010). Além disso, os autores chamam a atenção para o fato de que as práticas parentais utilizadas pelos modelos teóricos remetem à ênfase em diferentes faixas etárias. Ressaltam que os constructos de Baumrind (1966) tendem à segunda infância e adolescência, ao passo que os estudos de Keller (2002; 2007) remetem a idades precoces, especialmente ao primeiro ano de vida, associando-as à sua importância na intervenção precoce.

Diante disso, entende-se que as práticas parentais se alteram conforme a idade das crianças, motivo pelo qual é relevante estudar tais práticas e entender como elas se modificam no decorrer do ciclo vital (DARLING; STEINBERG, 1993). Ainda neste estudo de revisão, os autores notaram que o termo mais usado para o estudo de crianças de zero a três anos foi “cuidados parentais”, ao passo que “práticas parentais” ou “práticas de cuidado” foram mais utilizados com crianças entre zero e seis anos.

Historicamente, os primeiros estudos acerca dessa temática foram realizados por Baumrind (1966), que delineou três modelos de estilos parentais. No modelo autoritário, os

pais (ou um deles) impõem regras e têm grande controle sobre a criança, oferecendo-lhe pouco apoio. No modelo permissivo os pais têm pouco controle e fazem poucas exigências sobre a criança, apoiando-a sempre. Por último, no modelo autoritativo, os pais controlam e apoiam a criança ao mesmo tempo, fixando regras e incentivando a autonomia.

Hoffman (1975), mais tarde, trouxe a questão das práticas educativas indutivas e coercitivas. As práticas indutivas seriam aquelas em que os pais levam os filhos à reflexão, sinalizando à criança as consequências de seus comportamentos. As práticas coercitivas seriam os comportamentos dos pais que envolvem o uso da força, punições físicas e privações. Tais práticas, segundo Kohn (1977, citado por MACARINI et al., 2010) são influenciadas pelas crenças, conceitos e valores dos pais, como fatores que determinam as práticas educativas emitidas, com o objetivo de ensinar comportamentos que consideram bons para seus filhos.

Os trabalhos de Darling e Steinberg (1993) também analisam os efeitos das práticas parentais sobre o desenvolvimento infantil, enfatizando a importância de entender o contexto familiar, cultural, classe social e configuração familiar em que vivem os pais e seus filhos. Assim, as crenças dos pais influenciariam suas práticas, uma vez que elas norteariam o que eles almejam para seus filhos.

Keller (2002; 2007) elaborou um modelo teórico, baseado na Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista, que se refere ao foco nas relações entre cuidadores e crianças nas fases iniciais do desenvolvimento, principalmente de zero a um ano de idade. Assim, para a autora, os pais oferecem cuidados primários e estimulação aos seus filhos, fazendo com que as crianças adquiram maneiras específicas de relacionamento social. Esses cuidados primários e a estimulação oferecida às crianças seriam organizados em sistemas parentais, que estão fortemente relacionados com as orientações culturais.

Num estudo de revisão de literatura sobre práticas parentais, Macarini et al. (2010) mencionam que os estudos sobre este tema com pais de crianças pequenas é algo mais difícil porque depende somente do relato dos pais. Os autores também colocam que uma alternativa seria a observação da interação entre os pais e a criança, mas que ainda assim poderia haver dificuldade em operacionalizar tais observações.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2011) realizaram um estudo no qual objetivaram comparar práticas educativas parentais e comportamentos de um grupo de crianças com problemas de comportamento e outro grupo de crianças sem problemas de comportamento. Para a avaliação das práticas positivas e negativas da educação, bem como do contexto, dos problemas de comportamento e das habilidades sociais infantis, as autoras utilizaram o Roteiro de Entrevista de Habilidades Sociais Educativas Parentais (RE- HSE- P). É um instrumento já validado (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2010) e que tem demonstrado efetividade na diferenciação de práticas educativas de grupos de pais com filhos com e sem problemas de comportamentos, bem como nos padrões comportamentais de pais e filhos. No entanto, as autoras mencionam que o instrumento depende do relato verbal, motivo pelo qual apresenta limitações, mas também possui vantagens na avaliação das práticas parentais que são, na verdade, práticas culturais.

A responsividade dos pais às necessidades das crianças parece evitar o surgimento e a manutenção de problemas de comportamentos. Bolsoni-Silva e Loureiro (2010) destacam que, dentre as necessidades das crianças citam o brincar, a atenção, o carinho e a conversa sobre assuntos de interesse da criança. Considera-se igualmente relevante a responsividade materna no caso das mães de bebês, para que problemas comportamentais sejam prevenidos.

Pereira et al. (2012) realizaram um estudo com 291 mães adultas de bebês de 16 meses, cujo objetivo era verificar se a história de maus-tratos maternos e o atual estresse parental estavam associados com dificuldades parentais. As participantes tiveram suas

práticas parentais monitoradas por dois observadores durante duas horas no contexto domiciliar, sendo essa observação baseada no protocolo Maternal Behavior Q-Short Form, version 3.1 (MBQS), e responderam aos instrumentos Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) para avaliação da história de maus-tratos na infância e o instrumento Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), para avaliação do estresse parental. Os resultados apontaram que mães com relato de maus-tratos infantis apresentaram alto estresse parental (0,29, com $p < 0,005$) e baixa sensibilidade em relação a suas crianças (0,13, com $p < 0,05$). Além disso, os resultados revelaram que mães com estresse estavam menos sensíveis aos seus filhos (0,16, com $p < 0,05$). Esse estudo destaca que a história de aprendizagem dos pais influencia seus comportamentos atuais, ou seja, os maus-tratos na infância influenciam o estresse materno e este influencia a interação da mãe com seu bebê.

Nesse sentido, Belsky (1984) destaca alguns fatores que poderiam influenciar o uso de práticas parentais, a saber: recursos pessoais psicológicos dos pais, características das crianças e contexto social em que estes vivem, incluindo as fontes de estresse e de suporte social. A história de desenvolvimento dos pais, bem como as relações conjugais e as relações sociais (como o trabalho) seriam influentes no funcionamento parental e, portanto, no desenvolvimento infantil. Em suma, conforme este autor, o exercício da parentalidade é multideterminado.

2.2. Fatores de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil

Entende-se como necessária a definição de fatores de risco e de proteção para o presente estudo pelo fato das práticas parentais e da saúde mental materna poderem constituir-se em fator de risco ou em fator de proteção para o desenvolvimento infantil. Assim, fatores de risco podem ser definidos como eventos negativos da vida que, quando presentes,

aumentam a probabilidade de a pessoa apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais (COWAN et al., 1996, citado por POLETO; KOLLER, 2008).

Os fatores de proteção podem ser definidos como as variáveis que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais diante de determinados riscos (RUTTER, 1985). Uma criança pode ter seu desenvolvimento comprometido quando exposta a riscos psicossociais, como violência intrafamiliar, doença mental de um dos pais e negligência parental (WALKER et al., 2007).

A literatura fala também de riscos cumulativos, que se referem à combinação de adversidades de forma que aumente probabilidade de comprometimento no desenvolvimento humano (SAMEROFF; SEIFER; BAROCAS; ZAX; GREENSPAN, 1987). Estes autores conduziram um estudo com crianças de 215 famílias sobre os dez fatores de risco que afetam o QI de crianças de baixo nível socioeconômico, mas que podem estar presentes em crianças de todas as classes sociais. Os riscos citados são: saúde mental materna; ansiedade materna; práticas parentais; comportamentos interativos maternos; educação materna; status ocupacional do provedor da família; status socioeconômico; suporte social familiar; tamanho da família e eventos estressantes. Os resultados do estudo apontaram que diferentes combinações em número igual de fatores de risco podem ter efeitos equivalentes no QI infantil. Note-se que o estudo acima citado (SAMEROFF et al., 1987) destaca a saúde mental materna e as práticas parentais como fatores de risco, motivo pelo qual parece relevante o estudo dessas variáveis.

Graminha e Martins (1997) realizaram um estudo com 22 crianças com idade entre um mês e oito anos, cujo objetivo consistia em detectar o perfil de risco das crianças com atraso no desenvolvimento encaminhadas para um serviço de atendimento psicológico. Os resultados encontrados apontaram que a maioria das crianças (73%) com atraso no desenvolvimento foi exposta a três ou mais fatores de risco, havendo em todas elas a presença

de um ou mais risco biológico, como problemas congênitos, problemas de saúde física da mãe durante a gestação, problemas de saúde física da criança, crises convulsivas, complicações no parto ou hospitalização. No entanto, as autoras também investigaram quais outros riscos (além dos biológicos) estavam presentes na história dessas crianças. Constataram que 36% delas passaram por riscos do contexto ambiental, tais como: bebê não desejado, dificuldades financeiras da família, gestação na adolescência, criança adotada, insegurança e/ou inconsistência dos pais, superproteção, indiferença/ rejeição, agressividade e depreciação, considerando que esses fatores de risco ambientais podem dificultar a interação dos pais com a criança, além de serem condições que podem maximizar os efeitos dos riscos biológicos.

Um estudo realizado com o objetivo de associar contexto de risco e problemas de comportamento investigou 141 crianças com idade entre sete e 11 anos que apresentavam baixo desempenho escolar (FERREIRA; MARTURANO, 2002). Depois de coletar com as mães informações acerca das adversidades presentes na vida dessas crianças, estas foram divididas em dois grupos, a saber: grupo de crianças com problemas de comportamento e grupo de crianças sem problemas de comportamento. Os resultados mostraram que o grupo de crianças com problemas de comportamento possuíam menos recursos e mais adversidades no que se refere principalmente ao contexto familiar. Assim, entre as adversidades encontradas no estudo tem-se: problemas nos relacionamentos interpessoais, falhas parentais quanto à supervisão, monitoramento e suporte, menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos. Dentre as conclusões, destaca-se a importância de ações preventivas que envolvam a criança e seu ambiente familiar.

Xu, Farver, Zhang, Zeng, Yu e Cai (2005) conduziram um estudo que pretendeu examinar os estilos parentais e a interação entre 97 mães chinesas e seus filhos pequenos (idade média de 24 meses). Utilizaram os instrumentos: Child Rearing Practices Report (CRPR) para mensurar estilos parentais, *Asian Values Scale* (AVS) pra mensurar os níveis de

orientação para os valores culturais chineses e Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) para avaliar o estresse materno, as dificuldades das crianças e as interações disfuncionais na interação mãe-criança. Os resultados apontaram para estilos parentais autoritários maternos positivamente associados com características maternas de coletivismo, conformidade com as normas, auto-controle emocional e submissão (todas as associações com $p < 0,01$), dadas pelo instrumento *Asian Values Scale* (AVS); já os estilos parentais autoritativos foram positivamente correlacionados com níveis educacionais, características de coletivismo ($p < 0,01$) e conformidade com as normas ($p < 0,05$), além de percepção de suporte social ($p < 0,01$). Assim, interações disfuncionais na interação mãe-criança foram positivamente correlacionadas com estilo parental autoritário ($p < 0,05$), estresse parental e dificuldades da criança ($p < 0,01$) e, negativamente correlacionadas com estilos parentais autoritativos ($p < 0,05$), percepção de suporte social e coletivismo ($p < 0,01$). Na medida em que as mães apresentam altos níveis de estresse, podem sentir-se sobrecarregadas pelas responsabilidades parentais, havendo possível chance de faltarem recursos psicológicos para serem sensíveis às necessidades da criança, acarretando na escolha de métodos de controle e poder assertivo em resposta à desobediência das crianças.

Ainda no que se refere à saúde mental materna como fator de risco ao desenvolvimento infantil, Cairney, Boyle, Offord e Racine (2003) conduziram um estudo no qual evidenciaram que as mães solteiras foram mais propensas a ter episódios de depressão e a relatar altos níveis de estresse crônico do que mães casadas (2,44 (1,81- 3,27) $p < 0,01$). Além disso, as mães solteiras também relataram baixos níveis de suporte social e envolvimento social do que as mães casadas (0,65 (0,56-0,75) $p < 0,05$). Assim, os autores entendem que a depressão e o estresse estão relacionados também à estrutura familiar, e que a associação entre mães solteiras e depressão pode ser explicada pelas diferenças na exposição ao estresse e no suporte social que essas mães possuem. Assim, os autores também destacam

a importância de examinar os fatores de estresse proximais e distais que exercem mais influências sobre as mães solteiras.

Nesse sentido, o exercício da maternidade requer recursos financeiros e psicossociais (MANUEL; MARTINSON; BLEDSOE-MANSORI; BELLAMY, 2012). Segundo esses autores, a escassez de tais recursos tem sido associada com grandes esforços, aumentando o risco de depressão materna e outros problemas de saúde mental.

Heneghan, Silver, Bauman, Wesbrook e Stein (1998) investigaram a presença de sintomas depressivos em 279 mães de bebês de seis a 36 meses em cidades interioranas, por meio de entrevistas com as mães coletando dados sócio-demográficos, status financeiro e sobre a saúde materna, investigada por meio do Psychiatric Symptom Index (PSI), instrumento de 20 itens validados para populações multiculturais e cuja pontuação maior ou igual a 20 indica altos níveis de sintomas depressivos e escores iguais ou maiores que 30 indicam depressão maior. A idade das participantes variava de 14 a 48 anos (média de 27 anos), sendo que 71% eram mães solteiras e 57% recebiam auxílios de assistência social. Os resultados apontaram que a pontuação média do PSI foi 19, sendo que 18% das mães pontuaram 30 ou mais e 39% pontuaram 20 ou mais, apresentando, portanto, altos níveis de depressão na amostra estudada. Notou-se, também, que as médias dos escores do PSI não variaram de acordo com a idade materna, etnia, local de nascimento, nível educacional, configuração familiar ou estado civil, mas que foram significativamente maiores para mães que recebiam auxílios de assistência social (21 vs 17, $p < 0,05$), para mães com relato de pobreza financeira (22 vs 15, $p < 0,005$), para mães que tinham pouca saúde (52 vs 17, $p < 0,005$) e para mães que tinham suas atividades limitadas por doenças (34 vs 18, $p < 0,005$). Os autores concluíram que pode ser considerada comum a presença de sintoma depressivos em mães de crianças pequenas de cidades interioranas, pois nesta população as mulheres estão expostas a alguns fatores de risco sócio-demográficos. No entanto, estes fatores de riscos não

podem ser o único critério para identificar mães que são depressivas, ainda que a pobreza financeira, as condições de saúde ou atividades limitadas por doenças estejam associados com altos níveis de sintomas depressivos.

A idade materna também tem sido considerada na literatura como um fator de risco para problemas de comportamento no contexto do desenvolvimento infantil, destacando-se a gravidez na adolescência, que é algo que pode ser considerado precoce (BEE, 1997), prejudicando a qualificação profissional dessas mães e, por consequência, comprometendo sua condição sócio-econômica (PINHEIRO, 2000). No entanto, Nogueira (2011) encontrou que as mães adultas, quando comparadas com as adolescentes, apresentavam práticas piores com seus bebês, especialmente as práticas de Negligência.

Outro fator apontado na literatura como risco para a execução de práticas parentais negativas refere-se aos níveis de escolaridade materna. Segundo Xu et al. (2005) o nível educacional das mães foram positivamente associados a estilos parentais autoritativos ($p < 0,05$). Carmo e Alvarenga (2012) analisaram o uso de práticas coercitivas em 40 mães de crianças de 5 a 6 anos de diferentes níveis socioeconômicos, a partir de uma entrevista sobre práticas educativas maternas. Utilizando o Teste de Correlação de *Pearson* verificaram que quanto menor a escolaridade da mãe maior a frequência de práticas de punição física ($p < 0,05$).

No contexto de risco socioeconômico, Reading e Reynolds (2001) relatam que a depressão materna é comum entre mulheres com crianças pequenas e está associada a adversidades financeiras. Os autores estudaram dados longitudinais colhidos durante seis meses com 271 famílias com crianças de até um ano de idade, a fim de examinar a relação entre dívidas e depressão. Notou-se a depressão levando à preocupação com dívidas, concluindo-se que a falta de dinheiro produz a depressão ($p < 0,001$) e a preocupação com dívidas na ocasião do nascimento prediz depressão seis meses depois ($p = 0,003$), apontando

forte associação entre dificuldades socioeconômicas e depressão materna. Os autores concluem que a preocupação com dívidas foi um forte preditor socioeconômico para depressão tanto na ocasião da avaliação inicial (271 famílias) quanto na de seguimento (209 famílias). Eles salientam que essa questão remete a explicações das consequências das diferenças sociais no âmbito da saúde, uma vez que a condição socioeconômica parece intervir na saúde mental.

Altafim (2012) ressalta que as práticas negativas ainda não são tão frequentes no repertório comportamental de mães de bebês com idade até 12 meses, de maneira que as intervenções precoces preventivas podem ser propícias para que sejam instaladas as práticas positivas e minimizadas ou eliminadas as práticas negativas. Todavia, é importante identificar fatores de risco para o desenvolvimento de práticas educativas de pais de bebês considerando que ações preventivas junto a eles podem prevenir futuros problemas de comportamento infantil (FERREIRA; MARTURANO, 2002; ALTAFIM, 2012). Nesse sentido, a saúde mental materna pode ser considerada um fator de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil, na medida em que pode influenciar a interação entre mães e seus filhos.

2.3. Saúde mental materna

Um estudo conduzido por Costa, Teixeira e Gomes (2000) objetivou traduzir e adaptar duas escalas de avaliação de responsividade e exigência parentais com adolescentes. Os resultados revelaram que o escore de exigência percebida das mães foi significativamente superior aos pais, para ambos os sexos ($F= 172,40$, $P=0,001$), enquanto que os escores referentes à responsividade também foram maiores para as mães do que para os pais ($F=109,79$, $p=0,001$), sugerindo que a presença das mães é percebida como mais marcante no

ambiente familiar no que se refere às práticas educativas dos filhos do que a presença dos pais.

Outro estudo, realizado por Weber, Viezzer e Brandenburg (2004), buscou identificar as práticas educativas parentais enfatizando castigos físicos e punições, por meio do relato de 472 estudantes de idade entre oito e 16 anos, que responderam um questionário composto por 61 questões. Os resultados apontaram que a maioria deles já recebeu punição corporal (88,1%) e castigo (64,8%), e que as mães usaram punição corporal como método disciplinar com mais frequência do que os pais, sendo que 86,1% apanharam das mães e 58,6% dos pais, resultando numa diferença estatisticamente significativa ($X^2 = 10,4$; $gl = 1$; $p < 0,05$). As autoras levantam hipóteses explicativas para estes resultados, destacando a questão de que, na amostra estudada, havia grande número de mães que não trabalhavam (30,2%), permanecendo mais tempo com os filhos, além de que havia na amostra famílias monoparentais maternas (14%), sendo, portanto, as mães que normalmente se ocupam mais com a disciplina das crianças.

Diante desses dados, é importante considerar possíveis fatores de vulnerabilidade materna que podem influenciar as práticas parentais emitidas, como as variáveis relacionadas à saúde mental das mães, dentre as quais estão a ansiedade, a depressão e o estresse. Assim, trabalhar com estas variáveis maternas tem sua importância tanto em âmbito individual, considerando a saúde mental de mães e de seus filhos, quanto num contexto social, onde as políticas públicas de atenção à saúde materna e ao desenvolvimento infantil precisam ser consideradas.

2.3.1 Ansiedade materna

Para a Análise do Comportamento, a ansiedade pode referir-se a eventos diversos, que são os estados internos dos falantes e os processos comportamentais que os produzem, sendo

possível caracterizá-la como um fenômeno clínico e como um constructo (ZAMIGNANI; BANACO, 2005). Para estes autores, a ansiedade consiste na emissão de respostas de fuga e esquiva com o objetivo de eliminar estímulos temidos, além de verificar algumas situações por meio de respostas repetitivas que pospõem o estímulo aversivo. Enquanto fenômeno clínico, esses comportamentos de fuga e esquiva ocupam tempo considerável do dia dos indivíduos, impedindo o desempenho das atividades profissionais, sociais e acadêmicas dos indivíduos, envolvendo grau de sofrimento considerado significativo pelo indivíduo.

Zamignani e Banaco (2005) apontam os comportamentos de esquiva fóbica como característicos dos transtornos de ansiedade. Ou seja, diante de um evento ameaçador ou incômodo, o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento considerado aversivo. Nesse sentido, enquanto constructo pode-se entender a ansiedade da seguinte maneira: diante de estímulo aversivo incondicionado, o indivíduo apresenta respostas de medo (a nível fisiológico), ocasião em que é provável que haja no ambiente outros estímulos até então neutros, que adquirem a função de aversividade, tornando-se estímulos aversivos condicionados (também denominados pré- aversivos). Assim, em situações posteriores, quando o indivíduo entrar em contato com os estímulos pré- aversivos, há uma antecipação do comportamento ansioso, e os estados internos ou processos comportamentais que caracterizam a ansiedade passam a ocorrer na presença desses estímulos condicionados.

Já o DSM- IV- TR (2002) caracteriza a ansiedade como uma preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades, acompanhada de inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Todavia, em diferentes níveis, os sintomas são caracterizados por sensações de medo, insegurança, antecipação apreensiva, pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal, aumento do estado de vigília, tensão e dor muscular, sensação de constrição

respiratória, tremor e outros desconfortos somáticos decorrentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Sobre a prevalência da ansiedade na população de mulheres, Kinrys e Wygant (2005) apontam que as mulheres apresentam risco significativamente maior comparado com o dos homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade no decorrer da vida. Nesse sentido, Lima e Viegas (2011) avaliaram o grau de ansiedade em fumantes do Distrito Federal, encontrando que as mulheres apresentaram maiores graus de ansiedade ($p < 0,01$) para deixar de fumar do que homens. Também Soares e Martins (2010) avaliaram a ansiedade de jovens estudantes em relação ao exame de vestibular, obtendo que houve diferença significativa nos níveis de ansiedade- estado ($p = 0,036$) e ansiedade- traço ($p = 0,000$) em mulheres, quando comparada aos homens.

Para Correia e Linhares (2007) há situações em que a ansiedade pode atuar como sinal de alerta cooperando para a preservação da vida, ou seja, funcionando como propulsora para a emissão de comportamentos de enfrentamento diante de situações que resultam neste estado ansioso. No entanto, conforme também mencionado por essas autoras, há ocasiões de conflitos ou estresse em que as manifestações comportamentais de ansiedade podem exacerbar-se, atuando em nível desproporcional à situação que a desencadeou, podendo surgir sem motivo específico ou se apresentando como resposta inadequada aos eventos estressores, caracterizando-se, então, como patológica.

A concepção teórica de ansiedade que embasa o IDATE entende que a escala de Ansiedade-Estado pretende medir estados transitórios de ansiedade, caracterizados por sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação, que variam em sua intensidade. Já a escala Ansiedade-Traço busca avaliar características relativamente estáveis na tendência à ansiedade, de maneira que as pessoas que pontuam escores altos em Ansiedade-Traço tendem a também apresentarem escore de Ansiedade-

Estado alto diante de situações tidas como ameaçadoras (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970).

Em um procedimento de avaliação dos níveis de ansiedade, há que se fazer a distinção entre: Ansiedade-traço e Ansiedade-estado. A primeira remete a uma característica estável do indivíduo, representando o modo como este indivíduo tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas e, a segunda, representa uma condição emocional transitória caracterizada pelo aumento subjetivo da tensão em função de eventos considerados potencialmente críticos (CURY; MENEZES, 2006). Entende-se que há a possibilidade, na Análise do Comportamento, de fazer uso de diversos instrumentos, ainda que possuam visão cognitivista, como é o caso do IDATE, pois tal instrumento oferece descrições do fenômeno comportamental.

O nível de ansiedade materna pode ser caracterizado como fator de risco para o desenvolvimento dos filhos (FRAGA et al., 2008) pois, conforme Perosa et al. (2009), pode alterar a responsividade das mães diante do bebê, já que as mães com alto nível de ansiedade tendem a agir de forma ansiosa diante de eventos conflituosos. Desse modo, para Bornstein e Tamis-LeMonda (1997), a qualidade das práticas parentais emitidas pelas mães pode ser comprometida caso as mães não apresentem comportamentos adequados ou contingentes ao comportamento da criança.

Avaliando a interação entre 52 mães e seus bebês aos seis meses de idade, Wijnroks (1999) observou que as mães ansiosas interagiam de forma mais ativa, mas se comportavam de modo mais intrusivo, emitindo comportamentos inadequados e sem sensibilidade, utilizando-se de super-estimulação e interferência nas atividades do bebê.

Fraga et al. (2008) avaliaram a ansiedade de 14 mães por meio do Inventário de Ansiedade Traço- Estado (IDATE) e o desenvolvimento de seus bebês nascidos prematuros e com muito baixo peso por meio das Escalas Bayley-II, durante dois momentos: logo após o

nascimento e ao final do primeiro ano de vida. Os resultados, que avaliaram a relação entre ansiedade materna e desenvolvimento infantil mostraram que, quanto maior o nível de ansiedade, melhor era o desempenho da criança nas áreas de resolução de problemas e intencionalidade (tarefas cognitivas). No entanto, era pior o desempenho nas atividades relacionadas ao desenvolvimento motor, sendo que esse resultado relaciona-se à intrusividade apresentada pelas mães ansiosas durante a interação com o bebê.

O estudo de Bekkhus, Rutter, Barker e Borge (2011) examinou inter-relações entre riscos familiares e ansiedade e depressão maternas durante os períodos pré e pós- natal, bem como desarmonia familiar durante esses dois períodos, associando-os com comportamentos de choro e agressão física das crianças quando estas tinham 36 meses de idade. Nesse sentido, o comportamento de choro foi avaliado pela sub-escala emocional de um questionário de temperamento; as agressões físicas foram avaliadas pelo Child Behavior Checklist; a desarmonia familiar foi avaliada por itens de concordância ou discordância sobre situações relacionadas às vivências familiares; as características das mães e das crianças foram obtidas pelo registro materno de nascimento de Norway e, por fim, a ansiedade e depressão maternas foram avaliadas pelo Hopkins Symptom Checklist. Os resultados apontaram para continuidade na ansiedade e na depressão materna da gravidez até 18 meses depois do nascimento e igual continuidade na desarmonia familiar. No entanto, não houve indicação de causalidade entre desarmonia familiar e ansiedade e depressão materna, mas apenas uma associação entre esses itens. Além disso, os comportamentos de choro e de agressão física nos 36 meses das crianças foram associados à ansiedade e à depressão materna e à desarmonia familiar.

Em outro estudo, elaborado por Kaitz, Maytal, Devor, Bergman e Mankuta (2010) avaliou-se a associação entre ansiedade materna, características de interação entre a mãe e seu bebê e a regulação das emoções frente a situações estressantes. Para tanto, participaram do

estudo 34 mães primíparas e casadas de bebês de seis meses de idade com algum transtorno de ansiedade (síndrome do pânico, fobia social e transtorno de stress pós-traumático) e 59 díades mãe-bebê na condição de controle. As díades foram filmadas durante brincadeiras livres, situações de ensino e de cuidado e interações face a face, avaliando-se concomitantemente a sensibilidade materna, o afeto infantil e a sincronia da díade. Os resultados apontaram que mães ansiosas apresentaram comportamentos exagerados com seus bebês durante as brincadeiras livres e situações de ensino (61,8%) em comparação com as mães controle (37,3%) ($p=0,023$). Além disso, observou-se que crianças de mães ansiosas eram mais propensas a mostrar afeto negativo durante a interação face a face (4,54) ($p=0,03$) e diante de desafios estranhos (7,75) ($p=0,005$). Concluiu-se que o comportamento de ansiedade materna resulta na hipervigilância, característica dos transtornos de ansiedade, sobre os bebês, sendo que crianças filhas de mães ansiosas e de mães controle mostram diferenças significativas na maneira com que lidam com desafios sociais.

Assim sendo, é fato que a ansiedade é um fator que pode influenciar as práticas parentais maternas, alterando sua responsividade em relação ao bebê. Além desse indicador emocional, há outros que merecem ser considerados, como a depressão e o estresse.

2.3.2 Depressão materna

Para o diagnóstico do transtorno depressivo sob a ótica da Análise do Comportamento, é importante tecer algumas considerações, como o pressuposto de que cada pessoa possui uma história filogenética, ontogenética e cultural (MELO; TEIXEIRA, 2011). Além disso, para Hunzinger (1997), a Análise do Comportamento não trabalha com a síndrome ou doença, mas com o repertório comportamental individual, que é único para cada pessoa, e pode ser compreendido por uma análise funcional que descreve a história das contingências de reforçamento do indivíduo.

Nesse sentido, na Análise do Comportamento, há a teoria de Ferster, Culbertson, Boren e Perrot (1977), que coloca a depressão como diminuição dos comportamentos positivamente reforçados e aumento na frequência de comportamentos de fuga e esquiva de estímulos aversivos, o que ocorre na interação do indivíduo com seu ambiente. Além dessa, há a teoria do desamparo aprendido de Seligman (1992), a qual explica que as contingências ambientais podem ensinar ao indivíduo que o ambiente modificou-se e que os reforçadores anteriormente presentes não mais estarão disponíveis. Essa situação de modificação do ambiente e alteração nas contingências reforçadoras pode fazer com que os indivíduos parem de emitir respostas, pois entendem que seus comportamentos não mais alteram o ambiente (portanto, não produzem mais reforçadores), fazendo com que o indivíduo experiencie a incontrollabilidade do ambiente, entrando em condição de desamparo. Ora, uma vez que as contingências ambientais alteraram-se, seria necessário que o indivíduo apresentasse novas repostas para obter reforçadores, mas ele não o faz, caracterizando uma situação de depressão.

A depressão é considerada pelo DSM- IV- TR (2002) como um transtorno de humor, cujos sintomas descritos são: sentir-se deprimido a maior parte do tempo, com interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração; fadiga ou perda de energia; distúrbios de sono, como insônia ou hipersônia; perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio. Dependendo do número de sintomas, o DSM-IV-TR (2002) permite a classificação da depressão como leve, moderada ou severa.

A disforia é um termo utilizado para designar sentimentos referentes à tristeza e infelicidade (LENVINSOHN, 1976 citado por GONGORA, 1981). Assim, o humor bastante rebaixado pode ser classificado como humor disfórico e, uma vez que os distúrbios de humor são acentuados, pode-se definir a depressão como humor disfórico (GONGORA, 1981). No entanto, vale ressaltar que, para Gongora (1981), a utilização do conceito de disforia é

bastante limitada para a descrição do fenômeno clínico de depressão, uma vez que este engloba outras características relevantes e, que a alteração do humor é apenas uma parte da síndrome depressiva. Sobre a prevalência de depressão em mulheres, o estudo de Culbertson (1997) aponta que a depressão é duas vezes mais frequente nas mulheres.

Os indicadores de depressão também podem influenciar as práticas parentais emitidas pelas mães. A literatura aponta que as mães com humor depressivo podem não oferecer ao bebê a estimulação necessária a um desenvolvimento adequado, podendo os filhos tornarem-se, também, deprimidos, com baixo nível de atividade e embotamento afetivo, além de não desenvolverem as habilidades necessárias para interações sociais futuras (FIELD, 1992; 1995). A autora também relata que os bebês de mães deprimidas podem desenvolver um estilo de humor deprimido nos primeiros três meses de vida, podendo estender-se até o primeiro ano de vida caso a depressão materna persista, havendo também atrasos no desenvolvimento e crescimento do bebê.

Um estudo longitudinal desenvolvido por Letourneau, Tramonte e Willms (2012) investigou a relação entre sintomas depressivos maternos e desenvolvimento infantil nas áreas cognitivas e comportamentais, concluindo que os filhos de mães que apresentam sintomas depressivos têm aumento do risco de apresentar um baixo vocabulário receptivo, desatenção e agressividade nas idades de quatro e cinco anos. Esses autores consideraram que esses achados estão parcialmente relacionados a fatores demográficos, funcionamento familiar e parentalidade. Os autores concluíram que crianças expostas aos sintomas depressivos maternos aos dois e três anos de idade podem apresentar ansiedade aos 10 e onze anos de idade.

Em um artigo de revisão de literatura no período entre 1998 e 2003, Correia e Linhares (2007) também concluíram que a ansiedade e a depressão materna podem afetar o desenvolvimento infantil, uma vez que a criança está exposta à desordem mental dos pais. As

autoras ainda colocam que é notável a ocorrência concomitante de ansiedade e depressão materna, independentemente da condição de nascimento do bebê e do momento de avaliação (pré ou pós natal). Além disso, evidenciou-se que mães são mais vulneráveis que os pais, apresentando maior nível de ansiedade, o que corrobora a ideia de que as mulheres estão mais propensas ao comprometimento da saúde mental devido às mudanças decorrentes da gravidez, parto e cuidados com o bebê.

Cooper e Murray (1995) conduziram um estudo longitudinal com 95 mães primíparas, dividindo-as em três grupos e avaliando o humor deprimido dessas mães durante cinco anos. O primeiro grupo composto por 34 mães que apresentaram o primeiro episódio depressivo no pós- parto, o segundo grupo formado por 21 mães que já apresentaram episódios depressivos antes da gravidez, com recorrência no pós- parto, e o terceiro grupo, para controle, composto por 40 mães que não apresentaram depressão pós- parto. Os resultados obtidos mostraram que o episódio de depressão pós- parto foi significativamente mais curto para as mães que tiveram o primeiro episódio depressivo no pós- parto do que para aquelas cuja episódio depressivo era recorrente (Mann- Whitney $U' = 211$, $p < 0,005$); também foi verificado o estado de humor dessas mães no período de 18 meses até três anos e meio do pós- parto, obtendo-se que, das mães do grupo controle, 35% apresentaram algum episódio depressivo nesse período posterior, ao passo que 60% das que tiveram depressão pós-parto apresentaram esse episódio de depressão posterior, sendo esta uma diferença significativa ($X^2 = 4,83$; d.f.= 1, $p < 0,05$). Além disso, a avaliação de cinco anos depois mostrou que 12% das mães do grupo controle apresentaram episódio de humor depressivo, 18% das mães do grupo que já apresentou episódios depressivos antes da gravidez, com recorrência no pós- parto, e 41% das que apresentaram o primeiro episódio na ocasião do pós parto, sendo também esta uma diferença significativa ($X^2 = 6,87$, d.f.= 2, $p < 0,05$). O estudo traz a discussão de que a maternidade pode ser um fator causador para a depressão de algumas mães e conclui que os episódios de

depressão foram mais frequentes para as mães cuja depressão pós- parto havia sido o primeiro episódio do que para as mães cuja depressão pós-parto foi uma recorrência de depressão anterior. Nesse sentido, os autores salientam a atuação dos fatores biológicos e hormonais envolvidos na ocorrência da depressão- pós-parto e sugerem que futuras pesquisas investiguem a possível relação entre fatores relevantes biológicos, psicológicos e sociais envolvidos na questão.

O estudo longitudinal de Campbell, Cohn e Meyers (1995) verificou a interação entre mães e seus bebês e correlacionou esse dado com a cronicidade da depressão materna selecionando, para este fim, 74 mulheres com riscos relativamente baixos para minimizar os efeitos de outros riscos potenciais. As participantes eram casadas, pertencentes à classe média e foram contatadas seis semanas após o parto, sendo visitadas em seus domicílios e entrevistadas com dois, quatro e seis meses de nascimento do bebê, além de serem filmadas em suas interações com o mesmo. Os resultados apontaram que mulheres que apresentavam sintomas depressivos sem interrupção nos primeiros seis meses após o parto foram menos positivas na interação com seus filhos do que as mulheres que apresentaram sintomas depressivos por um período mais curto. Esses resultados foram observados em três contextos e houve diferença significativa das médias, conforme se segue: interação face a face (mães com depressão crônica= 0,58, mães com depressão passageira= 0,75); alimentação do bebê (mães com depressão crônica= - 5.92, mães com depressão passageira= 0,12) e brincar com o bebê (mães com depressão crônica= - 3,64, mães com depressão passageira=1,35). Além disso, os bebês filhos das mães com ocorrências depressivas mais longas também foram menos positivos na interação face a face com suas mães. No entanto, este mesmo estudo apontou que, com dois meses de pós-parto, não havia diferença significativa na interação das mães depressivas e não depressivas com seus bebês, o que sugere que o curso da depressão é

um fator importante de ser avaliado para a compreensão do desenvolvimento infantil na relação com sua mãe.

Carvalho, Martinez e Linhares (2008) avaliaram também, o desenvolvimento de 36 bebês com 12 meses de idade cronologicamente corrigida, nascidos pré-termo com baixo peso, pelas Escalas Bayley II, relacionando com a presença da ansiedade e depressão nas mães desses bebês. Os resultados corroboraram com os acima citados, uma vez que, apesar de o desenvolvimento da maioria dos bebês ter sido avaliado dentro dos indicadores de normalidade, 25% das crianças apresentaram problemas cognitivos e 40% dos bebês apresentaram déficits nas atividades relativas à motricidade.

Considerando o primeiro ano de vida do bebê como um período sensível, Bagner, Pettit, Lewinsohn e Seeley (2010) realizaram um estudo que objetivou examinar os efeitos da depressão materna durante o primeiro ano de vida da criança (denominado de período sensível) em problemas de comportamento subsequentes. Participaram deste estudo 175 mães de bebês que tiveram diagnóstico de transtorno de depressão maior, que responderam o Child Behavior CheckList (CBCL) para crianças até um ano de idade (média= 4,91). Os resultados mostraram que a presença do transtorno de depressão maior foi um significativo preditor de comportamentos internalizantes e problemas de comportamentos no CBCL, quando controladas outras variáveis demográficas (idade da mãe, do bebê, gênero da criança). Observou-se também que a depressão materna antes da gravidez e durante o período pré-natal não foram significativamente preditores de problemas de comportamento, sugerindo que estes não tem a ver com a presença\ausência de transtorno de depressão maior anterior ao parto, mas que têm relação especificamente com o primeiro ano de vida do bebê, que é o período do pós- parto. Dessa forma, os autores concluem que a presença do transtorno de depressão maior da mãe durante o primeiro ano de vida da criança representa um aumento nos riscos de

consequências adversas para o bebê, sugerindo a relevância da identificação, prevenção e intervenção precoce nestes casos.

Um estudo realizado por Schwengber e Piccinini (2004) buscou verificar possíveis diferenças na interação entre 11 mães com indicadores de depressão e 15 mães sem esses indicadores e seus bebês ao final do primeiro ano de vida. A depressão materna foi avaliada pelo Inventário Beck de Depressão, ao passo que a interação mãe-bebê foi avaliada pela observação da interação da díade em brincadeiras livres. Os resultados deste estudo mostraram, pela análise multivariada, que mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos facilitadores para a exploração do brinquedo (Média= 37,5) do que mães sem indicadores de depressão (Média= 46,73) ($F= 13,69$; $p<0,001$). No que se refere ao comportamento de manter a atenção dos filhos, as mães com indicadores de depressão também obtiveram média menor (16,36) do que mães que não apresentaram indicadores de depressão (19,47), sendo esta diferença significativa ($F= 5,19$; $p< 0,03$). Além disso, as mães depressivas apresentaram mais apatia (Média= 3,64) do que mães sem depressão (Média= 0,33) ($F= 5$; $p<0,003$), além de apresentarem menos ternura e afeição (Média= 19,27) do que mães sem depressão (Média= 23) ($F= 5,68$; $p< 0,02$). Quanto aos bebês, os filhos de mães depressivas apresentaram mais vocalizações negativas (Média= 2,27) do que os filhos de mães sem depressão (Média= 0,47) ($F= 8,88$; $p< 0,01$), bem como demonstraram mais afeto negativo (Média=4,54) do que os bebês de mães sem depressão (Média= 2,13) ($F=7$; $p< 0,001$). Os autores apontam para a questão de que a depressão materna pode ser um fator de risco para a interação entre a mãe e seu bebê.

Em outra pesquisa conduzida por Schwengber e Piccinini (2005) foi analisada a experiência da maternidade no primeiro ano de vida de bebês, filhos de nove mães com indicadores de depressão e de nove mães sem tais indicadores. Os indicadores emocionais de depressão foram avaliados pelo Inventário Beck de Depressão e, para verificação da

experiência da maternidade foram conduzidas entrevistas com as participantes, cujo conteúdo foi posteriormente analisado. Os resultados apontaram que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, bem como insatisfação com seu próprio desempenho no papel de mãe e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas. As mães depressivas também apresentaram nível mais elevado de estresse por ocasião da separação do filho devido ao trabalho, por conflitos familiares e conjugais, além de dificuldades com o manejo do bebê e dificuldades financeiras.

Em estudo de revisão da literatura de 1986 a 2006, sobre as práticas parentais de mães adolescentes, elaborado por Marin e Levandowski (2008), encontrou-se que as mães adolescentes usam práticas coercitivas com seus filhos, e que este dado pode estar relacionado a variáveis como escolaridade materna, nível socioeconômico, conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e depressão e estresse maternos. No entanto, apesar da idade, o estudo salientou que mães com uma rede de apoio social consistente tendem a utilizar práticas menos coercitivas.

Pinto, Padovani e Linhares (2009) verificaram que há mães que não apresentavam antecedentes psiquiátricos por ocasião da gravidez, mas que passaram a apresentar indicadores emocionais de ansiedade e depressão relacionados à história mais recente de nascimento do bebê. As autoras apontam a necessidade de atentar-se para que esses sintomas (ocorridos apenas na ocasião da gestação, parto e puerpério), não sejam intensificados e tornem-se crônicos.

Farmer e Lee (2011) conduziram um estudo longitudinal para avaliar a influência da depressão e estresse sobre a interação mãe-bebê. Elas foram entrevistadas em quatro ocasiões: no hospital, pouco depois que as crianças nasceram, e quando as crianças tinham um, três e cinco anos. Ao todo, foram analisados os dados de 2.012 mães. A média de idade delas era de 28 anos, sendo que 59% delas tinham alta escolaridade e 59% estavam empregadas

consideradas, então, acima da linha da pobreza. As demais (41%) foram consideradas abaixo da linha da pobreza. Em média tinham dois filhos e 54,5% viviam com os pais das crianças. Para medir a depressão, foi utilizado o Major Depressive Episode, com questões derivadas do Composite Internacional Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF) Section A; para medir estresse parental, foi utilizada a versão modificada do Parental Distress Subscale of Parenting Stress/Index Short Form; para medir o controle percebido, utilizou-se o Pearlin and Schooler Mastery Scale e, para medir a interação entre pais e crianças utilizou-se uma entrevista que questionava as mães sobre quantas vezes por semana se engajavam em atividades com seus filhos. Os resultados desse estudo revelaram que mães com estresse parental têm pouco senso de controle percebido, relatando experiência de depressão e provendo pouca estimulação cognitiva às crianças. Além disso, notou-se que mães que apresentavam alto senso de controle não relataram a experiência de depressão e proviam mais estimulação cognitiva às crianças. Por outro lado, mães que relataram estar depressivas também disseram não estimular cognitivamente as crianças.

O estudo de Farmer e Lee (2011), também identificou que, entre os vários estudos acerca do efeito da depressão materna em sua interação com a criança que eles são, em muitos aspectos, divergentes. Essas divergências são atribuídas às diferentes medidas utilizadas para acessar a depressão, bem como aos diferentes critérios utilizados para defini-la, à idade da criança e o modelo de depressão utilizado (FARMER; LEE, 2011).

O estudo de Smith (2012), que avaliou práticas parentais como mediadoras entre depressão materna e comportamentos adaptativos de 117 pré- escolares, encontrou resultados que apontaram para correlação positiva entre depressão materna e práticas educativas negativas ($r=.19$, $p=.04$) e, por outro lado, práticas educativas positivas correlacionaram-se positivamente com relatos de comportamentos adaptativos das crianças ($r= .27$, $p=.004$).

Diante do exposto, entende-se que a existência de indicadores emocionais maternos de ansiedade, estresse e depressão após a maternidade, além da possibilidade de afetarem a saúde mental futura das mães, ainda podem constituir-se como fator de risco para o desenvolvimento infantil, uma vez que comprometem as práticas parentais emitidas e a relação entre a mãe e seu bebê. Para Linhares, Bordin e Carvalho (2004), os efeitos de fatores de risco tendem a ser multiplicados na vida de um indivíduo, prejudicando seu desenvolvimento adaptativo. Além da depressão materna, os níveis de estresse materno também têm sido apontados como fatores de risco para a interação entre mães e seus bebês, marcadas pelas práticas parentais.

2.3.3 Estresse materno

Também no contexto comportamental, Banaco (2005) define o estresse como uma alteração na relação do indivíduo com o ambiente, devido alterações ambientais aversivas, o que demandará um novo repertório de comportamentos da pessoa. Caso o indivíduo não apresente respostas comportamentais adaptativas, o estresse tende a agravar-se.

Para o DSM-IV (2002), o estresse consiste no desenvolvimento de uma ansiedade característica e sintomas dissociativos, além de redução da resposta emocional, ausência de prazer em atividades anteriormente agradáveis e culpa na realização de tarefas habituais em suas vidas. Pode surgir nas situações de mudanças, que podem gerar um estado de tensão emocional que afeta o indivíduo dependendo do modo como ele percebe determinada situação. Em suma, o estresse pode ser entendido como uma expressão da reação de um organismo frente a situações difíceis ou excitantes, sendo essas provocadoras de alterações psicológicas, físicas e químicas, influenciando os comportamentos dos indivíduos (GOMES; BOSA, 2004).

Ainda no que se refere ao estresse, este foi dividido e descrito em três fases por Selye (1956), a saber: 1) fase de alerta, que se refere ao desequilíbrio homeostático que ocorre quando a pessoa se depara com um evento estressor, fazendo com que o indivíduo se prepare para uma “luta ou fuga”. Trata-se de uma reação que pode ser considerada benéfica ao organismo à medida que o prepara para a ação em situações de urgência; 2) fase de resistência, que se dá quando a fase de alerta persiste, e há longa duração ou grande intensidade do evento estressor, fazendo com que o organismo utilize suas reservas de energia adaptativa, na tentativa de um reequilíbrio. Nesta fase, caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa pode se recuperar e abandonar o processo de estresse; 3) fase de exaustão, que ocorre quando o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo grande consumo de energia na tentativa de reestabelecer o equilíbrio homeostático. Esta fase tende a ocorrer quando a resistência do indivíduo não foi suficiente para lidar com a fonte de estresse ou se houver, em concomitância, a presença de outros estressores (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). Entretanto, Lipp (2000) descreveu uma fase intermediária, entre a fase de resistência e a de exaustão, denominada de quase-exaustão. Essa fase caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao evento estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa.

O estresse parental influencia as práticas disciplinares dos pais, de maneira que os comportamentos emitidos por eles podem promover e aumentar o comportamento agressivo e de oposição da criança (KAZDIN; WHITLEY, 2003). Diante disso, é possível que as mulheres possam apresentar sintomas de estresse devido a transformações decorrentes do período da gestação, do nascimento do bebê, dos cuidados com o bebê e, no caso de muitas mães, do retorno ao trabalho. Uma vez que tais sintomas sejam identificados e compreendidos podem ser objeto de intervenção com o objetivo de minimizar os seus efeitos sobre a saúde mental materna e, por consequência, sobre o desenvolvimento infantil.

Considerando-se que as práticas parentais maternas afetam o desenvolvimento infantil, e que tais práticas são influenciadas, entre outros fatores, pelos indicadores da saúde mental materna (FARMER; LEE, 2011; SMITH, 2012), entende-se como relevante destacar alguns estudos que apontam para maneiras pelas quais os indicadores relativos à saúde mental materna podem influenciar o desenvolvimento infantil.

Também Philipps e O'Hara (1991) conduziram um estudo longitudinal com 99 mães casadas e maiores que 18 anos de idade durante quatro anos e meio, avaliando o ajustamento social e a depressão materna, bem como os comportamentos das crianças, desde quando estas eram bebês. Os resultados apontaram que a depressão tardia esteve relacionada com problemas comportamentais das crianças aos quatro anos e meio de idade, além da depressão pós- parto ser um fator de risco para a presença de depressão tardia ($X^2 (1, n=70) = 3,63, p<0,06$), e esta ser um fator de risco para os problemas de comportamentos infantis internalizantes ($t(68) = -2,70, p<0,01$) e externalizantes ($t(68) = -1,92, p<0,05$).

Buscando avaliar a prevalência de sintomas depressivos maternos e sua relação com a qualidade de interação entre essas mães e seus bebês prematuros, Korja, Savonlahti, Ahlqvist-Bjorkroth, Stolt, Haataja, Lapinleimu, Piha e Lehtonen (2008) encontraram uma prevalência de 12,6% de depressão medida pelo EPDS em 125 mães de bebês nascidos prematuros. Encontraram, também, que os sintomas de depressão pós-parto associaram-se negativamente com a qualidade da interação mãe-bebê nos quesitos de envolvimento materno com afeto positivo ($p=0,02$) e comunicação materna positiva ($p=0,008$). Os autores concluem que a depressão materna é um risco para o desenvolvimento da relação mãe-bebê, sendo importante a identificação dos sintomas depressivos nessas mães para buscar oferecer suporte precoce.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Verificar as possíveis associações das práticas parentais de mães de bebês de seis a 12 meses com variáveis sociodemográficas e de saúde mental materna.

Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar o perfil sociodemográfico de díades mãe-bebê;
- 2) Descrever as práticas parentais maternas;
- 3) Verificar as possíveis correlações das práticas parentais maternas com as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê;
- 4) Descrever os indicadores de saúde mental materna com relação à Ansiedade, Depressão e Estresse;
- 5) Verificar as possíveis correlações entre os indicadores de saúde mental materna e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê;
- 6) Verificar as possíveis correlações das práticas parentais maternas com os indicadores de Ansiedade, Depressão e Estresse;
- 7) Comparar dois grupos contrastantes de mães de bebês de seis a 12 meses quanto à condição de saúde mental com relação às práticas parentais positivas e negativas.

4 MÉTODO

4.1 Aspectos éticos da pesquisa

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, da UNESP, Bauru, SP (Anexo 1). Foram tomadas todas as providências com relação às informações sobre os objetivos e atividades do projeto, a ausência de qualquer ônus para a participação na pesquisa, o sigilo das informações fornecidas pelas participantes quando da apresentação dos dados dessa pesquisa em eventos e publicações da área. Foi garantida, também, a manutenção dos demais serviços por elas usufruídos no Centro de Psicologia Aplicada, em caso de desistência, o que poderia ocorrer em qualquer fase desse projeto, foram tomadas por ocasião do convite para a participação neste estudo. A partir do aceite e esclarecidas todas as dúvidas, as participantes ou seus responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), de acordo com o Regulamento SUS 2048/2009.

4.2 Participantes

Participaram deste estudo 100 mães de bebês com idades entre seis e 12 meses. Para esta pesquisa, foram selecionadas mães de bebês entre seis e 12 meses de idade pelo fato de que, nessa idade, os bebês estão mais responsivos ao ambiente (sentam, engatinham, vocalizam com maior frequência e andam), demandando maiores cuidados e atenção por parte delas. Tais mães constituíram uma amostra de conveniência, uma vez que frequentavam o projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, que funciona no Centro de Psicologia Aplicada, da UNESP, Bauru. Caso a participante já tivesse respondido os instrumentos uma vez no período em que o bebê tinha de seis a 12 meses de idade, não respondia novamente.

Foram convidadas para participar do presente estudo todas as mães de bebês com idade entre seis e 12 meses participantes do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais” Previamente foi definido o total de mães participantes (100). Atingido este número os convites foram encerrados. A coleta ocorreu entre setembro de 2010, todo o ano todo de 2011 e até fevereiro de 2012. Ainda que o projeto atenda um número maior de bebês, é relativamente pequeno aqueles que chegam até a 12ª avaliação. No projeto “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”, os bebês têm o seu desenvolvimento mensalmente avaliado por meio do Inventário Portage Operacionalizado, até 12 meses de idade. A partir do convite e, em caso de interesse, as mães participantes recebem todas as informações pertinentes ao presente projeto e os horários para sua participação no mesmo são, então, agendados.

4.3 Local

A coleta de dados foi realizada em sala para atendimento individual, do Centro de Psicologia Aplicada (CPA), da UNESP, campus Bauru. Esta sala contém uma mesa, duas cadeiras e uma poltrona, compondo o ambiente adequado para a coleta de dados individual.

4.4 Materiais

4.1.1 Para coleta de dados

Para avaliação das práticas parentais

Foi utilizado o “Inventário de Estilos Parentais para Mães de Bebês” (IEPMB), adaptado de Gomide (2006) por Altafim, Schiavo e Rodrigues (2008). O Inventário de Estilos Parentais para a aplicação em pais de crianças a partir de cinco anos de idade, foi elaborado por Gomide (2006) e é originalmente composto por 42 questões, que buscam analisar sete práticas educativas, sendo duas relacionadas ao desenvolvimento dos comportamentos pró-

sociais e cinco dos comportamentos antissociais. Para o IEPMB (Anexo 3), considerando a faixa etária dos filhos das mães participantes, bebês até 12 meses, houve a necessidade de uma adaptação do instrumento original. Duas das práticas, uma positiva (comportamento moral) e uma negativa (monitoria negativa) foram eliminadas por não se enquadrarem nas idades das crianças. As questões referentes ao Comportamento Moral que foram eliminadas são: *“Ensino meu filho (a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele (a).”*, *“Se meu filho (a) colar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesmo (a)”*, *“Se meu filho(a) estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas”*, *“Aconselho meu filho(a) a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas”*, *“Converso com meu filho(a) sobre o que é certo ou errado no comportamento os personagens dos filmes e dos programas de TV”*, e *“Converso sobre o futuro trabalho ou profissão do meu filho, mostrando os pontos positivos ou negativos de sua escolha”*. As questões referentes à Monitoria Negativa que foram retiradas são: *“Critico qualquer coisa que meu filho (a) faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados”*, *“Quando meu filho(a) sai, telefono procurando por ele(a) muitas vezes”*, *“Controlo com quem meu filho(a) fala ou sai”*, *“Especialmente nas horas das refeições, fico dando as ‘brincas’”*, *“Se meu filho(a) vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, se fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos”*, *“Se meu filho(a) estiver aborrecido (a), fico insistindo para ele contar que aconteceu, mesmo que ele (a) não queira contar”*. Como pôde ser observado, as questões sobre Comportamento Moral e Monitoria Negativa não se encaixam no contexto da convivência entre as díades mãe-bebê.

No que diz respeito às demais práticas (Negligência, Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada, Abuso Físico e Monitoria Positiva), alguns itens foram reescritos,

adaptando-os à realidade dessa população. Quais são esses itens e a adaptação realizada podem ser observados no Anexo 4.

Desta forma, o IEPMB consta de 25 itens, sendo cinco de cada um dos conjuntos de práticas acima identificados.

Para a avaliação de ansiedade

A ansiedade foi avaliada pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que foi elaborado por Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) e é de auto-aplicação para jovens e adultos. Esse inventário foi traduzido e adaptado para o português por Ângela Biaggio, em 2003. O inventário é composto de duas escalas distintas, elaboradas para medir dois conceitos distintos de ansiedade: Estado de ansiedade (A-Estado) e traço de ansiedade (T-traço). A folha de resposta contém 20 afirmações que requerem que o sujeito assinale aquela que descreva como geralmente se sente e outras 20 afirmações, que requerem que o sujeito assinale como se sente em determinado momento, em uma escala Likert, variando de 1 (absolutamente não) a 4 (muitíssimo), para a escala A-Estado e variando de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre), para a escala A-Traço. As participantes responderam a cada item do instrumento, circulando o número apropriado à direita de cada afirmação na folha de respostas. A amplitude de escores possíveis para o IDATE varia de um mínimo de 20 a um máximo de 80 pontos, em ambas as subescalas (A-traço e A-estado), conforme descrito no manual (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970). A fidedignidade de teste-reteste da escala A-Traço deste instrumento é relativamente alta (oscilando entre 0,73 e 0,86). Já a fidedignidade de teste-reteste para a escala A- Estado foram relativamente baixas (oscilando entre 0,16 e 0,54), como se espera de uma medida a ser influenciada por fatores situacionais. Ambas as escalas (A- Traço e A- Estado) tem alto grau de consistência interna, sendo que o *alfa de Cronbach* variou de 0,63 a 0,92 para A- Estado (BIAGGIO, 2003).

Tanto para os indicadores de Ansiedade- Traço quanto para os de Ansiedade- Estado utilizou-se o critério de corte de escore igual ou acima do percentil 75 (ou escore 48) para definir sintomas de Ansiedade Clínica, que na tabela do manual se refere à população brasileira. Há, na literatura, estudos que utilizaram este mesmo critério para definir Ansiedade Clínica (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008; SCHIAVO, 2011). As participantes que não atingiram escores acima do percentil 75 foram definidas como sintomas de Ansiedade Controlada, definição também já utilizada na literatura (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006; SCHIAVO, 2011).

Spielberger, Gorsuch e Lushene (1970) definem o estado de ansiedade como uma situação emocional transitória ou condição do organismo humano em que há sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, havendo um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Já o traço de ansiedade é definido por estes autores como as diferenças individuais de propensão á ansiedade, caracterizada pela tendência de reagir a situações ameaçadoras com elevação de intensidade no estado de ansiedade.

Para a avaliação de depressão

A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), que consiste numa escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes (0 a 3) de gravidade da depressão (GORESTEIN, WANG, ARGIMON, WERLANG, 2011). As questões presentes no BDI-II referem-se a: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Fracasso passado; 4) Perda de prazer; 5) Sentimentos de Culpa; 6) Sentimentos de Punição; 7) Autoestima; 8) Autocrítica; 9) Pensamentos ou desejos suicidas; 10) Choro; 11) Agitação; 12) Perda de Interesse; 13) Indecisão; 14) Desvalorização; 15) Falta de energia; 16) Alterações no padrão de sono; 17) Irritabilidade; 18) Alterações de apetite; 19) Dificuldade de concentração; 20) Cansaço ou fadiga e 21) Perda de interesse por sexo

(GORESTEIN et al., 2011). O objetivo desse instrumento é medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade.

Ao final da aplicação deste instrumento, será obtido um escore que pode variar de 0 a 63. Internacionalmente, essa escala tem sido usada para medir a presença e gravidade de sintomas depressivos em pessoas de diferentes faixas etárias, tanto da população clínica como da população em geral. No Brasil, porém, esta escala não objetiva a realização de um diagnóstico, mas uma avaliação de manifestações comportamentais de depressão. Além disso, a versão traduzida e adaptada para o Brasil apresenta níveis de escores apenas para pacientes psiquiátricos (CUNHA, 2001; GORESTEIN et al., 2011). A literatura, então, sugere que os critérios que têm sido utilizados para pacientes não diagnosticados com transtornos psiquiátricos são: pontuação maior que 15, indicativa de disforia e pontuação maior que 20, indicativa de depressão (PADOVANI et al., 2004; PADOVANI, 2005; PEROSA; SILVEIRA; CANAVEZ, 2008). Coloca-se, ainda, que não há indicações clínicas e epidemiológicas de que as características da depressão sejam diferentes na população brasileira, embora este critério (maior que 15 indicativo de disforia e maior que 20 indicativo de depressão) nunca tenha sido testado para a população do Brasil (GORESTEIN; ANDRADE, 2000).

Assim, o BDI-II apresenta uma elevada consistência interna, com coeficiente *alfa de Cronbach* em torno de 0,90 para a amostra total, por gênero e para as diversas subamostras estudadas (GORESTEIN et al., 2011). Além disso, o manual orienta que os itens desse instrumento podem ser lidos em voz alta pelo aplicador para indivíduos que possuam dificuldades de leitura ou problemas de concentração.

Para a avaliação de estresse

O estresse foi avaliado pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (LIPP, 2000), que foi validado em 1994 por Lipp e Guevara. O inventário, que se destina ao uso com jovens e adultos, é composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse. O primeiro quadro é composto por 12 sintomas físicos (F1) e três psicológicos (P1), sendo solicitado às respondentes que assinalem os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. O segundo quadro é composto por dez sintomas físicos (F2) e cinco psicológicos (P2), que devem ser marcados de acordo com o que foi experimentado na última semana. O quadro três é composto por 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, e assinala-se com F3 ou P3 os que foram experimentados no último mês. Com as instruções do manual, os dados permitem que sejam identificadas: a) se a pessoa apresenta sintomas significativos de estresse; b) em que fase do estresse a pessoa se encontra e c) qual a sintomatologia mais presente: somática ou psicológica.

Para o ISSL, há uma elevada consistência interna, uma vez que análise de confiabilidade obteve o coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,9121 (LIPP, 2000). Além disso, considera-se importante destacar que não é necessário ser alfabetizado para responder ao ISSL, pois os itens podem ser lidos para a pessoa. Nesse sentido, quando pessoas de nível educacional baixo são avaliadas, Lipp (2000) sugere, no manual do instrumento, termos simplificados que podem substituir as palavras regulares, conforme se segue: aumento de sudorese (muito suor, suadeira), insônia (dificuldade de dormir); taquicardia (batedeira no peito); hiperventilação (respirar ofegante, rápido); hipertensão arterial (pressão alta); aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele); sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso); e diminuição da libido (se vontade de sexo). Essa substituição de palavras foi utilizada nas aplicações do presente estudo.

Entrevista Inicial

Todas as participantes responderam a uma entrevista inicial, que investiga dados demográficos, como nome, endereço, contatos, membros da família, configuração familiar, sobre a saúde materna antes e após a gestação, se houve problemas durante o parto com a mãe ou com o bebê.

Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados do presente estudo foi realizada em horário previamente combinado e de aplicação individual, sendo que os materiais foram aplicados na seguinte sequência: aplicação do ISSL, IDATE, BDI-II e do Inventário de Estilos Parentais para mães de bebês. Esta sequência de aplicação foi escolhida de maneira aleatória pela pesquisadora, por considerar o ISSL de fácil aplicação, sendo uma forma de aquecimento para as mães responderem questões sobre si próprias. O. Além disso, muitas mães faziam comentários sobre seu cotidiano com a pesquisadora. Buscou-se que elas fizessem isso de forma contextualizada aos instrumentos que respondiam, e que diziam respeito às condições emocionais. Optou-se por deixar o IEPMB por último para que, depois de responder questões sobre os próprios indicadores emocionais, as mães pudessem voltar-se para as questões relativas ao bebê e finalizar falando deste assunto.

Aproximadamente 70% das aplicações dos instrumentos foi realizada pela autora do presente estudo. Os outros 30% das aplicações foram realizados por estagiárias de Psicologia, que atendiam semanalmente os bebês que eram trazidos para participar do projeto de extensão “Acompanhamento do desenvolvimento de bebês: avaliação e orientação aos pais”. Como se trata de um projeto amplo, com diversas pesquisas em desenvolvimento, é habitual que as estagiárias apliquem vários instrumentos nas mães, nos diferentes meses de vida do bebê. Assim, quando atendiam um bebê com idade de seis a 12 meses, podiam convidar a mãe para

participar da pesquisa. Em caso de aceite, a mãe era levada para uma sala individual e os instrumentos aplicados, ou era agendado um novo horário com a mãe.

As estagiárias participavam de supervisões quinzenais com sua orientadora, por motivo do projeto de extensão e, em algumas dessas supervisões, foram ensinadas a aplicar os instrumentos da presente pesquisa, que podem ser considerados de fácil aplicação, levando em média 30 minutos para que as mães os respondessem.

4.1.2 Codificação dos dados

Práticas parentais

Para a análise dos dados referentes às práticas parentais, a tabulação foi feita utilizando a folha de resposta do IEPMB, que contém as cinco práticas parentais avaliadas. Cada resposta NUNCA recebeu a pontuação zero; ÀS VEZES, pontuação 1 e SEMPRE pontuação 2. Portanto, cada conjunto de práticas educativas parentais poderia ter a pontuação máxima de 10 pontos. Quando alguma questão não foi respondida recebeu a pontuação zero.

Ansiedade

A tabulação dos dados obtidos com o IDATE foi feita utilizando as orientações constantes no manual. Alguns itens do IDATE (ex.: “Eu estou tenso”) são colocados de tal maneira que uma avaliação 4 (muitíssimo) indica um alto nível de ansiedade. Já outros itens (ex.: “Sinto-me contente”) são colocados de tal modo que uma avaliação alta significa baixa ansiedade. Os pesos dos itens em que os escores altos indicam alta ansiedade são iguais aos números marcados para esses itens na folha de resposta. Para itens em que escores altos indicam baixa ansiedade, os pesos são invertidos. A escala A-estado tem dez itens contados diretamente e dez inversamente. Já a escala A-traço, tem sete itens invertidos e treze contados diretamente. Após obter o escore bruto, este é transformado em resultados de A-traço e A-estado, conforme a pontuação da Tabela do manual, considerando como sintomas de

Ansiedade Clínica os percentis iguais ou acima de 75 ou os escores brutos iguais ou acima de 48.

Depressão

No Inventário de Depressão Beck (BDI-II) o escore total (que pode ser no máximo 63) é obtido somando os escores de cada um dos 21 itens, sendo que cada um deles apresenta quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3.

Conforme citado no item 4.1.1, o Inventário de Depressão Beck proporciona avaliação de manifestações comportamentais de depressão, tendo finalidade diagnóstica apenas para pacientes psiquiátricos. Por este motivo, os critérios utilizados para este estudo serão aqueles citados no referido item, qual seja: pontuação maior que 15 para indicação de disforia e pontuação maior que 20 para indicação de depressão.

Estresse

Para se obter os dados do ISSL, somam-se, por quadro, as respostas P e F separadamente, de modo que se tenham três escores físicos e três psicológicos em um total de seis. Na sequência, somam-se os escores P+F por quadro, de modo que se tenha três escores, um para cada quadro do inventário. Essas somas devem ser escritas na folha de respostas e são encontradas suas porcentagens correspondentes para a correção e avaliação do instrumento nas três tabelas de correção que estão presentes no Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (2000). O quadro que possuir a porcentagem mais alta define, também, a fase do estresse em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão). Na sequência, há duas tabelas de correção no Manual do Inventário que oferecem a porcentagem correspondente aos sintomas físicos e aos sintomas psicológicos apresentados pela pessoa, permitindo que se observe a prevalência de sintomas (físicos,

psicológicos ou ambos).

4.1.3 Para análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Foram verificadas as correlações entre práticas parentais e níveis de ansiedade, estresse e depressão maternos. Para tanto, foram utilizados testes da estatística inferencial, a saber: teste estatístico paramétrico *r de Pearson*, para avaliar a correlação entre variáveis; teste *ρ de Spearman*, utilizado para avaliar a correlação entre variáveis nominais e não paramétricas; Teste Mann-Whitney, para avaliar a existência de diferença significativa entre as médias dos postos de duas condições. (DANCEY; REIDY, 2006). Além disso, foram utilizados testes de estatística descritiva, como cálculos de frequência e de média, mediana e desvio-padrão. Utilizou-se como critério de significância $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Inicialmente, serão descritos os dados sociodemográficos das participantes (mães e seus bebês). Em seguida, serão descritas as práticas parentais relatadas pelas participantes e, depois, as possíveis correlações das mesmas com as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê. Serão apresentados, então, os indicadores de saúde mental materna com relação à Ansiedade, Depressão e Estresse que serão correlacionados, cada um, com as práticas parentais, negativas e positivas. Ao final serão apresentados os dados de comparação de dois grupos contrastantes de mães de bebês de seis a 12 meses quanto à condição de saúde mental com relação às práticas parentais positivas e negativas.

5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes

Sobre as variáveis demográficas maternas, tem-se que a idade das mães variou entre 15 e 39 anos (Média=26,27; Med= 26; DP= 5,92). A idade dos bebês variou de seis a 12 meses (Média= 8,77; Med= 9; DP= 2,24). Das mães, 52% havia concluído o Ensino Médio e 80% faziam parte de famílias nucleares (nas quais considera-se pai, mãe e filhos), sendo que 57 mães possuía apenas um filho, enquanto as outras 43 possuíam dois ou mais.

Por família de origem, entende-se a família da mãe ou do pai do bebê, ou seja, os avós da criança. Portanto, na categoria “família de origem +mãe+bebê” (14% da amostra) entende-se que essa mães e seus bebês moram com os avós maternos; já na categoria “família de origem+ mãe+pai+bebê” (6% da amostra), entende-se que a mãe e o pai do bebê residem com os avós paternos ou maternos da criança.

Entende-se como de risco os bebês que apresentaram alguma condição de risco para o desenvolvimento na ocasião de seu nascimento (prematuridade, baixo peso, mãe adolescente), compondo 22% da amostra; pertencem à categoria de bebês “controle” aqueles que não apresentaram

nenhuma das condições de risco anteriormente mencionadas (78% da amostra). A Tabela 1 apresenta essa caracterização.

Tabela 1: Caracterização das participantes

	N= 100	Porcentagem
Idade		
Até 19 anos completos	15	15
Acima de 20 anos completos	85	85
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	11	11
Ensino Fundamental completo	21	21
Ensino Médio completo	52	52
Ensino Superior completo	16	16
Configuração familiar		
Família nuclear	80	80
Família de origem + mãe+ bebê	14	14
Família de origem+ mãe+pai+ bebê	6	6
Sexo do bebê		
Masculino	38	38
Feminino	62	62
Condição de risco		
Controle	78	78
Mãe adolescente	13	13
Baixo peso	2	2
Baixo peso+ prematuro	4	4
Prematuro+ mãe adolescente	2	2
Bebê adotado	1	1
Número de filhos		
1	57	57
2	30	30
3	10	10
4 a 7	3	3

Os bebês eram 38 do sexo masculino e 62 do sexo feminino, sendo que 78 bebês foram classificados como grupo controle, enquanto os outros 22 apresentavam alguma condição de risco (filhos de mãe adolescente, baixo peso, prematuro, bebê adotado ou alguma combinação entre essas condições de risco).

5.2 Práticas parentais maternas

A Tabela 2 apresenta as médias das práticas parentais positivas e negativas. Nota-se que a média nas práticas de Monitoria positiva foi de 8,96, indicando que as mães da presente

amostra apresentam alta frequência de práticas parentais consideradas adequadas. Quanto às práticas negativas, a que apresenta maior média é a Disciplina Relaxada (4,41), seguida da Punição Inconsistente (2,01). As práticas parentais de Negligência e Abuso Físico obtiveram uma média geral de 1,36 e 0,28, respectivamente.

Tabela 2: Médias, medianas e desvio padrão das práticas parentais emitidas pelas mães.

Mães de bebês com idade entre seis e 12 meses (n=100)	Práticas	Média	Desvio-padrão	Mediana
Prática positiva	Monitoria Positiva	8,96	1,46	9
Práticas negativas	Negligência	1,36	1,31	1
	Abuso Físico	0,28	0,71	0
	Disciplina Relaxada	4,41	2,43	4,5
	Punição Inconsistente	2,01	1,77	2

5.2.1 Correlações entre variáveis demográficas e práticas parentais maternas

Foi realizado o teste estatístico ρ de Spearman para verificar possíveis correlações entre as práticas parentais emitidas e variáveis demográficas maternas. Conforme descrito na Tabela 3, considerando a escolaridade materna observou-se correlações negativas, de nível fraco (-,215) nas práticas de Punição Inconsistente ($p=0,032$), e de nível forte (,537) e Disciplina Relaxada ($p=0,000$), sendo que quanto maior a escolaridade das mães (Ensino médio completo e Ensino superior completo) menores as destas práticas no IEPMB. Observou-se, também, correlação positiva com Monitoria Positiva ($p=0,025$) de nível fraco (,225), sendo que quanto maior a escolaridade, maior o uso da prática (Anexo 5).

Também na Tabela 3, considerando a idade materna, observou-se correlação positiva com a prática de Negligência ($p=0,005$) mostrando, num nível moderado (,281), que quanto maior a idade maior o uso da prática (Anexo 6). Houve, também, correlação num nível fraco (-,227) entre o tipo de família e a prática de Negligência ($p=0,023$), apontando que é mais

frequente na família nuclear do que nos demais tipos de família (Anexo 7). Com relação ao número de filhos observou-se correlação positiva de nível moderado (,370 e ,289, respectivamente) com as práticas educativas negativas de Punição Inconsistente ($p=0,000$) e Negligência ($p=0,004$); além disso, notou-se correlação de nível fraco (,222 e ,224, respectivamente) com as práticas negativas de Disciplina Relaxada ($p=0,027$) e Abuso Físico ($p=0,025$). Assim, quanto mais filhos mais as mães fazem uso destas práticas negativas. Para a prática Monitoria Positiva não se observou correlação (Anexo 8).

Analisando a correlação entre as práticas educativas e variáveis do bebê considerou-se a idade, o sexo e a condição de risco. Com relação ao sexo do bebê, para a população estudada não se observou diferenças significativas (Anexo 9). Correlações positivas foram encontradas relacionadas à idade do bebê (Anexo 10), sendo de nível moderado (,233) para a prática de Negligência ($p=0,020$) e de nível fraco (,221) para a prática de Abuso Físico ($p=0,027$), mostrando que quanto maior a idade do bebê mais as mães utilizam tais práticas (Tabela 3).

Tabela 3: Correlação entre práticas educativas parentais e variáveis maternas e do bebê.

Variáveis analisadas	Resultados	Práticas educativas				
		Monitoria Positiva	Punição Inconsistente	Disciplina Relaxada	Negligência	Abuso Físico
Escolaridade	Coeficiente	,225*	-,215*	-,537**	-,017	-,119
	Significância	,025	,032	,025	,867	,240
Idade da mãe	Coeficiente	,109	,118	-,037	,281**	,060
	Significância	,282	,240	,714	,005	,556
Tipo de família	Coeficiente	-,127	-,227*	,023	-,032	-,008
	Significância	,208	,023	,819	,755	,937
Número de filhos	Coeficiente	-,072	,370**	,222*	,289**	,224*
	Significância	,476	,000	,027	,004	,025
Idade do bebê	Coeficiente	,077	,100	,152	,233*	,221*
	Significância	,446	,320	,131	,020	,027

** . Correlação significativa para nível de 0.01; * . Correlação significativa para nível de 0.05.

Para a condição de risco do bebê, a análise foi feita considerando duas categorias: 1) bebês do grupo controle e, 2) bebês com alguma condição de risco. Não foi observada

diferença estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas (dados detalhados no Anexo 11).

5.3 Indicadores de saúde mental das mães com relação à ansiedade, depressão e estresse

5.3.1 Ansiedade

A análise estatística (Pearson) apontou para correlação ($p=0,000$) entre os resultados obtidos em traço e estado de ansiedade. Todavia, optou-se por analisar os dados das participantes em função dos dois indicadores, traço e estado. Em se tratando dos sintomas de ansiedade medidos pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), conforme pode ser observado na Figura 1, obteve-se que, para Ansiedade-Estado, 66 mães foram classificadas como Ansiedade Controlada e 34 mães com Ansiedade-Clínica. Em relação à Ansiedade-Traço, 54 participantes foram classificadas com Ansiedade-Controlada e 46 participantes com Ansiedade-Clínica. Considerando a Ansiedade-Traço, entre as com Ansiedade Controlada apenas sete mães (13%) apresentaram Ansiedade-Estado em nível clínico. Entre as mães com Ansiedade-Traço em nível clínico, 27 (58%) também apresentaram Ansiedade-Estado em nível clínico.

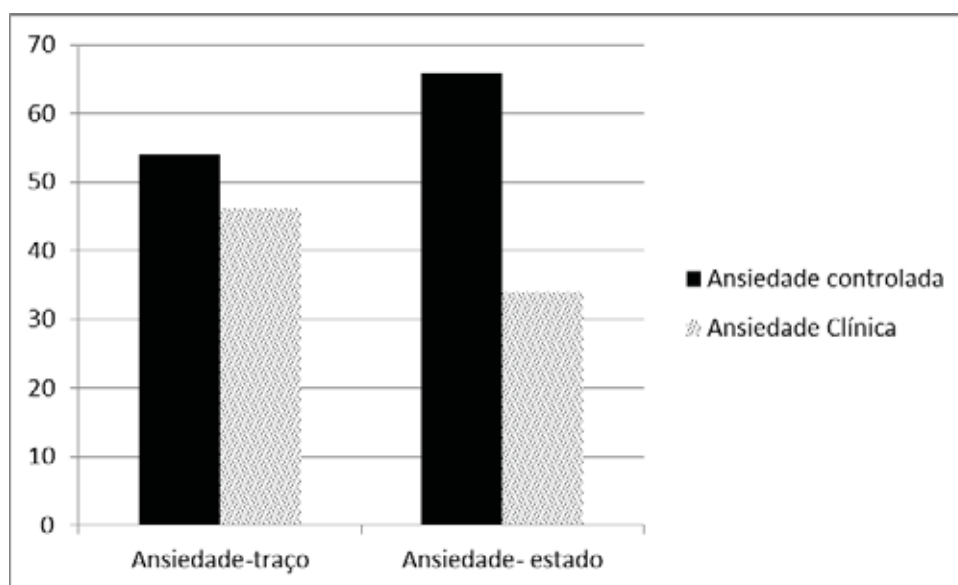


Figura 1: Indicadores de níveis de Ansiedade- Traço e Ansiedade- Estado das mães.

5.3.1.1 Correlações entre os indicadores de ansiedade materna e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê

Foi realizado o teste estatístico ρ de *Spearman* para verificar possíveis correlações entre o nível de ansiedade (traço/estado) e variáveis demográficas maternas e do bebê. Considerando a escolaridade materna observou-se correlação negativa com o estado de ansiedade, o que significa que quanto menor a escolaridade maior o nível de ansiedade ($p=0,053$). Considerando a idade materna, tipo de família e número de filhos não observou-se correlação. Analisando a correlação entre estado de ansiedade e variáveis do bebê considerou-se a idade, o sexo e a condição de risco, não encontrando correlação com o mesmo. Com relação ao sexo, idade e condição de risco do bebê, para a população estudada não observou-se diferenças significativas.

Considerando a ansiedade-traço e as variáveis sociodemográficas não se observou correlação entre a idade materna, o tipo de família e o número de filhos. Em escolaridade materna observou-se correlação negativa ($p=0,003$) indicando que quanto menor a escolaridade maior o nível de ansiedade. Analisando as variáveis do bebê como sexo, idade e condição do risco do bebê não foram encontradas correlações ou diferenças significativas.

5.3.2 Depressão

Em relação aos indicadores de depressão e disforia, aferidos pelo Inventário de Depressão Beck (BDI-II), conforma observado na Figura 2, 71 mães não apresentaram escores para esses sintomas, ao passo que 12 apresentaram indicadores de disforia e 17 obtiveram indicadores de depressão.

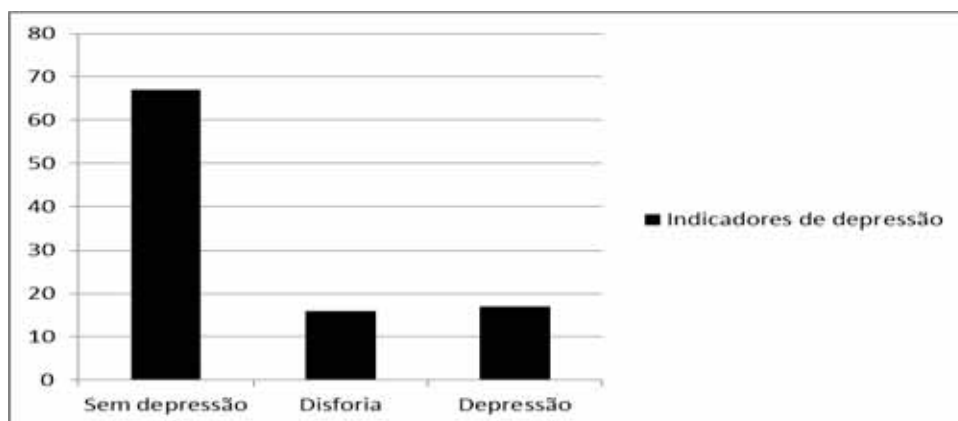


Figura 2: Indicadores de disforia/depressão materna.

5.3.2.1 Correlações entre os indicadores de depressão materna e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê

Os dados foram analisados inicialmente considerando o total de pontos obtidos no BDI-II e as variáveis maternas e do bebê. Considerando a escolaridade materna observou-se correlação negativa com depressão, ainda que em nível de 90% ($p=0,07$) indicando que quanto menor a escolaridade maior a pontuação no BDI-II. Considerando a idade materna, tipo de família e número de filhos não observou-se correlação. Analisando a correlação entre a pontuação no BDI-II e variáveis do bebê (idade, o sexo e a condição de risco), não se encontrou correlação.

5.3.3 Estresse

A Figura 3 apresenta os dados das 100 mães de bebês com idade entre seis e 12 meses que participaram do estudo, sendo que 68 apresentaram estresse (68%) e 32 não apresentam estresse (32%), conforme os dados obtidos com o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Considerando as 68 mães que apresentaram estresse, tem-se: três delas encontraram-

se na fase de alerta (4,4%), 46 apresentaram-se na fase de resistência (67,6%), 15 estavam na fase de quase-exaustão (22%) e quatro revelaram estar na fase de exaustão (6%). Quanto à prevalência dos sintomas, ainda considerando as 68 participantes que apresentaram estresse, 13 delas apresentaram predominância de sintomas físicos (19%), 49 mães mostraram sintomas psicológicos predominantes (72%) e seis participantes apresentaram prevalência de ambos os sintomas (9%).

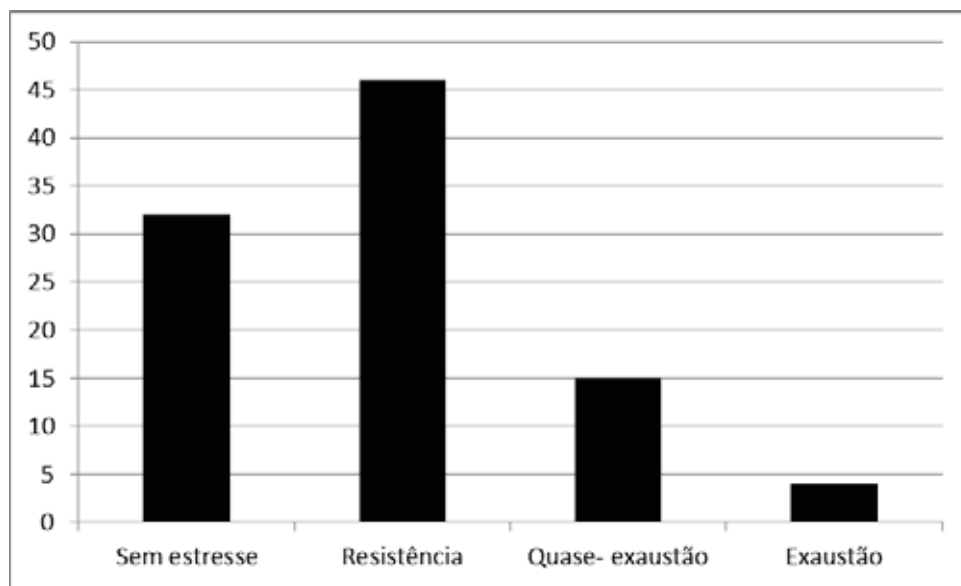


Figura 3: Sintomatologia de estresse em mães de bebês entre seis e 12 meses de idade.

5.3.3.1 Correlações entre os indicadores de estresse e as variáveis sociodemográficas das díades mãe-bebê

Foi realizado o teste estatístico ρ de Spearman para verificar possíveis correlações entre a presença/ausência de estresse, fases do estresse e variáveis demográficas maternas. Considerando a escolaridade, a idade materna, o tipo de família e o número de filhos não observou-se correlação. Analisando a correlação entre a presença/ausência de estresse e

variáveis do bebê considerou-se a idade, o sexo e a condição de risco. Com relação ao sexo, idade do bebê e condição de risco também não se observou correlação.

5.4 Comparação e correlação entre práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos

Considerando os resultados do IDATE, analisou-se as práticas educativas comparando-as com o grupo de mães com Ansiedade Clínica com o grupo com Ansiedade Controlada. As pontuações das práticas parentais dessas mães foram submetidas ao teste T de Student, buscando verificar se havia diferença significativa nas médias das pontuações das práticas parentais. Na Tabela 4, observa-se que as mães com Ansiedade Clínica para Ansiedade-Estado utilizam significativamente mais ($p=0,02$) a prática de Punição Inconsistente (média=2,59) do que mães com Ansiedade- Controlada (média=1,71).

Tabela 4. Comparação das médias das práticas parentais maternas considerando os níveis de Ansiedade- Estado.

Ansiedade- Estado	Média	Média	Valor de p
	Ansiedade- Controlada (N=66)	Ansiedade- Clínica (N=34)	
Monitoria Positiva	8,88	9,12	0,44
Negligência	1,30	1,47	0,55
Disciplina Relaxada	4,32	4,59	0,60
Punição Inconsistente	1,71	2,59	0,02
Abuso Físico	0,23	0,38	0,30

A análise dos dados de Ansiedade-Traço, descritos na Tabela 5, mostrou que as mães do grupo com Ansiedade Clínica diferiram significativamente do grupo das mães com Ansiedade Controlada nas práticas de Disciplina Relaxada ($p=0,02$) e Punição Inconsistente ($p=0,00$), sendo que mães com Ansiedade-Clínica utilizam-se mais dessas práticas (Disciplina Relaxada=5,00; Punição Inconsistente=2,59) do que as mães com Ansiedade-Controlada (Disciplina Relaxada=3,91; Punição Inconsistente=1,52).

Tabela 5. Comparação das médias das práticas parentais maternas considerando os níveis de Ansiedade- Traço.

Ansiedade- Traço	Média	Média	Valor de p
	Ansiedade- Controlada (N=54)	Ansiedade- Clínica (N=46)	
Monitoria Positiva	9,11	8,78	0,26
Negligência	1,43	1,28	0,59
Disciplina Relaxada	3,91	5,00	0,02
Punição Inconsistente	1,52	2,59	0,00
Abuso Físico	0,24	0,33	0,55

Para análise dos dados de obtidos com o BDI-II optou-se por juntar, em um mesmo grupo, mães com disforia e mães com depressão, considerando o baixo número de participantes em cada uma das condições (com disforia: 12 e com depressão: 17). Os dados da Tabela 6 apontam que houve diferença estatística para a prática de Punição Inconsistente ($p=0,004$), sendo que mães com Disforia/ Depressão utilizam com mais frequência essa prática (média=2,72) do que mães sem esses indicadores emocionais (média=1,65).

Tabela 6. Comparação das médias das práticas parentais maternas considerando a presença/ausência de Disforia/ Depressão.

Disforia/ Depressão	Média	Média	Valor de p
	Sem depressão (N=71)	Disforia/ Depressão (N=29)	
Monitoria Positiva	8,98	8,90	0,80
Negligência	1,28	1,51	0,41
Disciplina Relaxada	4,23	4,75	0,33
Punição Inconsistente	1,65	2,72	0,004
Abuso Físico	0,28	0,27	0,943

No que se refere à comparação das práticas parentais das mães do grupo com estresse e das mães do grupo sem estresse, notou-se que as médias das mães dos grupos com estresse foram maiores para as práticas negativas de Negligência, Disciplina Relaxada e Punição Inconsistente; e as médias foram menores para a prática de Abuso Físico e Monitoria Positiva, conforme pode ser observado na Tabela 7. A análise estatística (*t de Student*) mostrou

diferenças significantes para Disciplina Relaxada, sendo que o grupo com estresse utiliza mais esta prática (4,76) do que o grupo sem estresse (3,65). Considerando o nível de 90%, observa-se que a prática de Punição Inconsistente ($p=0,082$) são mais emitidas pelas mães com estresse (média=2,22) do que pelas mães sem estresse (média=1,56).

Tabela 7: Comparação das médias das práticas parentais maternas considerando a presença/ausência de estresse.

Práticas	Média	Média	Valor de p
	Com estresse (N=68)	Sem estresse (N=32)	
Monitoria Positiva	8,88	9,09	0,53
Negligência	1,38	1,31	0,81
Disciplina Relaxada	4,76	3,65	0,033
Punição Inconsistente	2,22	1,56	0,082
Abuso Físico	0,25	0,34	0,54

Analisou-se, também, se haveria correlação entre as práticas parentais maternas e os indicadores emocionais de ansiedade, depressão e estresse. A Tabela 8 mostra esses dados.

No caso da Ansiedade, considerando a Ansiedade Controlada e Clínica, na condição de Ansiedade-Estado, correlação positiva significativa moderada ($p= 0,01$, teste *r de Pearson*, 0,32), em Punição Inconsistente foi observada, demonstrando que quanto maior o índice de ansiedade mais relataram utilizar desta prática.

Considerando a correlação entre Ansiedade Clínica e Ansiedade Controlada, em Ansiedade Traço, observou-se, segundo o teste de correlação *r de Pearson*, correlação positiva moderada na prática de Punição Inconsistente ($p=0,000$; 0,34) e correlação positiva fraca na prática de Disciplina Relaxada ($p= 0,033$; 0,21), apontando que mães com Ansiedade Clínica relataram mais o uso desta prática do que as mães com Ansiedade Controlada.

A correlação entre a pontuação do BDI-II e a obtida nas práticas educativas analisadas, utilizando o teste de Pearson, apontou para correlação positiva fraca significativa entre os indicadores de disforia ou depressão maternas e as práticas educativas Punição Inconsistente

($p=0,004$; 0,29), Disciplina Relaxada ($p=0,046$; 0,20) e Negligência ($p=0,050$; 0,20). Assim, pode-se dizer que mães com depressão ou disforia relataram mais o uso destas práticas.

Para a análise dos níveis de estresse utilizou-se os níveis sem estresse (0), com alerta ou resistência (1) e quase exaustão e exaustão (2). A Tabela 8 mostra que, correlacionando as práticas parentais com as fases de estresse, observou-se correlação positiva fraca significativa em Disciplina Relaxada ($p=0,013$; 0,25) e em Punição Inconsistente ($p=0,018$; 0,24), indicando que mães em fases mais avançadas utilizam mais estas práticas.

Tabela 8. Correlação entre ansiedade, depressão e fases do estresse com as práticas educativas.

Práticas	Resultados	Monitoria Positiva	Punição Inconsistente	Disciplina Relaxada	Negligência	Abuso Físico
Ansiedade Estado	Coeficiente	-,081	,318**	,062	,084	,085
	Significância**	,421	,001	,543	,406	,403
Ansiedade traço	Coeficiente	-,127	,343**	,213*	-,015	,017
	Significância**	,208	,000	,033	,885	,864
Depressão	Coeficiente	-,085	,285**	,200*	,197*	,068
	Significância**	,400	,004	,046	,050	,499
Estresse	Coeficiente	-,006	,237*	,247*	,042	-,021
	Significância*	,955	,018	,013	,677	,838

*Correlação de Spearman ** Correlação de Pearson

5.5 Correlação entre indicadores de depressão, ansiedade e estresse maternos

Outra análise conduzida foi identificar se havia correlação entre os diferentes indicadores emocionais (Tabela 9). Considerando a pontuação no BDI-II e no IDATE tanto traço ($p=0,000$) como estado ($p=0,000$) observou-se forte correlação positiva (,709 e ,655, respectivamente), isto é, quanto mais alta a pontuação no BDI-II mais alta a pontuação no IDATE. Utilizando o teste de Spearman correlacionou-se os resultados obtidos no BDI-II com os resultados do ISSL, obtendo moderada correlação positiva ($p=0,000$; ,479). Ainda correlacionando os resultados obtidos no ISSL (presença/ausência) com a pontuação no

IDATE para traço ($p=0,000$) e estado ($p=0,000$) observou-se correlações positivas moderada para estado ($,368$) e forte para traço ($,538$) .

Tabela 9: Correlação entre indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos.

Indicadores	Resultados	Ansiedade		Depressão	Estresse
		Estado	Traço		
Ansiedade Estado	Coeficiente	1,000	,647**	,655**	,368**
	Significância	-	,000	,000	,000
Ansiedade Traço	Coeficiente	,647**	1,000	,709**	,538**
	Significância	,000	-	,000	,000
Depressão	Coeficiente	,655**	,709**	1,000	,479**
	Significância	,000	,000	-	,000
Estresse	Coeficiente	,368**	,538**	,479**	1,000
	Significância	,000	,000	,000	-

**. Correlação significativa para nível de 0.01; *. Correlação significativa para nível de 0.05.

5.6 Comparação de dois grupos contrastantes de mães quanto às condições de saúde mental com relação às práticas parentais.

Realizou-se uma análise para verificar a apresentação de mais de um indicador emocional pelas mães. Para isso, foram agrupadas as mães que apresentavam todos os três indicadores emocionais verificados neste estudo (ansiedade, depressão e estresse), o Grupo 1 (28 mães), bem como as mães não apresentaram qualquer dos indicadores, o Grupo 2 (25 mães), mães que apresentavam dois desses indicadores, o Grupo 3 (24 mães) e, o Grupo 4 (20 mães), constituído de mães que apresentaram estresse como único indicador emocional.

Foram realizadas análises comparativas para verificar as diferenças das práticas parentais emitidas pelas mães de cada uma das condições acima citadas. A Tabela 10 apresenta estes dados.

Comparando os Grupos 1 e 2 observou-se diferença significativa ($p= 0,003$) com relação à prática de Punição Inconsistente apontando que mães que apresentavam todos os indicadores emocionais emitiram esta prática com mais frequência do que mães que não

apresentaram nenhum dos indicadores. Além disso, ainda que não tenha havido diferença estatística significativa para as demais práticas, notou-se que as mães que apresentaram todos os indicadores emocionais tiveram maiores médias nas práticas negativas (Negligência= 1,72; Disciplina Relaxada= 4,80; Abuso Físico= 0,36) e menor média na prática positiva (Monitoria Positiva= 8,84), do que as mães que não apresentaram nenhum dos indicadores emocionais ((Negligência= 1,24; Disciplina Relaxada= 3,68; Abuso Físico= 0,20; Monitoria Positiva= 9,20).

Comparando os Grupos 1 e 3 pode-se notar que são mais altas as médias para o Grupo 1 em três das práticas negativas (Negligência, Abuso Físico e Punição Inconsistente). Todavia, as diferenças observadas não foram significantes.

Comparando os Grupos 1 e 4 as mães do Grupo 1 apresentam médias mais altas nas práticas negativas sendo que em Punição Inconsistente ($p=0,003$) a diferença foi significativa. Isto mostra que mães com todos os indicadores emocionais utilizam-se mais dessa prática do que as mães que apresentaram somente o estresse.

Comparando os Grupos 2 e 3 não foram observadas diferenças significativas na comparação das médias das práticas parentais. Todavia, nas práticas de Punição Inconsistente ($p=0,07$) e Disciplina Relaxada (0,09) observou-se uma tendência. No entanto, notou-se que a média da prática de Monitoria Positiva foi maior (9,20) para mães que pertenciam ao Grupo 2, e menor (8,88) para as mães que pertenciam ao Grupo 3. Além disso, com exceção da prática de Negligência, as médias das práticas negativas foram maiores para as mães que pertenciam ao Grupo 3, o que indica que mães com a presença de indicadores emocionais podem emitir com mais frequência práticas negativas do que as mães que não apresentam esses indicadores.

Comparando os Grupos 2 e 4 não observou-se diferenças significativas entre eles. Todavia, o Grupo 4 (com estresse) apresentou média menor em Monitoria Positiva e maior em três práticas negativas (Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Negligência).

Também, considerando os Grupos 3 e 4 observou-se diferenças significantes mas para 90% ($p=0,08$) em Punição Inconsistente para as mães com dois indicadores (Grupo 3) do que mães somente com estresse. O Grupo 3 também apresentou médias mais altas em Disciplina Relaxada e Abuso Físico do que o Grupo 4.

Tabela 10: Comparação das médias das práticas parentais maternas de acordo com a presença de indicadores emocionais de ansiedade, depressão e estresse.

	Monitoria positiva	Punição inconsistente	Disciplina relaxada	Negligência	Abuso físico
G1 (N=25)	8,84	2,88	4,8	1,72	0,36
G2 (N=25)	9,2	1,32	3,68	1,24	0,2
Valor de p	0,345	0,003	0,129	0,225	0,405
G1(N=25)	8,84	2,88	4,8	1,72	0,36
G3(N=24)	8,88	2,13	4,88	1,13	0,25
Valor de p	0,93	0,18	0,92	0,12	0,59
G1(N=25)	8,84	2,88	4,8	1,72	0,36
G4(N=20)	8,9	1,4	4,35	1,35	0,1
Valor de p	0,91	0,003	0,53	0,35	0,18
G2(N=25)	9,2	1,32	3,68	1,24	0,20
G3(N=24)	8,88	2,13	4,88	1,13	0,25
Valor de p	0,34	0,07	0,09	0,75	0,75
G2(N=25)	9,20	1,32	3,68	1,24	0,20
G4(N=20)	8,90	1,40	4,35	1,35	0,10
Valor de p	0,51	0,82	0,32	0,78	0,44
G3(N=24)	8,88	2,13	4,88	1,13	0,25
G4(N=20)	8,90	1,40	4,35	1,35	0,10
Valor de p	0,96	0,08	0,44	0,54	0,32

G1: Três indicadores emocionais; G2: Nenhum dos indicadores emocionais; G3: Dois indicadores emocionais; G4: Estresse como único indicador emocional.

Com o objetivo de controlar variáveis demográficas identificou-se, na amostra 17 mães com as mesmas características, ou seja, todas tinham o mesmo tipo de família (famílias nucleares), o mesmo nível de escolaridade (Ensino Fundamental completo ou mais), as idades dos bebês eram semelhantes (de 9 a 12 meses) e nenhum bebê apresentava condição de risco.

Desta sub amostra foram formados dois grupos contrastantes, sendo que em um deles (Grupo 5) nove mães não apresentavam nenhum dos indicadores emocionais e, no outro (Grupo 6) oito mães apresentavam todos os indicadores emocionais. Os dados obtidos mostram que o Grupo 6 apresentou médias superiores ao 5 em todas as práticas negativas, porém a diferença foi significativa para 90% em Punição Inconsistente ($p=0,07$). Todavia, em Monitoria Positiva o Grupo 6 teve média maior que o 5, conforme apontado na Tabela 11.

Tabela 11: Comparação das médias das práticas parentais maternas em grupos contrastantes homogêneos de acordo com a presença de todos os indicadores emocionais ou nenhum deles.

	Média		Valor de p	Mediana		Desvio- padrão	
	Grupo 5 (N= 9)	Grupo 6 (N=8)		Grupo 5 (N= 9)	Grupo 6 (N=8)	Grupo 5 (N= 9)	Grupo 6 (N=8)
Monitoria Positiva	9,22	9,38	0,743	9	9,5	1,41	1,89
Negligência	1,67	1,88	1,00	1	2	0,83	0,74
Disciplina Relaxada	3,11	4,63	0,321	2	4	2,93	3,07
Abuso Físico	0,22	0,25	1,00	0	0	0,44	0,46
Punição Inconsistente	1,44	3,50	0,074	1	3,5	1,59	2,51

6 DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu avaliar a influência da saúde mental materna sobre as práticas educativas. Adicionalmente analisou-se, ainda, o impacto de variáveis sociodemográficas sobre as práticas educativas e a saúde mental materna.

A análise das práticas educativas das mães da amostra apontou que elas apresentaram uma média alta da prática de Monitoria Positiva e de Punição Inconsistente. Estes dados também foram observados no estudo de Altafim (2012), no qual as mães de bebês apresentavam com alta frequência estas duas práticas. No entanto, além da Punição Inconsistente, apresentaram média alta também em Disciplina Relaxada. Tais resultados, principalmente em Disciplina Relaxada, parecem conter um componente cultural que determina a forma como mães lidam com seus bebês. Ela consiste em estabelecer muitas regras para regular a interação com seu bebê, mas as relevar com frequência. Todavia, associando variáveis sociodemográficas e as práticas utilizadas observou-se que mães com escolaridade mais alta usam mais a Monitoria Positiva e menos as práticas negativas de Disciplina Relaxada e Punição Inconsistente.

Salvo, Silhares e Toni (2005) enfatizam que o uso da prática da Monitoria Positiva materna é preditora da sociabilidade infantil, ao passo que o pouco uso dessa prática prediz comportamentos de agressividade da criança. Assim, parece ser relevante que as mães de bebês façam uso da prática de Monitoria Positiva, acompanhando a criança em suas atividades, demonstrando afeto e contato físico com seus filhos, de maneira a promover uma relação de confiança com eles desde a tenra idade. No entanto, para que possam exercer essa prática adequadamente, faz-se necessário que as mães apresentem repertório comportamental de habilidades sociais, conforme mencionado por Gomide (2003), isto é, que usem mais práticas positivas e menos negativas.

Todavia, ainda que os dados obtidos apontem para a alta ocorrência da prática de Monitoria Positiva, que se refere à atenção para a localização dos filhos e atenção às atividades por eles realizadas, as práticas de Punição Inconsistente (humor dos pais como fator desencadeador de punição ou reforçamento ao comportamento dos filhos) e de Disciplina Relaxada (não cumprimento de regras pré- estabelecidas) também apresentaram média alta em sua ocorrência. As mães com menor escolaridade, apesar das práticas positivas estarem presentes no seu repertório comportamental, apresentaram médias mais altas nas práticas negativas.

Os dados do presente estudo que se referem à escolaridade materna destacam a escolaridade materna como um fator de proteção ao desenvolvimento infantil. Ou seja, no processo de escolarização, as mulheres podem adquirir conhecimento e aprender habilidades importantes para criar seu bebê, motivo pelo qual é essencial a consideração desta variável, que permeou todos os dados do presente estudo, uma vez que 89% das mães apresentavam o grau de escolaridade com Ensino Fundamental completo.

A prática de Punição Inconsistente está relacionada ao comportamento materno de ignorar as necessidades básicas do bebê, de maneira que este tem suas necessidades ora atendidas, ora não. Assim, questiona-se quais as consequências que podem advir dessa criação ambivalente do bebê. Uma hipótese refere-se ao bebê emitir comportamentos de birra, pois a inconsistência das práticas maternas ensina-lhe que nunca sabe como a sua mãe irá responder. Nesse sentido, há chances do bebê tornar-se inseguro e instável, o que constitui-se em caminho para uma personalidade antissocial.

A prática de Disciplina Relaxada remete ao não cumprimento de regras por parte das mães em função do seu estado emocional, de maneira que as consequências dessa prática inadequada podem acarretar em consequências sérias, inclusive para a saúde do bebê, na medida em que algumas regras que podem ser descumpridas referem-se à alimentação do

bebê, ao sono e à higiene. A análise desses comportamentos maternos aponta para caminhos a serem trabalhados e ensinados às mães em programas de capacitação.

Darling e Steinberg (1993) também apontam para a importância do entendimento dos contextos familiares, culturais e sociais como determinantes das práticas parentais, sendo este um item contemplado pelo presente estudo, que buscou verificar associações entre os contextos sócio-demográficos e as práticas parentais maternas. Assim, notou-se que as mães de famílias nucleares apresentaram mais a prática de Negligência do que as mães de famílias estendidas, bem como as mães que possuíam maior número de filhos apresentaram todas as práticas negativas piores do que as mães com apenas um filho.

Considerando que as 20 mães pertencentes a famílias estendidas são, em sua maioria (70%) mães solteiras, entende-se que vivem numa situação em que a família de origem materna é seu suporte social. Essas mães apresentaram menos práticas parentais negativas do que mães de famílias nucleares, sugerindo que o suporte social é relevante para a presença de práticas parentais adequadas.

Todavia, observou-se que, independente do tipo de família ou número de filhos a prática de Monitoria Positiva foi semelhante entre as mães da amostra. A presença materna foi percebida no presente estudo como marcante no ambiente familiar, sendo que as mães parecem se ocupar mais dos cuidados com as crianças e com a educação destas, concordando com a literatura (COSTA; TEIXEIRA; GOMES, 2000; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004). Na cultura brasileira a família é o meio principal para a promoção da educação infantil (GOMIDE, 2007) por ser o primeiro núcleo social da criança (RODRIGUES; MIRANDA, 2001), justificando-se a necessidade de atenção às famílias no sentido de promover práticas educativas positivas em detrimento das negativas. As práticas parentais positivas tendem a apresentar repertório comportamental habilidoso por parte dos pais, caracterizadas por Leme e Bolsoni-Silva (2010) como habilidades sociais educativas

parentais, de maneira que os filhos poderão imitar os pais e aprender um conjunto de comportamentos socialmente habilidosos, o que pode favorecer as futuras relações sociais, citadas por Raver (1996) como passíveis de influência da história de interação das crianças nos primeiros anos de vida.

Concorda-se com Szymansky (2004) em que as famílias estão inseridas num contexto de influências intrínsecas e extrínsecas a ela, entendendo-se que tanto as famílias nucleares quanto as estendidas possuem particularidades que fazem com que haja diferenças nas práticas parentais maternas, uma vez que as mães de famílias nucleares mostraram-se mais negligentes. Esse dado sugere a importância da intervenção com famílias que, conforme Rios e Williams (2008) é interessantes que seja precoce visando a prevenção ou interrupção dos problemas de comportamentos na infância.

Além disso, a proposta do Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2006) envolve o diagnóstico de famílias em risco social por meio da avaliação das práticas educativas parentais, de modo a possibilitar intervenções. Assim, os resultados do presente estudo permitiram observar práticas parentais piores para famílias nucleares, oferecendo pistas de que pode haver riscos nessas famílias, justificando intervenções preventivas nesses contextos.

As práticas parentais negativas parecem ter um papel importante na determinação da saúde mental dos filhos. Gomide et al. (2005) observaram correlações positivas entre as práticas negativas e depressão, estresse e baixo repertório de habilidades sociais nos filhos.

Concorda-se com Patterson, Reid e Dishion (2002) acerca da necessidade das práticas parentais serem contingentes aos comportamentos dos filhos. No entanto, destaca-se o modelo teórico de Keller (2002; 2007) que privilegia as práticas parentais em idades precoces, uma vez que cuidar da estimulação precoce de bebês abrange os aspectos educacionais preventivos. Na situação do presente estudo, os filhos ainda são bebês, apresentando um repertório comportamental pequeno ainda, exposto às práticas educativas familiares, que

devem mostrar contingência desde idades precoces, modelando a história de aprendizagem comportamental dos filhos enquanto estes são pequenos, a fim de promover comportamentos socialmente adequados dos filhos e evitar problemas de comportamentos externalizantes ou internalizantes, que já podem ser observados em bebês por volta dos 18 aos 24 meses, de acordo com Crokenberg e Litman (1990) e Keenan e Shaw (1997).

Considera-se, assim, bastante relevante para futuros estudos, a ampla avaliação do desenvolvimento infantil, contemplando as habilidades sociais das crianças, averiguando a presença ou ausência de problemas de comportamentos externalizantes ou internalizantes, bem como seus aspectos cognitivos e motores. Não se pode dissociar as questões culturais envolvidas no desenvolvimento humano, conforme colocado por Keller (2002; 2007), sendo que as práticas parentais estão ligadas às crenças que os pais possuem sobre desenvolvimento infantil.

Darling e Steinberg (1993) mencionam a questão das práticas parentais serem alteradas no decorrer do ciclo vital, o que concorda com os resultados do presente estudo, que verificou piores práticas parentais quando se tratava de mães de bebês mais velhos. Ou seja, concorda-se que houve alteração nas práticas parentais de acordo com a fase da vida do bebê, mas se destaca que as mudanças foram negativas.

Considerando os três modelos de estilos parentais propostos por Baumrind (1966), o autoritário, o permissivo e o autoritativo, entende-se que há grande chance das mães praticarem os estilos autoritários ou os permissivos, pois pode ser mais fácil para as mães imporem regras e controlarem grandemente os filhos bebês, uma vez que estes são dependentes dos cuidados maternos. Por outro lado, também é possível que as mães não apresentem qualquer controle sobre seus filhos bebês, nada exigindo destes, por serem tão pequenos. Neste caso, há a possibilidade do bebê aprender a controlar seu ambiente e, portanto, os comportamentos da mãe, de maneira que elas atendam todas as demandas dos

filhos, inclusive quando se tratar de comportamentos inadequados, como a birra, por exemplo. Diante disso, é oportuno que as mães exercitem as práticas parentais referentes ao estilo autoritativo desde a tenra idade, controlando a criança e sendo responsiva às suas demandas concomitantemente, de maneira a fixar regras desde o nascimento e, ao mesmo tempo, incentivar a autonomia da criança.

Ao exercer o estilo parental autoritativo, as mães estarão fixando regras aos seus bebês, disciplinando-os para o ambiente em que vivem. Obviamente, os controles do ambiente dos bebês, bem como a disciplina a ser aprendida, podem referir-se à rotina, com horários estabelecidos para atividades como alimentação, sono e banho. Além disso, cabe o exercício da Monitoria Positiva, interessando-se pelas necessidades do bebê, como o brincar, a atenção e o carinho, conforme colocado por Bolsoni-Silva e Loureiro (2010). Assim, o estilo parental autoritativo não contempla as práticas negativas de Negligência, Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Abuso Físico, que são incompatíveis com a funcionalidade na interação mãe-bebê, o que concorda com Xu, Farver, Zhang, Zeng, Yu e Cai (2005), sobre o estilo parental autoritário correlacionado positivamente com interações disfuncionais entre a mãe e a criança, e os estilos parentais autoritativos negativamente correlacionados com tais interações disfuncionais.

Todavia, entre as mães mais velhas prevaleceu o uso de Negligência. Esta prática também apareceu entre as mães de família nuclear. É importante observar o impacto do número de filhos sobre o uso maior de práticas negativas. Quanto maior o número de filhos maior a frequência de todas as práticas negativas (Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada e Abuso Físico).

Considerando as variáveis dos bebês observou-se correlação somente com a idade do bebê, isto é, quanto mais velhos maior o uso das práticas negativas de Negligência e de Abuso

Físico. Com relação ao sexo e a condição de risco do bebê não foram observadas correlações com as práticas educativas.

Além das variáveis sociodemográficas outras variáveis podem interferir nas práticas educativas o que justifica um estudo como este que pretendeu identificar, também, a influência de saúde mental materna, avaliadas a partir dos indicadores de ansiedade (traço e estado), depressão e estresse.

Da amostra estudada 46% apresentaram Ansiedade-Clínica em Ansiedade-Traço e 34% apresentaram Ansiedade-Clínica em Ansiedade-Estado. A Ansiedade-Traço é caracterizada como um fator estável na tendência à ansiedade do indivíduo, representando o modo como este indivíduo tende a reagir diante de situações estressantes ou conflituosas (CURY; MENEZES, 2006; SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970). Observou-se que a existência de Ansiedade-Traço em nível clínico parece aumentar a probabilidade de Ansiedade-Estado em nível clínico também. Entre as mães nesta condição 58% delas apresentaram Ansiedade-Clínica, sendo possível aferir que essas mães já apresentavam um comprometimento emocional no decorrer de suas vidas, antes do nascimento do bebê, tendendo a apresentar alto escore em Ansiedade-Estado diante de situações consideradas ameaçadoras. Entre as mães 7% apresentaram Ansiedade-Clínica apenas no quesito Ansiedade-Estado, sendo possível aferir que para estas o nascimento do bebê pode ser considerado um disparador de ansiedade, uma vez que exige novas respostas comportamentais para evitar situações aversivas.

No entanto, as situações ameaçadoras que aumentam os níveis de ansiedade podem também estarem relacionadas a outras contingências, que não as relacionadas ao bebê como, por exemplo, a condição socioeconômica materna, já apontada na literatura (MANUEL et al., 2012) como risco para depressão materna e outros problemas de saúde mental, além das relações estabelecidas pela mãe com suas família ou parceiro, que se constituem em

importante suporte social (CAIRNEY et al., 2003). As mães solteiras, conforme o estudo de Cairney et al. (2003), são mais propensas a ter episódios de depressão e altos níveis de estresse do que mães casadas, sendo que os autores atribuem esse resultado ao fato de que mães solteiras apresentam baixo suporte social. Diante disso, entende-se que a presença paterna pode ser, para as mães, uma consistente rede de apoio social.

Conforme Correia e Linhares (2007) pode haver situações de conflitos em que as manifestações comportamentais de ansiedade sejam patológicas, sendo desproporcionais ao estímulo estressante. Entende-se que isso pode se dar no contexto do nascimento de um bebê, o que também se caracteriza como situação de estresse.

O nível clínico de ansiedade apresentado pelas mães tanto em Ansiedade-Estado quanto em Ansiedade-Traço, podem ser considerados elevados, sendo 34% para o primeiro e 46% para o segundo, conforme já mencionado. Todavia, ainda que em frequência diferente observou-se correlação entre os dois constructos para a população estudada. O índice de participantes com nível clínico de Ansiedade pode se dever ao fato de serem mulheres, o que corrobora a literatura que aponta maior prevalência de transtornos de ansiedade em mulheres, podendo, inclusive, haver comorbidade com outros transtornos psiquiátricos (KINRYS; WYGANT, 2005). Uma pesquisa realizada por Soares e Martins (2010) com universitários, também apontou que as mulheres apresentaram maior nível de Ansiedade-Estado e de Ansiedade-Traço do que homens.

Considerando a influência de variáveis sociodemográficas sobre a ansiedade, observou-se que a baixa escolaridade é uma variável que influencia negativamente a ansiedade, tanto traço como estado. Lima e Viegas (2011) também encontraram associação entre baixos níveis de escolaridade e elevados níveis de ansiedade.

Analisando-se as ocorrências de depressão observa-se alta prevalência (29%) na amostra estudada, o que corrobora a literatura que aponta para a depressão como mais

frequente em mulheres (CULBERTSON, 1997). Considerando a influência das variáveis demográficas observou-se que apenas a baixa escolaridade parece estar correlacionada com o alto índice de depressão na amostra estudada.

O estresse foi o mais frequente indicador emocional encontrado no presente estudo (68%), também concordando com a literatura que aponta o estresse como bastante frequente em mulheres (CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003). Da população estudada, 28% apresentaram estresse nas fases mais agudas (exaustão e quase-exaustão). Entretanto, apesar da alta incidência não foram encontradas correlações com as variáveis sociodemográficas estudadas. Considerando que as participantes do presente estudo têm alta escolaridade (89% com Ensino Fundamental completo ou mais) questiona-se os motivos pelos quais apresentam altos índices de estresse. Portanto, para futuros estudos, sugere-se a análise de outras variáveis como ocupação das mães, do tempo que passam com os filhos, a verificação de tratamentos psiquiátricos ou psicológicos anteriores, bem como se fazem uso de alguma medicação.

Sobre esses resultados, entende-se que baixos níveis de escolaridade podem trazer mais preocupações aos indivíduos, uma vez que estão associados a condições socioeconômicas menos favorecidas, nas quais podem estar presentes estímulos aversivos, diante dos quais as pessoas precisam frequentemente emitir respostas de fuga e esquivas ou de enfrentamento, o que caracteriza, respectivamente, a ansiedade e o estresse para a Análise do Comportamento. Por outro lado, as constantes presenças de estímulos aversivos nessas condições podem levar os indivíduos a deixarem de emitir respostas devido à incontrolabilidade do ambiente, o que caracteriza a depressão para a Análise do Comportamento. A base deste raciocínio encontra-se em Manuel et al. (2012), que colocam que a escassez de recursos tem associação com esforços para a sobrevivência, aumentando risco de comprometimento da saúde mental.

No presente estudo, a escolaridade materna foi positivamente correlacionada à prática de Monitoria Positiva e negativamente correlacionada às práticas de Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada, corroborando estudos da literatura que apontam que estilos parentais autoritativos são positivamente associados ao nível educacional materno (XU et al., 2005), bem como as práticas de punição física estão negativamente correlacionadas aos níveis de escolaridade materna (CARMO; ALVARENGA, 2012).

No que se refere aos sintomas de estresse, notou-se que alguma mães (89%) encontravam-se na fase de resistência e quase- exaustão, que já são a segunda e terceira fases do estresse, respectivamente (LIPP, 2000; SELYE, 1986). Assim, conforme o próprio Inventário de Sintomas de Stress de Lipp utilizado, as mães devem considerar os sintomas que têm experimentado no último dia, na última semana e mês, apontando que as mães em fases de estresse mais acentuadas já vem experimentando situações estressantes há algum tempo. Considerando que os bebês das mães do presente estudo já tinham idade entre seis e 12 meses, há a hipótese de que o estresse tenha iniciado após o nascimento do bebê, por ocasião da gravidez ou, ainda, já estivesse presente desde antes da gravidez.

Aliás, em se tratando da ansiedade, depressão ou estresse, é possível que as mães já apresentassem antecedentes psiquiátricos antes do nascimento da criança ou, por outro lado, que tenham passado a apresentar esses comprometimentos da saúde mental após a gravidez, conforme mencionado por Pinto, Padovani e Linhares (2009). Nesse caso, concorda-se com as autoras sobre a necessidade de dar atenção a esses sintomas para que não sejam tão intensos e não se tornem crônicos na vida das mães.

Alguns fatores apontados por Schwengber e Piccinini (2005) como responsáveis pela elevação nos sintomas de estresse referem-se à separação do filho devido ao trabalho, conflitos familiares e conjugais, dificuldades no manejo com o bebê e problemas financeiros. Assim, o presente estudo considera que as mães poderiam estar voltando ao trabalho (uma

vez que a idade do bebê era de seis a 12 meses), bem como em dificuldades na condição socioeconômica materna, nas relações da mãe com suas famílias ou parceiro. Uma vez que Schwengber e Piccinini (2005) colocam o manejo do bebê como um fator possível de dificuldades das mães, o presente estudo ressalta a importância das práticas parentais para o cuidado com os bebês, pois, uma vez que as mães tenham o repertório comportamental parental repleto de práticas positivas e poucas negativas, o manejo do filho pode ser mais funcional e, portanto, menos estressante.

Essa discussão remete também ao estudo de Marin e Levandowski (2008), que colocaram as práticas coercitivas maternas relacionadas também à depressão e ao estresse materno. Além disso, concordando com o estudo de Farmer e Lee (2011), que relaciona o estresse parental com pouco senso de controle percebido, o presente estudo notou que as mães com elevada sintomatologia de estresse apresentam práticas parentais piores. Ora, entende-se que as práticas parentais inadequadas não estabelecem regularidade nas contingências para a mãe e nem para o bebê, fazendo com que a interação entre eles seja marcada por inconsistências no reforço ou punição de comportamentos, regras falhas ou excesso de regras, escassez de atenção e afeto ao bebê e, ainda, punições físicas, uma vez que a mãe percebe não ter controle sobre os comportamentos dos filhos.

A análise da influência da Ansiedade sobre as práticas educativas das mães mostrou que mães com nível clínico em Ansiedade-Estado utilizam mais a prática negativa de Punição Inconsistente, enquanto que mães com Ansiedade-Traço em nível clínico utilizam mais a Punição Inconsistente e a Disciplina Relaxada. Estes altos níveis, conforme mencionado por Fraga et al. (2008), podem prejudicar o desempenho das crianças nas atividades relacionadas ao desenvolvimento motor, uma vez que caracterizam a intrusividade das mães que, no exercício da sua parentalidade, não permitem que o bebê explore o ambiente por si só, mas se adiantam aos comportamentos do bebê

Igualmente no caso dos indicadores de depressão, o grupo de mães com disforia ou depressão apresentou com mais frequência a prática de Punição Inconsistente do que o grupo de mães sem depressão, corroborando os dados de Alvarenga e Piccinini (2009) e de Gomide et al. (2005), de que há correlações positivas entre as práticas parentais negativas e a depressão.

No que se refere à sintomatologia do estresse com relação às práticas parentais, observou-se que as práticas negativas Negligência, Disciplina Relaxada e Punição Inconsistente foram piores para as mães do grupo com estresse, com diferença significativa em Disciplina Relaxada. Tais resultados confirmam os de Kazdin e Whitley (2003), os quais dizem que o estresse parental influencia as práticas disciplinares dos pais, podendo torná-las negativas e, como consequência indesejada, promovendo o comportamento agressivo e opositor da criança.

Sobre o estresse e sua relação com as práticas negativas, é pertinente mencionar que a presença de um bebê exige das mães que alterem seu repertório comportamental, de maneira a lidar com as novas contingências ambientais que se colocam. Assim, esse processo de adaptação citado por Selye (1986), que exige novo repertório comportamental das mães, conforme Banaco (2005) consiste no estresse gerado pela própria maternidade.

Considerando as práticas parentais maternas e os indicadores emocionais de ansiedade, depressão e estresse observou-se correlação positiva entre uso de Punição Inconsistente quanto maior o índice de Ansiedade-Estado, Ansiedade-Traço, Depressão e Estresse. A prática negativa de Punição Inconsistente envolve a dependência do humor dos pais para que estes punam ou reforcem os comportamentos dos seus filhos. Dentre os indicadores emocionais considerados no presente estudo, que são a ansiedade, a depressão e o estresse, destaca-se que todos possuem em comum as características do humor do indivíduo, o que está intimamente relacionado à prática de Punição Inconsistente que, por definição,

refere-se aos comportamentos maternos atrelados ao humor dos pais, e não aos comportamentos dos filhos.

O uso de Disciplina Relaxada foi correlacionado positivamente com o alto índice de Ansiedade-Traço, Depressão e Estresse. A prática de Negligência foi associada somente à presença de disforia e depressão.

Concorda-se com Belsky (1984) que as práticas educativas são influenciadas pelos indicadores emocionais maternos e estes são influenciados, entre outros fatores, pelos indicadores sociodemográficos, ou seja, pelo contexto social. Além disso, concordando com os estudos de Graminha e Martins (1997), que identificou atraso no desenvolvimento de crianças que foram expostas a três ou mais fatores de risco, dentre eles os riscos do contexto ambiental, como dificuldades financeiras, insegurança ou inconsistência dos pais, dificultando a interação dos pais com a criança e, também, o estudo de Ferreira e Marturano (2002), que mostrou que o grupo de crianças com problemas de comportamento possuíam menos recursos e mais adversidades no que se refere principalmente ao contexto familiar. No presente estudo nota-se que esses fatores de risco contextuais estão presentes e têm um papel importante na determinação da saúde mental materna, conforme também encontrado na literatura (MANUEL et al., 2012).

A influência dos constructos associados à saúde mental utilizados (Ansiedade-Traço/Estado; Depressão e Estresse) sobre as mesmas práticas (Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada) é verdadeira uma vez que observou-se, para a população estudada correlação positiva entre os indicadores de depressão, ansiedade e estresse. Tais dados sugerem que há chances da mãe que apresenta apenas um desses três indicadores passar a apresentar outro. Além disso, é possível pensar que as possíveis intervenções a serem realizadas com indivíduos que apresentam algum desses indicadores pode favorecer a melhora da saúde mental de uma forma geral.

Considerando que para Zamignani e Banaco (2005) a ansiedade envolve respostas de fuga e esquiva para eliminar ou evitar o estímulo considerado aversivo, é possível pensar no que poderia ser considerado estímulo aversivo para as mães de bebês. Nesse sentido, há a hipótese de que o choro do bebê pode ser um estímulo aversivo, também o fato do bebê ficar doente ou se machucar ou, em último caso, da mãe não ter condições materiais de prover as necessidades de seu filho, nas situações de pobreza. Esses são estímulos aversivos relacionados ao bebê que podem influenciar as respostas ansiosas maternas, mas, além deles, há que se supor a existência de situações relacionadas ao trabalho ou à vida social das mães que podem também conter elementos de aversividade. No entanto, o estudo de Bekkhus, Rutter, Barker e Borge (2011) apontou que os comportamentos de choro e de agressão física nos 36 meses das crianças foram associados à ansiedade e à depressão materna, bem como à desarmonia familiar, o que remete à questão de que o próprio contexto da família e os indicadores emocionais maternos provocam alteração no comportamento infantil, levando ao choro e à agressividade da criança. Este dado permite o entendimento de que tanto os bebês são estímulos para os comportamentos maternos quanto as mães são estímulos para as respostas dos filhos, havendo uma ligação entre eles.

O presente estudo também verificou que a prática de Punição Inconsistente esteve positivamente correlacionada à Ansiedade- Traço e à Ansiedade- Estado, bem como a prática de Disciplina Relaxada esteve positivamente associada a Ansiedade- Traço, sendo que mães com níveis clínicos de Ansiedade (Traço ou Estado) emitiram com mais frequência tais práticas. Esse dado concorda com a literatura de Fraga et al. (2008) que colocam a ansiedade materna como fator de risco para o desenvolvimento dos filhos, concordando, também, com Perosa et al. (2009), que relatam alteração na responsividade materna diante do bebê.

Kaitz et al. (2010), Fraga et al. (2008) e Wijnroks (1999) colocam que as mães ansiosas interagem de forma mais ativa e intrusiva com seus filhos, super-estimulando os

bebês. Este dado, referente à estimulação do bebê, não pôde ser observado pelo presente estudo, ainda que os resultados tenham apontado diferenças nas práticas parentais de mães com Ansiedade-Clínica e Ansiedade-Controlada, tanto no quesito Traço quanto no quesito Estado.

Numa análise comportamental, é fato que, com a chegada do bebê, há uma modificação no ambiente em que as mães vivem, havendo alterações nas contingências às quais estavam adaptadas. Essa nova configuração do ambiente exige novos comportamentos das mães e, muitas vezes, não é possível que elas controlem o ambiente, entrando em condição de desamparo aprendido (SELIGMAN, 1992). É comum que nem sempre a mãe tenha controle de seu ambiente com o nascimento do bebê, mas é importante que ela não generalize essa situação de incontrolabilidade para outros aspectos de sua vida, o que poderá fazê-la deprimir. No entanto, como no caso da ansiedade, há que se supor a existência de situações relacionadas ao trabalho ou à vida social das mães que podem também conter elementos de incontrolabilidade.

No presente estudo, observou-se correlação positiva entre depressão materna e práticas de Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Negligência, o que permite entender que essas mães não se comportam de forma adequada em relação aos seus bebês, podendo prejudicar o desenvolvimento deles. Esse dado concorda com a literatura de Field (1992; 1995) e Letourneau, Tramonte e Williams (2012), que relatam que as mães com humor depressivo podem não oferecer ao bebê a estimulação necessário a um desenvolvimento adequado. Na mesma direção, Smith (2012) encontrou correlação positiva entre depressão materna e práticas educativas negativas e correlação positiva entre práticas educativas positivas e relatos de comportamentos adaptativos das crianças.

Embora o presente estudo não possa afirmar, é possível que a maternidade seja um fator propulsor da depressão materna, conforme colocado por Cooper e Murray (1995), que

concluíram que os episódios de depressão foram mais frequentes para as mães cuja depressão pós- parto havia sido o primeiro episódio do que para as mães cuja depressão pós-parto foi uma recorrência de depressão anterior. Portanto, há que se considerar a atuação dos fatores biológicos e hormonais envolvidos na ocorrência da depressão- pós-parto.

Para confirmar a influência de diferentes aspectos da saúde mental materna, grupos foram organizados considerando a presença de três indicadores, de dois e de um (estresse) comparando os grupos entre si e com o grupo com nenhum indicador. Os dados apontaram que os grupos com todos ou dois indicadores apresentaram desempenho pior em Punição Inconsistente e Disciplina Relaxada quando comparados com o grupo sem indicadores. O grupo somente com um indicador, o estresse, apresentou práticas melhores do que os grupos com dois ou três indicadores e similar ao grupo sem indicadores. Este dado reforça que a saúde mental materna, principalmente ansiedade e depressão influenciam as práticas educativas parentais piorando-as.

Os dados obtidos remetem à questão da intensidade de comprometimento da saúde mental materna, pois, ainda que ela apresente apenas um dos dois (ansiedade ou depressão), pode ser de forma tão intensa que influencia amplamente as práticas parentais emitidas. Portanto, conclui-se que se há indicadores emocionais comprometidos, há comprometimento das práticas, o que torna relevante seu estudo, concordando com Reading e Reynolds (2001) e Sameroff et al. (1987).

Diante disso, entende-se que os fatores emocionais têm uma grande influência na emissão das práticas parentais maternas, especialmente as práticas referentes à Punição Inconsistente. Ora, retomando o conceito de Punição Inconsistente, que se trata do reforço ou punição do comportamento dos filhos de acordo com o humor dos pais, entende-se que este é um dado relevante.

No decorrer das análises, há o questionamento se as diferenças entre práticas parentais das mães podem ser atribuídas às variáveis demográficas ou aos fatores emocionais. Por este motivo, procedeu-se à comparação de dois grupos contrastantes de mães quanto às condições de saúde mental com relação às práticas parentais e as possíveis associações entre as variáveis de saúde mental e as práticas educativas. Ainda que não se tenha observado diferenças significativamente, há que se destacar a prática negativa de Punição Inconsistente, que apresentou uma tendência ($p=0,074$) de que as mães do grupo com todos os indicadores emocionais utilizam-na com mais frequência.

Da mesma forma, ainda que sem diferença estatística, pode-se notar que as demais práticas negativas (Negligência, Abuso Físico e Disciplina Relaxada) também apresentaram médias maiores no grupo que apresentou todos os indicadores emocionais. Este dado aponta, mais uma vez, para a consideração dos fatores emocionais relativos à saúde mental materna como variável relevante para a determinação das práticas parentais emitidas. Estudos futuros podem contribuir para a verificação deste dado realizando análises com grupos compostos por mais sujeitos.

Há que se considerar que, culturalmente, as pessoas convivem com dificuldades de humor e de cunho emocional como se fosse algo irrelevante, não atentando para as consequências negativas que esses indicadores emocionais podem acarretar, motivo pelo qual é necessário instruir as mães sobre as dificuldades emocionais que apresentam e formas de lidar com elas.

Em suma, entendendo que a parentalidade é multideterminada (BELSKY, 1984) poderia-se elaborar um esquema da seguinte forma: condições sócio-demográficas influenciam saúde mental materna, que influenciam a interação das mães com seus filhos por meio das práticas parentais maternas, que, por fim, influenciam o desenvolvimento infantil.

Dessa forma, os indicadores socioeconômicos podem ser interpretados como contingências aversivas que acabam por produzir respostas emocionais (estresse, ansiedade, depressão) que podem aumentar a probabilidade de emissão de comportamento agressivos. Conforme o behaviorismo radical de Skinner (1953\2002) que tem como paradigma o modelo de seleção pelas consequências, os comportamentos são mantidos pelas consequências que produzem no ambiente. Com base nesse pressuposto, entende-se que as práticas parentais negativas podem fazer parar rapidamente o comportamento inadequado das crianças, reforçando as práticas parentais negativas emitidas.

Além dos fatores sócio-demográficos, concorda-se com Belsky (1984) sobre os recursos psicológicos dos pais e as características das crianças como determinantes no que se refere às práticas parentais utilizadas. Portanto, o presente estudo entende os fatores relativos ao contexto social como importantes e também os fatores proximais das mães, de acordo com Cairney, Boyle, Offord e Racine (2003).

Por outro lado, há que se mencionar as desvantagens da utilização das práticas parentais negativas, especialmente a Punição Inconsistente e o Abuso Físico. Assim, conforme Skinner (1953/2002) e Sidman (1995), as práticas coercitivas, principalmente a punição corporal, geram efeitos imediatos que mantêm essas práticas por parte dos pais, mas também produz efeitos negativos nos filhos como, por exemplo, as emoções de raiva, medo, tristeza e ansiedade. Diante disso, além desses comportamentos emocionais eliciados, há o condicionamento operante de comportamentos de fuga e esquiva por parte dos filhos, que passam a fugir ou evitar o agente punidor.

Portanto, Skinner (1953/2002) menciona que a punição de comportamentos inadequados dos filhos não faz com que surjam comportamentos adequados, mas apenas reforça os comportamentos punitivos dos pais. Nesse sentido, considerando a prática de Punição Inconsistente, na qual os pais punem ou reforçam os comportamentos dos seus filhos

de acordo com seu próprio humor, entende-se que os filhos provavelmente não aprenderão os comportamentos considerados adequados, tendo apenas o humor dos pais como estímulo discriminativo para suas respostas.

O comportamento humano consiste numa relação entre estímulos antecedentes, respostas e consequências. Numa visão ampla, pode-se entender os estímulos antecedentes como a escolaridade materna, renda, configuração familiar, número de filhos e idade da mãe, sendo que as respostas seriam as práticas parentais ou as respostas emocionais de ansiedade, depressão e estresse (sendo que esses indicadores emocionais abrangem também reações fisiológicas do organismo, que são eliciadas), e as consequências podem ser os problemas de comportamento infantil (externalizante ou internalizante), bem como os problemas no desenvolvimento infantil.

No entanto, uma resposta comportamental pode ser tida como um estímulo antecedente para outra resposta, ou seja, as respostas de ansiedade, depressão e estresse podem ter a função de estímulos discriminativos para a emissão de práticas negativas, especialmente a Punição Inconsistente, que apareceu em resultados bastantes significativos no presente estudo.

Por outro lado, há que se considerar que os próprios comportamentos das crianças podem funcionar como estímulos discriminativos às práticas parentais maternas (positivas ou negativas), e isso trará consequências à díade mãe-bebê. Assim, há mães que não apresentaram os indicadores emocionais aqui investigados, mas tiveram ampla frequência na emissão de comportamentos parentais negativos. Além disso, há as crenças maternas e a cultura em que as mães foram criadas, que compõe sua própria história de reforçamento, e que podem reproduzir com seus filhos aquilo que aprenderam com suas mães, conforme corroborado pelo estudo de Pereira et al. (2012), no qual constatou-se que a história de

aprendizagem dos pais influencia seus comportamentos atuais, ou seja, os maus-tratos na infância influenciam o estresse materno e este influencia a interação da mãe com seu bebê.

É essencial lembrar que o presente estudo foi prioritariamente correlacional, não buscando estabelecer relações de causa e efeito entre os fenômenos. Em todo caso, considera-se que cabe uma análise funcional acerca das práticas parentais de cada mãe, para entender a que contingências está exposta.

Considerando que na proposta do Behaviorismo Radical comportamentos e sentimentos possuem a mesma natureza e são produtos de contingências de reforçamento, há que se atentar para as contingências que envolvem o contexto do exercício da maternidade. Ou seja, definir quais os estímulos que estão presentes na vida das mães, quais as respostas que elas emitem diante de tais estímulos e quais as consequências que elas obtêm.

Para os comportamentos maternos, pode-se propor objetivos de cunho terapêutico, como o autoconhecimento para as mães. Para Skinner (1978), o autoconhecimento consiste numa resposta discriminativa verbal que define as variáveis das quais o comportamento é função. Portanto, pode-se ajudar as mães entenderem a que contingências respondem, ou seja, diante de quais estímulos emitem certas respostas e as consequências que obtêm. Ou seja, as mães precisam entender quais os comportamentos dos filhos levam-nas a emitir quais práticas parentais e quais as consequências a curto e longo prazo que estas práticas produzem. Ao fazer essa análise, é possível que a mãe observe, por vezes, responde aos filhos de forma contingente às condições estressantes, e não ao comportamento do próprio filho, o que caracteriza a Punição Inconsistente. Nesse sentido, ainda é possível que as mães comportem-se de acordo com regras estabelecidas no decorrer da sua própria história de aprendizagem, e não de acordo com as contingências atuais, o que retoma a literatura de Pereira et al. (2012), que apontou para os maus-tratos vividos pelos pais na sua infância como fatores que influenciam o estresse materno, sendo que estes podem influenciar as práticas parentais

emitidas pelas mães, conforme foi demonstrado no presente estudo, em que mães com estresse apresentaram a prática de Punição Inconsistente significativamente com mais frequência do que as mães sem estresse ($p=0,046$).

Nesse sentido, ao elaborar uma análise acerca da vida de uma pessoa que se propôs a ser mãe, pode ser que se constatem alguns comportamentos inadequados ao exercício da maternidade, sendo necessário intervir com essa mãe no sentido de ensinar-lhe novos comportamentos que ampliem seu repertório comportamental. No caso específico de bebês, pode ser necessário ajudar as mães a se comportarem diante das necessidades básicas e fisiológicas de seus filhos, bem como ajudá-las a demonstrar afeto, promovendo uma interação adequada entre mãe e bebê.

Importante considerar os estímulos discriminativos aos quais as mães estão expostas: condições sócio-demográficas aversivas e rede de apoio social, que podem ser considerados eventos estressantes, podendo ocasionar respostas de estresse, ansiedade e depressão. Para a atuação nesses fatores sócio-demográficos, entende-se não ser suficiente alguma forma de intervenção individual com as mães, mas é preciso também um trabalho amplo de políticas públicas que melhorem as condições de escolaridade, moradia, renda e planejamento familiar, a fim de minimizar eventos aversivos na vida dessas mulheres.

Considerando que o presente estudo apontou que as mães de famílias nucleares apresentaram práticas piores do que mães de famílias estendidas, entende-se que a elaboração de uma rede de apoio às mães possa ser uma alternativa. Assim, pode-se pensar em grupos de pais em serviços de saúde ou educativos, nos quais a rede de apoio das mães seria aumentada na medida em que as mães pudessem conversar e trocar experiências sobre facilidades e dificuldades concernentes à maternidade.

A ideia de grupos para pais já existe na literatura, havendo interesse e iniciativas na elaboração de conhecimentos científicos que ensinem práticas parentais adequadas, em

modelos de grupos de intervenção especificamente (BOLSONI-SILVA; SILVEIRA; RIBEIRO, 2008; BOLSONI-SILVA et al., 2008; WEBSTER-STRATTON; REID; HAMMOND, 2004; SANDERS; MARKIE-DADDS; TURNER, 2003). Tal interesse pode ser atribuído ao fato de que as pessoas se baseiam em histórias de reforçamento de outros indivíduos para elaborar seus próprios repertórios comportamentais, considerando que algum procedimento que já foi útil para outra pessoa poderá também ser útil para elas próprias. Entretanto, essa situação pode constituir-se num terreno fértil para a elaboração de crenças sobre a tarefa de educar, e os pais podem emitir um dado comportamento (em imitação a outra pessoa), diante de contextos diferentes desses outros pais. Essa é uma questão relevante de ser considerada, uma vez que as histórias de vida de cada ser humano apresentam particularidades.

Uma vez que se trabalha nesta tríplice contingência (estímulos antecedentes, respostas e estímulos consequentes), entende-se que é aumentada a probabilidade da emissão de práticas parentais adequadas será aumentada quando as consequências da emissão dessas práticas forem reforçadoras. Ou seja, uma vez que as mulheres tornem-se mães num contexto cercado de rede social de apoio e condições sócio-demográficas favoráveis, haverá maior probabilidade de comportarem-se adequadamente em suas práticas parentais se obtiverem consequências reforçadoras para elas próprias e para o desenvolvimento adequado de seus bebês.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Considerações para futuros estudos

Considera-se interessante, para próximos estudos, que se avaliem os indicadores emocionais dos filhos, a fim de correlacioná-los com as práticas educativas maternas, conforme há relatos na literatura (PATTERSON et al., 1992 citado por ALVARENGA; PICCININI, 2009; GOMIDE et al., 2005). Outra questão relevante de ser explorada nos próximos estudos refere-se às crenças maternas, que são também comportamentos que podem estimular as mães a agirem de determinada forma com seus filhos, e não de outras.

Sugere-se também, que seja aprofundada a questão do número de filhos e a forma como as mães lidam com esse contexto, de maneira a detectar as dificuldades em exercer a maternidade para um grupo de irmãos, explicitando as consequências que isso produz, de maneira a planejar propostas interventivas.

Além disso, considera-se que a avaliação do desenvolvimento infantil e a busca de associações deste com indicadores emocionais maternos e práticas educativas parentais muito podem contribuir para o aprofundamento do tema.

7.2 Limitações do presente estudo

Na presente pesquisa, o auto- relato das participantes foi priorizado. Há, na literatura, muitos estudos que também priorizaram este método (SMITH, 2012; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2010; XU et al., 2005). Assim, ainda que a observação direta não tenha sido realizada na presente pesquisa, a utilização de instrumentos permitiram hipotetizar relações entre o organismo e o ambiente, o que é considerado também na literatura (LEME;

BOLSONI-SILVA; CARRARA, 2009). Além disso, vale mencionar que o presente estudo teve uma característica correlacional, não buscando estabelecer relações de causalidade.

Pesquisas futuras podem contemplar, em seu método, situações de observação direta, conforme sugerido por Macarini et al. (2010), que mencionam que os estudos com pais de crianças pequenas é algo delicado porque depende somente do relato dos pais.

8 REFERÊNCIAS

ALTAFIM, E.R.P. *Práticas parentais de mães de bebês: A influência de variáveis maternas e do bebê*. 2012. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, 2012.

_____. *Mães adolescentes e estilo parental*. Relatório final de Bolsista PIBIC/ CNPq, não publicado, 2008.

ALTAFIM, E.R.P.; SCHIAVO, R.A.; RODRIGUES, O.M.P.R. Práticas parentais de mães adolescentes: um estudo exploratório. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, v. 16, p. 104-110, 2008.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 2, p. 191-199, 2009.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.

BAGNER, D. M.; PETTIT, J. W.; LEWINSOHN, P. M.; SEELEY, J. R. Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, v. 49, n. 7, p. 699- 707, 2010.

BANACO, R. Stress e Terapia Comportamental. *Trabalho apresentado no XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas, SP, 2005.

BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; TORRES, E.C.R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC- Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v.7, n.1, p.39-48, 2006.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative control of child behavior. *Child development*, v. 37, p. 887- 907, 1966.

BEE, H. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Editora ArtMed, 1997.

BEKKHUS, M.; RUTTER, M.; BARKER, E. D.; BORGE, A. I. H. The role of pre- and postnatal timing os family risk factors on child behavior at 36 months. *Journal Abnormal Child Psychology*, v. 39, p. 611- 621, 2011.

BELSKY, J. The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, v. 55, n. 1, p. 83-96, 1984.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R. Validação do roteiro de entrevista de habilidades sociais educativas parentais (RE-HSE-P). *Avaliação Psicológica*, v. 9, n. 10, p. 63-75, 2010.

_____. Práticas educativas parentais e repertório comportamental infantil: comparando crianças diferenciadas pelo comportamento. *Paidéia*, v. 21, n. 48, p. 61-71, 2011.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. A qualidade da interação positiva e da consistência parental na sua relação com problemas de comportamentos de pré-escolares. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 41, p. 349-358, 2007.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SALINA-BRANDÃO, A.; VERSUTI-STOQUE, F. M.; ROSIN-PINOLA, A. R.. Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: Um estudo piloto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 28, p. 18-33, 2008.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F. F.; RIBEIRO, D. C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção com mães/cuidadoras: Contribuições do treinamento em habilidades sociais. *Contextos Clínicos*, v.1, p. 19-27, 2008.

BORNSTEIN, M. H.; TAMIS-LeMONDA, C. S. Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. *Infant Behavior and Development*, v. 20, p. 283-296, 1997.

CAIRNEY, J.; BOYLE, M.; OFFORD, D. R.; RACINE, Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. *Society Psychiatry Epidemiology*, v.38, p.442-449, 2003.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L.S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12. n.1, p.14-21, 2004.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F.; MEYERS, T. Depression in first- time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, v. 31, n.3, p. 349-357, 1995.

CARMO, P.H.B., ALVARENGA, P. Práticas educativas coercitivas de mães de diferentes níveis socioeconômicos. *Estudos de Psicologia*, v.17, n.2, p. 191-197, 2012.

CARRARA, K. Bases conceituais revisitadas, implicações éticas permanentes e estratégias recentes em Análise Aplicada do Comportamento. In: M.R. CAVALCANTE (Org.) *Análise do Comportamento: avaliação e intervenção*. São Paulo: Roca, 2008.

CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B. M. Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. *Spanish Journal of Psychology*, v. 11, n. 2, p. 600-608, 2008.

COÊLHO, N.L.; TOURINHO, E.Z. O conceito de ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v. 21, n.2, 171-178, 2008.

COOPER, P.J.; MURRAY, L. Course and recurrence of postnatal depression evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, v. 166, p. 191-195, 1995.

CORREIA, L. L; LINHARES, M. B. M. Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 677-683, 2007.

COSTA, F. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.13, n.3, p. 465- 473, 2000.

CROCKENBERG, S.B.; LITMAN, C. Autonomy as competence in 2- year-olds: Maternal correlates of child defiance, compliance and self- assertion. *Developmental Psychology*, v. 26, n. 6, p. 961-971, 1990.

CULBERTSON, F. M. Depression and gender: an international review. *American Psychology*, v. 52, p. 25- 31, 1997.

CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURY, A.F.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, v. 28, n. 3, p. 171 -178, 2006.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. *Estatística sem matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as a context: an integrative model. *Psychology Bulletin*, v. 113, p. 487- 496, 1993.

DSM-IV-TR - *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª edição- Texto Revisado-. American Psychiatric Association. Artmed- Editora. Porto Alegre, 2002.

FARMER, A. Y.; LEE, S. K. The Effects of Parenting Stress, Perceived Mastery, and Maternal Depression on Parent–Child Interaction. *Journal of Social Service Research*, v. 37, n. 5, p. 516- 525, 2011.

FERREIRA, M.; MARTURANO, E.M. Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

FERSTER, C.B.; CULBERTSON, S.; BOREN, M.C.; PERROT. Depressão Clínica. In: _____. **Princípios do Comportamento**. São Paulo: Hucitec, cap. 18, p. 699 – 725. 1977.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, v. 18, p. 1-13, 1995.

_____. Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*. v.4, p. 49-66, 1992.

FRAGA, D. A.; LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

_____. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.

GOMES, V. F.; BOSA, C. Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com Transtornos Globais do Desenvolvimento, *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 3, p.553- 561, 2004.

GOMIDE, P.I.C. Estilos Parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção*. (p. 21-60). Campinas: Alínea, 2003.

_____. *Inventários de Estilos Parentais (IEP): modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2006.

_____. *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GOMIDE, P. I. C.; SALVO, C. G.; PINHEIRO, D.; SABBAG, G. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Revista Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GONGORA, M.A.N. Conceitos de depressão. *Semina*, v.7, n. 2, p. 115-120, 1981.

GORESTEIN, C.; PANG, W.Y.; ARGIMON, I.L.; WERLANG, B.S.G. *Manual do Inventário de Depressão de Beck- BDI-II*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck- propriedades psicométricas da versão em português. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. (Org.). *Escala de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. (p. 89- 95) São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

GOULART JUNIOR, E; LIPP, M. E. N. Stress entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, p. 13, n. 4, p.847-857, 2008.

GRAMINHA, S. S. V.; MARTINS, M. A. O. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 30, p. 259-267, 1997.

HENEGHAN, A. M.; SILVER, E. J.; BAUMAN, L. J.; WESTBROOK, L. E.; STEIN, R. E. K. Depressive symptoms in inner-city mothers of young children: who is at risk? *Pediatrics*, v. 102, n. 6, p. 1394- 1400, 1998.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power, and the nature of parent- child interaction. *Development Psychology*, v. 11, p. 228-239, 1975.

HÜNZIKER, M. H. L. O desamparo aprendido e a análise funcional da depressão. In: ZAMIGNANI, D. R. (org.), *Sobre Comportamento e Cognição I* (p.141- 149), cap. 20, v. 03. Santo André – SP: ARBytes, 1997.

KAITZ, M.; MAYTAL, H. R.; DEVOR, N.; BERGMAN, L.; MANKUTA, D. Maternal anxiety, mother- infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior & Development*, v. 33, p.136-148, 2010.

KAZDIN, A.E.; WHITLEY, M.K. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, v. 71, n. 3, p. 504- 515, 2003.

KEENAN, K.; SHAW, D. Developmental and social influences on young girl's early problem behavior. *Psychological Bulletin*, v. 121, n. 1, p. 95-113, 1997.

KELLER, H. *Cultures of infancy*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

_____. Development as the interface between biology and culture: a conceptualization of early ontogenetic experiences. In: KELLER, H.; POORTINGA, Y. H.; SCHOLMERICH, A. (Org.). *Between culture and biology: Perspectives on ontogenetic development*. (p. 215-223) Cambridge Press, 2002.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 2, p. 43- 50, 2005.

KORJA, R.; SAVONLAHTI, E.; AHLQVIST-BJORKROTH, S.; STOLT, S.; HAATAJA, L.; LAPINLEIMU, H.; PIHA, J.; LEHTONEN, L. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, v. 97, p. 724-730, 2008.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades Sociais Educativas Parentais e comportamentos de pré- escolares. *Estudos de Psicologia*, v. 15, n. 2, p. 161-173, 2010.

LEME, V.B.R.; BOLSONI-SILVA, A.T.; CARRARA, K. Uma análise comportamentalista de relatos verbais e práticas educativas parentais: alcance e limites. *Paideia*, v. 19, n. 43, p. 239-247, 2009.

LETOURNEAU, N. L.; TRAMONTE, L.; WILLMS, D. Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of Pediatric Nursing*, p. 1- 12, 2012.

LIMA, M. S.; VIEGAS, C. A. A. Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 3, p. 345- 353, 2011.

LINHARES, M.B.M.; BORDIN, B.M.; CARVALHO, A.E.V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In: MARTURANO, E.M.; LINHARES, M.B.M.; LOUREIRO, S. R. (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores da trajetória de desenvolvimento escolar* (pp. 75-106). São Paulo: Casa do Psicólogo & FAPESP, 2004.

LIPP, M. E. N. *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MACARINI, S. M.; MARTINS, G. D. F.; MINETTO, M. F. J; VIEIRA, M. L. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 62, n.1, p. 119-134, 2010.

MANUEL, J.I., MARTINSON, M.L., BLEDSOE-MANSORI, S.E., BELLAMY, J.L. The influence of stress support on depressive symptoms in mothers with young children. *Social Science & Medicine*, v. 75, p. 2013- 2020, 2012.

MARIN, A.H.; LEVANDOWSKI, D.C. Práticas Educativas no Contexto da Maternidade Adolescente: Breve Revisão de Literatura. *Interação em Psicologia*. v. 12, p. 107- 113, 2008.

MELO, L. F. S.; TEIXEIRA, G. Depressão: uma perspectiva analítico- comportamental. *Revista de Psicologia*, 3 ed, n. 37, p. 108- 110, 2011.

NOGUEIRA, S.C. *Estilos parentais: Mães adolescentes e mães adultas*. Relatório final de Bolsista FAPESP, não publicado, 2009.

_____. *Estilos parentais: Mães adolescentes e mães adultas*. Relatório final de Bolsista FAPESP, não publicado, 2011.

PADOVANI, F.H.P. *Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré- termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo*. 2005. 155p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP- Departamento de Psicologia e Educação.

PADOVANI, F.H.P.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V. ; DUARTE, G. ; MARTINEZ, F.E. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.26, n. 4, p.251-4, 2004.

PATTERSON, G. ; REID, J. ; DISHION, T. *Antisocial boys*. Santo André: Editora ESETec, 2002.

PEREIRA, J. ; VICKERS, K. ; ATKINSON, L. ; GONZALEZ, A. ; WEKERLE, C. ; LEVITAN, R. Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse & Neglect*, v. 36, p. 433- 437, 2012.

PEROSA, G.B. ; SILVEIRA, F.C.P. ; CANAVEZ, I.C. Ansiedade e depressão de mães de recém- nascidos com malformações visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 24, n.1, p. 029-036, 2008.

PEROSA, G. B.; CANAVEZ, I. C.; SILVEIRA, F. C. P.; PADOVANI, F. H. P.; PERAÇOLI, J. C. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n.9, p. 433- 439, 2009.

PHILIPPS, L. H. C.; O'HARA, M. W. Prospective study of postpartum depression : 4 ¹/₂- year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100, n. 2, p. 151-155, 1991.

PINHEIRO, V. S. Repensando a maternidade na adolescência. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n.1 p. 243-151, 2000.

PINTO, I.D.; PADOVANI, F.H.P.; LINHARES, M.B.M. Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v.. 25, n. 1, p. 75- 83, 2009.

POLETTTO, M.; COLLIER, S. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 25, n. 3, 405-416, 2008.

RAVER, C. C. Relations between social contingency in mother-child interaction and 2-year-olds' social competence. *Developmental Psychology*, n. 32, v.5, 850-859, 1996.

READING,R.; REYNOLDS, S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine*, v. 53, p.441-453, 2001.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. A. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. *Psicologia em Estudo de Maringá*, v. 13, n. 4, p. 799- 806, 2008.

RODRIGUES, M. F. A.; MIRANDA, S. M. *A estimulação da criança especial em casa*. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, v. 147, n. 6, p. 598-611, 1985.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia/Campinas*, v. 22, n. 2, p. 187- 195, 2005.

SAMEROFF, A.J.; SEIFER, R.; BAROCAS, R.; ZAX, M.; GREENSPAN, S. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social- environmental risk factors. *Pediatrics*. v. 79, n. 3, p. 343-350, 1987.

SANDERS, M.R, MARKIE-DADDS, C., TURNER, K.M.T. Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple P-positive parenting program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*, n. 1, 2003.

SCHIAVO, R. A. *Presença de stress e ansiedade em primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto*. 2011. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2011.

SCHWENGBER, D.D.S.; PICCININI, C.A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

_____. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 143-156, 2005.

SELIGMAN, M.E.P., *Aprenda a ser otimista*. Rio de Janeiro: Record, 1992.

SELYE, H. *The stress of life*. New York: Mc Graw Hill, 1956.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas, SP: Editorial PSY, 1995.

SKINNER, B. F. The operational analysis of psychological terms. *Psychological Review*, v. 52, p. 270-277, 1945.

_____. *O comportamento verbal*. São Paulo: Cultrix, 1978.

_____. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2002/1953.

SMITH, S.M. *Do parenting practices mediate the relation between maternal depression and child adaptative behaviors? An examination of outcomes for children from varying socioeconomic status groups*. 2012. 56 p. Thesis (Bachelor of Science) – University of Southern Mississippi- Department of Psychology.

SOARES, A. B.; MARTINS, J. S. R. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. *Paidéia*, v. 20, n. 45, p. 57- 62, 2010.

SPIELBERGER, C. D; GORSUCH, R. L; LUSHENE, R. E. *Inventário de ansiedade traço-estado* (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA, 2003.

SZYMANSKY, H. Práticas educativas familiares: a família com foco de atenção psicoeducacional. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, 2004.

TOURINHO, E. Z. Eventos privados em uma ciência do comportamento. In: BANACO, R. A. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. v. 1, p. 175- 187, São Paulo: Arbytes, 1995.

WALKER, S. P., WACHSS, T. D., GARDNER, J. M., LOZOFF, B., WASSERMAN, G. A., POLLITT, E., et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, v. 369, n. 556, 145-157. 2007.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WEBSTER-STRATTON, C.; REID, M.J.; HAMMOND, M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, v.33, n. 1, p. 105-124, 2004.

WIJNROKS, L. Maternal recollected anxiety and mother infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, v. 20, n. 4, 393-409, 1999.

XU, Y., FARVER, J.A.M., ZHANG, Z., ZENG,Q., YU,L. CAI,B. Mainland Chinese parenting styles and parent-child interation. *International Journal of Behavioral Development*, v.29, n.6, p. 524-531, 2005.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A. Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V. 7, N. 1, P. 77- 92, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1: COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 62ª Reunião Ordinária realizada no dia 17 de maio de 2011, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências - UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto “Correlação entre desenvolvimento infantil e práticas parentais com os indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos”, Processo nº 4205/46/01/11, sob responsabilidade da Professora Doutora Olga Maria Plazentin Rolim Rodrigues.

Bauru (SP), 17 de maio de 2011

PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14.01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3105-6147 - email: cet@fci.unesp.br

ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG nº: _____, pai (mãe) da menor _____ autorizo a utilização dos dados obtidos no projeto: **“Correlação entre práticas parentais e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos”**, para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalho científico, ressaltando o sigilo e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação da minha filha. Estou ciente de que não teremos nenhum ônus referente a participação na mesma e que poderei deixar de participar a qualquer tempo sem prejuízo de outras atividades que participo no Centro de Psicologia Aplicada. Fui informado que em caso de dúvida deverei procurar a responsável pelo projeto, a Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, que deverá ser contatada pelo telefone (14) 3103 6090.

Bauru, ____ de _____ de _____

(Nome do responsável)

Aplicador: _____

ANEXO 3: IEPMB

INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS PARA PAIS E MÃES DE BEBÊS

(Adaptado de Gomide, 2006)

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas, a seguir, aquelas que mais refletem a forma como você educa seu/sua filho(a).

Identificação:

Nome: _____ Idade _____
 Escolaridade: _____ Sexo: () M () F
 Nome do filho(a): _____

COMPORTAMENTOS	Entre 10 Episódios, faça:		
	Sempre	Às Vezes	Nunca
	8 a 10 vezes	3 a 7 vezes	0 a 2 vezes
1. Quando meu filho(a) faz algo que me desagrade, o modo como respondo a ele depende do meu humor.			
2. O meu trabalho atrapalha na atenção que dou ao meu filho(a).			
3. Ameaço que vou bater ou ficar muito brava com meu filho(a), mas depois não faço nada			
4. Bato com a mão ou com outros objetos no meu filho(a).			
5. Procuro saber como meu filho ficou durante a minha ausência			
6. Estabeleço uma rotina mas nunca consigo segui-la			
7. Quando estou alegre não me importo com comportamentos do meu filho que me desagradam.			
8. Meu filho, quando chora, procura qualquer outra pessoa, pois estou sempre ocupada.			
9. Se meu filho chora, digo que não vou pega-lo, mas se ele insiste em chorar, acabo pegando			
10. Meu filho(a) tem muito medo de mim.			
11. Quando meu filho(a) está chorando procuro descobrir o que o incomoda.			
12. Trato mal meu filho(a) quando estou nervosa(o), e assim que passa a raiva me arrependo.			
13. Meu filho(a) fica com outras pessoas a maior parte do tempo.			
14. Não faço horários para meu filho, as coisas acontecem naturalmente			
15. Meu filho(a) fica fisicamente machucado quando bato nele.			
16. Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.			
17. Quando estou nervoso, acabo descontando em meu filho(a).			
18. Após ficar distante do meu filho quero saber como ele ficou (se chorou, se ficou bem, etc)			
19. Sou mau-humorado(a) com meu filho(a).			
20. Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.			
21. Aviso que não vou pegar meu filho no colo quando ele faz birra, mas na hora "H" fico com pena e o pego			
22. Sou agressivo com meu filho(a).			
23. Estabeleço uma rotina com meu filho e procuro cumpri-la.			
24. Deixo os problemas do meu filho para os outros resolverem			
25. Sou violento(a) com meu filho(a).			

ANEXO 4: QUESTÕES ADAPTADAS DO INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS (IEP) PARA O INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS DE MÃES DE BEBÊS (IEPMB)

Nº DA QUESTÃO	IEPMB	Nº DA QUESTÃO	IEP
1	Quando meu filho(a) faz algo que me desagrada, o modo como respondo a ele depende do meu humor.	3	Quando meu filho (a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo do meu humor.
2	O meu trabalho atrapalha na atenção que dou ao meu filho(a).	4	Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho (a).
3	Ameaço que vou bater ou ficar muito brava com meu filho(a), mas depois não faço nada	5	Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada
4	Bato com a mão ou com outros objetos no meu filho(a).	7	Bato com cinta ou outros objetos nele (a).
5	Procuro saber como meu filho ficou durante a minha ausência	8	Pergunto como foi seu dia na escola e o ouço atentamente.
6	Estabeleço uma rotina mas nunca consigo segui-la	6	
7	Quando estou alegre não me importo com comportamentos do meu filho que me desagradam.	10	Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho faça.
8	Meu filho, quando chora, procura qualquer outra pessoa, pois estou sempre ocupada.	11	Meu filho (a) sente dificuldades em contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado (a).
9	Se meu filho chora, digo que não vou pega-lo, mas se ele insiste em chorar, acabo pegando	12	Quando castigo meu filho (a) e ele pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo.
10	Meu filho(a) tem muito medo de mim.	14	Meu filho (a) tem muito medo de apanhar de mim.
11	Quando meu filho(a) está chorando procuro descobrir o que o incomoda.	15	Quando meu filho (a) está triste ou aborrecido (a) interesse-me em ajuda-lo a resolver o problema.
12	Trato mal meu filho(a) quando estou nervosa(o), e assim que passa a raiva me arrependo.	17	Castigo-o (a) quando estou nervoso (a); assim que passa a raiva, peço desculpas.
13	Meu filho(a) fica com outras pessoas a maior parte do tempo.	18	Meu filho (a) fica sozinho em casa a maior parte do tempo.
14	Não faço horários para meu filho, as coisas acontecem naturalmente	14	
15	Meu filho(a) fica fisicamente machucado quando bato nele.	21	Meu filho (a) fica machucado fisicamente quando bato nele (a).
16	Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.	22	Mesmo quando estou ocupado (a) ou viajando, telefono para saber como meu filho (a) está.
17	Quando estou nervoso, acabo descontando em meu filho(a).	24	Quando estou nervoso (a) acabo descontando em meu filho.
18	Após ficar distante do meu filho quero saber como ele ficou (se chorou, se ficou bem, etc)	29	Após uma festa, quero saber se meu filho de divertiu.
19	Sou mau-humorado(a) com meu filho(a).	31	Sou mau- humorado (a) com meu filho (a).
20	Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.	32	Não sei dizer do que meu filho (a) gosta.
21	Aviso que não vou pegar meu filho no colo quando ele faz birra, mas na hora “H” fico com pena e o pego	33	Aviso que não vou dar um presente para meu filho (a) caso não estude, mas, na hora “H”, fico com pena e dou o presente.
22	Sou agressivo com meu filho(a).	35	Sou agressivo (a) com meu filho (a).
23	Estabeleço uma rotina com meu filho e procuro cumpri-la.	36	Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar.
24	Deixo os problemas do meu filho para os outros resolverem	39	Ignoro os problemas de meu filho (a).
25	Sou violento(a) com meu filho(a).	42	Sou violento (a) com meu filho (a).

ANEXO 5: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	Escolaridade
Spearman's rho	punição	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	-,215*
		Coefficient						
	incons	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,032
		N	100	100	100	100	100	100
	abuso fisico	Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	-,119
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,240
		N	100	100	100	100	100	100
	disciplina	Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	-,537**
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,000
	relax	N	100	100	100	100	100	100
	monitoria	Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	,225*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,025
	pos	N	100	100	100	100	100	100
	Negligencia	Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	-,017
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,867
		N	100	100	100	100	100	100
	escolaridade	Correlation	-,215*	-,119	-,537**	,225*	-,017	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,032	,240	,000	,025	,867	.
		N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 6: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	idade mae
Spearman's rho	punição incons	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	,118
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,240
	abuso fisico	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	,060
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,556
	disciplina relax	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	-,037
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,714
	monitoria pos	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	,109
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,282
	Negligencia	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	,281**
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,005
	idade mae	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,118	,060	-,037	,109	,281**	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,240	,556	,714	,282	,005	.
	idade mae	N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO 7: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	familia
Spearman's rho	punição incons	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	-,227*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,023
		N	100	100	100	100	100	100
	abuso fisico	Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	-,008
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,937
		N	100	100	100	100	100	100
	disciplina relax	Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	,023
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,819
		N	100	100	100	100	100	100
	monitoria pos	Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	-,127
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,208
		N	100	100	100	100	100	100
	Negligencia	Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	-,032
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,755
		N	100	100	100	100	100	100
	Familia	Correlation	-,227*	-,008	,023	-,127	-,032	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,023	,937	,819	,208	,755	.
		N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 8: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	n filhos
Spearman's rho	punição incons	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	,370**
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,000
		N	100	100	100	100	100	100
	abuso fisico	Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	,224*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,025
		N	100	100	100	100	100	100
	disciplina relax	Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	,222*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,027
		N	100	100	100	100	100	100
	monitoria pos	Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	-,072
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,476
		N	100	100	100	100	100	100
	Negligencia	Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	,289**
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,004
		N	100	100	100	100	100	100
	n filhos	Correlation	,370**	,224*	,222*	-,072	,289**	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,025	,027	,476	,004	.
		N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 9: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	sexo
Spearman's rho	punição incons	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	,091
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,367
	abuso fisico	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	,030
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,767
	disciplina relax	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	,152
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,132
	monitoria pos	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	-,019
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,853
	Negligencia	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	,046
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,651
	Sexo	N	100	100	100	100	100	100
		Correlation	,091	,030	,152	-,019	,046	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,367	,767	,132	,853	,651	.
	N		100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO 10: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia	idade bebe
Spearman's rho	punição incons	Correlation	1,000	,349**	,405**	-,094	,118	,100
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,351	,241	,320
		N	100	100	100	100	100	100
	abuso físico	Correlation	,349**	1,000	,166	-,079	,161	,221*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,099	,435	,110	,027
		N	100	100	100	100	100	100
	disciplina relax	Correlation	,405**	,166	1,000	-,270**	,118	,152
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,000	,099	.	,007	,243	,131
		N	100	100	100	100	100	100
	monitoria pos	Correlation	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158	,077
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,351	,435	,007	.	,116	,446
		N	100	100	100	100	100	100
	Negligencia	Correlation	,118	,161	,118	-,158	1,000	,233*
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,241	,110	,243	,116	.	,020
		N	100	100	100	100	100	100
	idade bebe	Correlation	,100	,221*	,152	,077	,233*	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,320	,027	,131	,446	,020	.
		N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ANEXO 11: ANÁLISE ESTATÍSTICA

			Correlations					
			cond risco	punição incons	abuso fisico	disciplina relax	monitoria pos	negligencia
Spearman's rho	cond risco	Correlation	1,000	-,101	-,180	,134	-,044	-,131
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	.	,318	,073	,183	,665	,194
		N	100	100	100	100	100	100
	punição incons	Correlation	-,101	1,000	,349**	,405**	-,094	,118
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,318	.	,000	,000	,351	,241
		N	100	100	100	100	100	100
	abuso fisico	Correlation	-,180	,349**	1,000	,166	-,079	,161
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,073	,000	.	,099	,435	,110
		N	100	100	100	100	100	100
	disciplina relax	Correlation	,134	,405**	,166	1,000	-,270**	,118
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,183	,000	,099	.	,007	,243
		N	100	100	100	100	100	100
	monitoria pos	Correlation	-,044	-,094	-,079	-,270**	1,000	-,158
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,665	,351	,435	,007	.	,116
		N	100	100	100	100	100	100
	Negligencia	Correlation	-,131	,118	,161	,118	-,158	1,000
		Coefficient						
		Sig. (2-tailed)	,194	,241	,110	,243	,116	.
		N	100	100	100	100	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).