



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Eva Pacheco Costa

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES  
EXECUTIVAS EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES  
COM PROBLEMAS EMOCIONAIS E/OU DE  
COMPORTAMENTO**

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

setembro de 2023



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Eva Pacheco Costa

**ESTILOS PARENTAIS E FUNÇÕES  
EXECUTIVAS EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES  
COM PROBLEMAS EMOCIONAIS E/OU DE  
COMPORTAMENTO**

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

setembro de 2023

## **Estilos parentais e funções executivas em crianças pré-escolares com problemas emocionais e/ou de comportamento**

### **Resumo**

*Enquadramento:* Os problemas emocionais e de comportamento representam desafios acrescidos para a parentalidade. Os “estilos parentais” dizem respeito às atitudes e comportamentos dos pais nas suas interações com os filhos, gerando o clima emocional em que as interações entre ambos acontecem. Trata-se de um conceito central, pelo impacto que tem sobre o bem-estar psicológico, tanto dos pais, como das crianças. As funções executivas em crianças com problemas emocionais e de comportamento, quando comparadas a crianças sem estes desafios, parecem estar comprometidas. *Objetivo:* Caracterizar a população pré-escolar atendida num serviço de Pedopsiquiatria relativamente aos estilos parentais e às funções executivas das crianças. *Método:* Participaram no estudo 25 crianças atendidas no serviço de Pedopsiquiatria do CHUC por problemas emocionais e de comportamento (amostra clínica), com idades entre os três e os seis anos, e os seus pais, que responderam a um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico, e pelas versões portuguesas do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP) e do Inventário de Funções Executivas - *Behavior Rating Inventory of Executive Function* versão pré-escolar (BRIEF-P). Foi também preenchido um questionário clínico por um profissional do serviço. Para este estudo recorreremos, ainda, a duas amostras de comparação, uma para o QDEP ( $N = 25$ ) e outra para o BRIEF-P ( $N = 25$ ). *Resultados:* O estilo parental autoritativo revelou-se predominante na amostra clínica e não se verificaram diferenças entre esta e a amostra de comparação. Os pais da amostra clínica com mais do que um filho adotam um estilo mais autoritário, o mesmo acontecendo com pais cujos filhos apresentam comorbilidades ou pertencentes a famílias de nível socioeconómico baixo (embora nestes dois últimos casos as diferenças se situem somente no limiar da significância estatística). O tipo de problemática que motivou a consulta (externalizante/internalizante) e a perceção dos pais quanto à influência que a condição do filho/a tem na forma como lidam com ele/a não revelou ter impacto sobre o estilo parental, na amostra clínica. Os resultados evidenciam que o desempenho no BRIEF-P difere entre as duas amostras no que diz respeito às funções executivas, indicando mais dificuldades a este nível nas crianças da amostra clínica. As crianças que têm comorbilidades apresentam mais dificuldades ao nível das funções executivas, mas não existem diferenças em função do tipo de problemática. O recurso dos pais ao estilo parental autoritário revelou-se tanto maior quanto maiores as dificuldades ao nível das funções executivas. *Discussão e conclusões:* Este estudo exploratório contribuiu para caracterizar os estilos parentais de crianças com problemas emocionais e de comportamento e o modo como as variáveis da criança e da família poderão ter impacto nesses estilos. Neste contexto, este estudo poderá ser útil para a orientação de intervenções com estas famílias, no sentido de promover o seu maior bem-estar. Representa, igualmente, um contributo para a validação da escala BRIEF-P para a população portuguesa.

*Palavras-chave:* problemas emocionais e de comportamento, pré-escolar, pedopsiquiatria, estilos parentais, funções executivas, BRIEF-P.

## Parenting styles and executive functions in preschoolers with emotional and/or behavioral problems

### Abstract

*Background:* Emotional and behavioral problems represent additional challenges for parenting. "Parenting styles" refer to the attitudes and behaviors of parents in their interactions with their children, generating the emotional climate in which interactions between the two take place. It is a central concept because of the impact it has on the psychological well-being of both parents and children. Executive functions in children with emotional and behavioral problems seem to be compromised when compared to children without these challenges. *Objective:* To characterize the pre-school population treated at a child psychiatry service in terms of parenting styles and children's executive functions. *Method:* The study involved 25 children followed-up at the CHUC child psychiatry service for emotional and behavioral problems (clinical sample), aged between three and six, and their parents, who answered a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire and the Portuguese versions of the Questionnaire of Parenting Dimensions and Styles (QDEP) and the Behavior Rating Inventory of Executive Function - preschool version (BRIEF-P). A clinical questionnaire was also completed by a professional from the service. For this study, we also used two comparison samples, one for the QDEP ( $N = 25$ ) and the other for the BRIEF-P ( $N = 25$ ). *Results:* The authoritative parenting style proved to be predominant in the clinical sample and there were no differences between this and the comparison sample. Parents in the clinical sample with more than one child adopted a more authoritarian style, as did parents whose children had comorbidities or who belonged to low socio-economic families (although in the latter two cases the differences were only at the threshold of statistical significance). The type of problem that motivated the consultation (externalizing/internalizing) and the parents' perception of the influence that their child's condition has on the way they deal with him or her did not show an impact on parenting style in the clinical sample. The results show that performance on the BRIEF-P differs between the two samples regarding executive functions, indicating more difficulties at this level in the children of the clinical sample. Children with comorbidities had more difficulties in executive functions, but there were no differences according to the type of problem. Parents' use of an authoritarian parenting style proved to be greater the greater the difficulties in executive functions. *Discussion and conclusions:* This exploratory study has helped to characterize the parenting styles of children with emotional and behavioural problems and how child and family variables may impact on these styles. In this context, this study could be useful in guiding interventions with these families to promote their greater well-being. It also represents a contribution to the validation of the BRIEF-P scale for the Portuguese population.

Key Words: emotional and behavioral problems, preschoolers, child psychiatry, parenting styles, executive functions, BRIEF-P.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora desta dissertação, a Doutora Maria João Seabra Santos, pela excelência que coloca no seu trabalho, por fazer juz ao termo que lhe cabe. Pela motivação e apoio que me deu ao longo deste ano, sem a qual não teria terminado este trabalho.

Aos elementos do serviço de Pedopsiquiatria com quem tive a oportunidade de trabalhar, a Dra. Marta Jorge, Dra. Rita Gonçalves e a Dra. Diana Machado, pelo tempo que disponibilizaram para a recolha de dados e para me esclarecerem todas dúvidas, que não foram poucas.

À Dra. Anabela Fazendeiro por ter aceitado fazer parte deste projeto e feito a ponte entre a equipa de investigação e o CHUC.

Às minha colegas de Faculdade, Marina, Inês, Carlota, Mónica, Ana, Joana e Gui, por tudo o que aprendi com elas, pela sensibilidade e amizade.

Ao meu namorado pela paciência e pelo entusiasmo com que partilha os meus sucessos como se fossem dele.

Aos meus pais que sempre me acolhem e apoiaram neste percurso.

## Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual .....	3
1.1 Problemas Emocionais e de Comportamento.....	3
1.2 Problemas Emocionais e de Comportamento e Estilos Parentais.....	4
1.3 Funções Executivas em Crianças com Problemas Emocionais e de Comportamento .....	7
II - Objectivos .....	9
III - Metodologia.....	10
3.1 Procedimento de Recolha de Dados .....	10
3.2 Amostras .....	10
3.2.1 Seleção das amostras.....	10
3.2.2 Caracterização das amostras.....	11
3.3 Instrumentos.....	14
3.3.1 Questionário sociodemográfico.....	14
3.3.2 Questionário clínico.....	15
3.3.3 Questionário de Dimensões e Estilos Parentais .....	15
3.3.4 <i>Behavior Rating Inventory of Executive Function - Preschoolers</i> (BRIEF-P).....	15
3.4 Análise de Dados.....	16
IV - Resultados .....	18
4.1. Caracterização dos Estilos Parentais .....	18
4. 2 Influência de Variáveis Familiares e Clínicas nos Resultados do QDEP .....	18
4.3 Caracterização das Funções Executivas.....	21
4. 4 Influência de Variáveis Clínicas nos Resultados do BRIEF-P.....	21
4.5 Correlações entre os Resultados do QDEP e do BRIEF-P .....	22
V - Discussão.....	24
VI - Conclusões .....	28
Bibliografia.....	30
Anexos.....	38

## Introdução

Os problemas emocionais e de comportamento (PEC), duas dimensões através das quais é possível abordar a psicopatologia nas crianças e adolescentes, são caracterizados por padrões sintomáticos que podem ser divididos em externalizantes e internalizantes. Os problemas externalizantes referem-se a dificuldade em controlar impulsos, hiperatividade, agressividade e presença de raiva e delinquência. Já os internalizantes são marcados por emoções negativas dirigidas ao próprio, tristeza, inibição, queixas somáticas e medo (Achenbach, 1991). A maioria dos problemas de saúde mental infantil envolve problemas de autorregulação, seja a regulação das emoções, do comportamento ou da atenção (Nigg, 2017; Ursache et al., 2012). Os PEC podem afetar várias áreas do desenvolvimento cognitivo, nomeadamente a nível da aprendizagem, o que por sua vez poderá ter consequências negativas no desempenho académico (Diamond, 2013; Segamarchi et al., 2021).

No contexto dos problemas cognitivos, destaca-se o comprometimento das funções executivas em crianças com problemas emocionais e de comportamento, quando comparadas a crianças sem estes desafios do desenvolvimento, sendo identificados défices em algumas funções executivas (Blair & Razza, 2007; Nelson et al., 2018), já em idade pré-escolar (Caspi & Moffitt, 2018). De forma geral este comprometimento manifesta-se no dia-a-dia e está associado a aspetos relacionados com a memória, planeamento, comportamento social, raciocínio, tomada de decisão, organização, controlo inibitório e adaptação da resposta (Anderson, 2002; Dias et al., 2010; Strauss et al., 2006). Existe um relativo consenso na literatura quanto à existência de três componentes/funções executivas básicas: o controlo inibitório, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000).

Na presença de problemas emocionais e de comportamento os pais poderão experienciar um maior nível de *stress*, o que constitui um desafio acrescido ao exercício da parentalidade (Sanner & Neece 2018), que poderá afetar a qualidade das suas relações com os filhos (Baker et al., 2003; Patterson, 2002; Sameroff, 2009) e o desenvolvimento destes (Campbell et al., 1996). Deste modo, considerando que a qualidade da interação entre os pais e as crianças com PEC constitui um forte preditor do desenvolvimento cognitivo e social das mesmas (Akhter et al., 2011) é da maior relevância investigar e entender quais os estilos parentais característicos dos pais destas crianças. Uma autora de referência nesta área, Diana Baumrind (1966, 1971), definiu os estilos parentais em três tipos: o autoritativo (ou democrático), o autoritário e o permissivo. Estes definem-se por um conjunto de atitudes face à criança que determinam a qualidade das interações entre os pais e a mesma, criando um ambiente emocional no contexto do qual os comportamentos dos pais são expressos (Darling & Steinberg, 1993).

Existem estudos realizados noutros países sobre os estilos parentais de pais de crianças com PEC (Akhter et al., 2011; Anthony & Vadakedom, 2017; Rose et al., 2017), mas a investigação sobre esta temática em Portugal é escassa nas crianças em idade pré-escolar. Desta forma, ampliar o conhecimento científico nesta área pode contribuir para um maior bem-estar das crianças e dos seus cuidadores, assim como para relações mais adaptativas entre ambos. Neste contexto, propomo-nos estudar os estilos parentais numa amostra portuguesa de crianças com problemas emocionais e de comportamento, para perceber se estes se distinguem dos estilos parentais de pais de crianças sem estes desafios identificados. Pretendemos investigar se variáveis clínicas (e.g., tipo de problemática) e familiares (e.g., nível socioeconómico) estão relacionadas com os estilos parentais. Além disso, pretende-se caracterizar as funções executivas dessas crianças, comparando-as às de crianças sem PEC conhecidos, e também compreender se o domínio dessas mesmas funções executivas está relacionado com os estilos parentais adotados pelos pais.

A presente dissertação é composta por seis partes. A primeira diz respeito ao

enquadramento conceptual, que inclui uma revisão de literatura sobre os três principais temas desta dissertação: problemas emocionais e de comportamento, PEC e estilos parentais, e funções executivas em crianças com PEC. De seguida, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo. A terceira secção diz respeito à metodologia e inclui a descrição do procedimento de recolha de dados e seleção das amostras e a caracterização destas, bem como a descrição dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e, ainda, dos procedimentos de análise de dados. Seguidamente são expostos os resultados obtidos, seguidos da discussão dos mesmos. No final, são apresentadas as principais conclusões deste estudo, as suas limitações e sugestões para futuros estudos neste âmbito.



## I – Enquadramento conceptual

### 1.1 Problemas Emocionais e de Comportamento

Os problemas de saúde mental em crianças muito novas têm vindo a destacar-se como tendo proporções preocupantes, apelando para a necessidade de investir nesta área, ao nível dos cuidados e investigação. Um estudo de 2011 indica que entre 10 e 20% das crianças e adolescentes a nível mundial têm problemas de saúde mental (Kieling et al., 2011). Mais recentemente, uma revisão de literatura realizada por Scatolin e colaboradores (2022) destaca que a prevalência mundial de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes é de cerca de 13%, sendo os mais comuns a ansiedade, os problemas de comportamento, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) e a depressão.

Segundo Zahn-Waxler et al. (2000) a melhor forma de categorizar a psicopatologia nas crianças e adolescentes é através de duas amplas categorias: os problemas emocionais e os problemas de comportamento. Os problemas emocionais, ou internalizantes, como também têm sido denominados na literatura devido à sua natureza (Achenbach, 1991, 2007), caracterizam-se por padrões sintomáticos de inibição do comportamento, insegurança, medo, tristeza, preocupações em excesso, timidez e carga emocional negativa dirigida ao próprio (Achenbach, 1991; Aunola & Nurmi, 2005; Zahn-Waxler et al., 2000). Por sua vez, os problemas de comportamento, ou problemas externalizantes, são marcados por comportamento de oposição, impulsividade, agitação e, por vezes, agressividade física e verbal dirigida aos outros (Achenbach, 2007; Zahn-Waxler et al., 2000).

Apesar desta preponderância de questões emocionais nos problemas internalizantes, e comportamentais nos externalizantes, ambas as categorias de sintomas parecem apresentar componentes, quer comportamentais, quer emocionais, e a presença de comorbidade é substancial entre categorias (Zahn-Waxler et al., 2000), o que indica que, embora muitas crianças apresentem preferencialmente um ou outro tipo de problemas, algumas revelam ambos Achenbach (1991).

Neste contexto, segundo uma revisão de literatura conduzida por Egger e Angold (2006) os problemas emocionais e de comportamento têm muitas vezes início em idade pré-escolar (crianças dos 2 aos 5 anos). Nesta revisão são identificadas como perturbações mais frequentes, nesta faixa etária, a PHDA, a Perturbação de Oposição e Desafio, a Perturbação de Conduta, e Perturbações de Ansiedade e de Depressão. Também Gardner e Shaw (2008) realçaram como problemas de saúde mental mais comuns nesta faixa etária o comportamento de oposição, medos, ansiedade, depressão, fobias e dificuldades alimentares.

No entanto, estudos longitudinais mostram que 40 a 50% das crianças que aos 3-4 anos têm problemas de comportamento acentuados deixam de apresentar essa sintomatologia em idade escolar. Estes dados revelam a moderada estabilidade dos problemas de comportamento na primeira infância, fase de rápida mudança e crescimento (Kendall et al., 2018). Nesse sentido, o uso do termo “perturbação” e a realização de diagnósticos nesta faixa etária, nomeadamente com base em sistemas de classificação clássicos como o DSM-V (2013), que não têm em conta a perspetiva do desenvolvimento, é controversa (Campbell, 1997; Egger & Angold, 2006; Kendall et al., 2018). Contudo, em alguns casos, os problemas podem ter significado clínico, nomeadamente quando se manifestam em vários contextos e com vários adultos, podendo constituir sintomas que persistem desde a infância e adolescência até à idade adulta (Anselmi et al., 2008; Campbell, 1996; Tandon et al., 2009).

Esta conjuntura, coloca desafios aos clínicos quando se trata de diferenciar aquilo que são sintomas atípicos do que são processos normais do desenvolvimento, na faixa etária pré-escolar, (Egger & Angold, 2006). Assim, existe o risco, tanto de não valorizar os problemas emocionais e de comportamento na primeira infância, ao não ter definidos critérios adequados que nos

permitam distinguir os comportamentos normativos dos que não o são, como de os sobrevalorizar (NSCDC, 2008/2012; Shonkoff et al., 2012). Neste sentido, muitos dos comportamentos desafiantes apresentados pelas crianças pequenas podem ser considerados normativos para a idade. Como exemplo, verifica-se que muitas crianças pequenas apresentam comportamentos análogos aos da Perturbação de Oposição e Desafio, tais como acessos de raiva, humor irritável, desobediência ou comportamento desafiante. No entanto, em muitos dos casos, esses sintomas são isolados e esbatem-se com o tempo (Campbell, 1990).

A idade pré-escolar, é marcada por um acelerado desenvolvimento cerebral, com mudanças comportamentais e pelo início de movimentos de autonomização, durante o qual as experiências interagem com os genes moldando o funcionamento do cérebro em desenvolvimento (Kieling et al., 2011; NSCDC, 2008/2012). Neste contexto, a linguagem e a capacidade de autorregulação estão numa etapa inicial da sua consolidação, na qual as crianças tendem a manifestar as suas emoções negativas através de comportamento irritável e de oposição, o que pode ser considerado problemático pelos seus cuidadores (Campbell, 1997). Esses comportamentos constituem, muitas vezes, reações transitórias a eventos *stressantes* do dia-a-dia, e não perturbações mentais em si.

É importante mencionar que a literatura indica que muitas crianças que desenvolvem problemas de externalização em idade precoce vêm de famílias marcadas por fatores de risco em múltiplos domínios (Campbell, 1997; Shaw et al., 2000). Assim, resultados de vários estudos sugerem que rapazes que apresentam elevada hiperatividade/imaturidade e agressividade precoces, pertencem a famílias cuja parentalidade é marcada por emocionalidade negativa e *stress* familiar, tendo maior probabilidade de evidenciar problemas externalizantes na entrada na escola (Campbell, 2000). Da mesma forma, a literatura tem colocado em evidência que a vinculação insegura ou desorganizada entre pais e filhos na primeira infância está associada a problemas de externalização, com efeitos maiores nos rapazes (Fearon et al., 2010). Também foi notada a relação entre problemas externalizantes e baixa responsividade materna (Martin, 1981; Shaw et al., 1994).

Também as diferenças individuais no temperamento das crianças têm sido associadas a PEC precoces. Neste contexto, o temperamento inibido, marcado por um padrão persistente de medo e evitamento, é fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade (Hirshfeld-Becker et al., 2004; Kendall et al., 2018). Calcula-se que temperamentos difíceis, nomeadamente os de crianças muito inibidas ou desinibidas, são marcados por elevados níveis de afetividade negativa que, ao não serem bem regulados na relação com os cuidadores, podem manifestar-se em sintomas como impulsividade, hiperatividade, agressão e desobediência (Chess et al., 1963). Tal pode ocorrer no contexto de um mau relacionamento entre cuidadores-criança, muitas vezes caracterizado por estratégias de disciplina inconsistentes e ineficazes, bem como afeto e envolvimento limitados (Belsky et al., 1996; Biedzio & Wakschlag, 2019; Campbell et al., 1996). Por isso, destaca-se a importância da parentalidade no contexto dos PEC.

## **1.2 Problemas Emocionais e de Comportamento e Estilos Parentais**

A parentalidade é considerada a tarefa mais exigente da adultez (Super, 2008). Entendida como a interação entre os estilos e as práticas parentais, tem efeito direto sobre o bem-estar psicológico, tanto dos pais, como das crianças (Darling & Steinberg, 1993; Pollmann-Schult, 2014). Os estilos parentais referem-se às atitudes e comportamentos dos pais nas suas interações com os filhos, gerando o clima emocional em que a socialização acontece. Já as práticas parentais são comportamentos dirigidos a objetivos de socialização específicos (Paula, 2012; Pedro, 2015).

No início do século XX ocorreu uma mudança na forma de encarar a parentalidade, tendo surgido preocupação sobre os possíveis efeitos negativos de algumas formas de relação entre os pais e as crianças (Baumrind, 1966, 1975). A investigação ao longo das últimas décadas evidencia

que esta é fundamental para o desenvolvimento, no que diz respeito à aquisição de competências sociais e emocionais pelas crianças (Maccoby, 1984; Paula, 2012; Pedro et al. 2015). Especificamente, a investigação tem mostrado que os estilos parentais são determinantes para o funcionamento familiar, alterando a abertura da criança à forma como esta se relaciona com os outros e influenciando a sua personalidade (Bibi et al. 2013; Darling & Steinberg, 1993).

Uma autora de referência, no contexto da parentalidade, é Diana Baumrind, cuja pesquisa se debruçou sobre os efeitos de diferentes padrões de autoridade parental nas crianças (Baumrind, 1975). Em 1966, propôs uma taxonomia integrando as dimensões exigência e responsividade parental, e conceptualizando os estilos parentais a partir do sistema de crenças dos pais, em autoritativo, autoritário e permissivo. Diversos autores tentaram descrever as dimensões que compõem os estilos parentais, assim como a forma como estes estão relacionados com o comportamento das crianças, constituindo-se como fatores protetores ou de risco ao ajustamento infantil (Darling & Steinberg, 1993). Do trabalho de Ainsworth e colegas (1971) sobre a parentalidade destacam-se as dimensões exigência e responsividade, que Baumrind enquadrou no seu trabalho. A exigência parental é expressa através do modo como os pais exercem disciplina, com base nos seus valores e crenças. A responsividade diz respeito à capacidade de ler os sinais e responder às necessidades da criança, tendo por base as características emocionais dos pais, como a disponibilidade e a sensibilidade (Maccoby & Martin, 1983). Este modelo de estilos parentais de Baumrind, assenta também em duas dimensões que estão na base da interação pais-filhos: o controlo e a aceitação (Baumrind, 1966, 1971, 1975).

Assim, os pais que adotam um estilo parental autoritativo dão suporte emocional e instrumental aos seus filhos, tendo em conta as suas qualidades e interesses, mas mantendo-se firmes em valores que consideram importantes. São pais atentos, que monitorizam e disciplinam as crianças, orientando-as durante as suas atividades. Encorajam a troca de ideias e a exploração do meio, explicando-lhes a razão por detrás dos seus pedidos e regras. Valorizam tanto a disciplina como a autonomia e evitam recorrer a restrições ou violência. Fazem uso do reforço positivo, estabelecendo um equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade (Baumrind, 1966, 1971, 1975). No que respeita ao desenvolvimento de competências individuais e sociais, tais como independência, maturidade psicológica, cooperação com adultos e pares e sucesso escolar, a investigação sugere que o estilo autoritativo é o mais eficaz (Baumrind, 1991; Darling & Steinberg, 1993). Deste modo, a parentalidade autoritativa é preditora de crianças reguladas, bem-adaptadas, estando relacionada com um maior bem-estar emocional, menos *stress* e maior autoestima nas crianças e jovens (Baumrind, 1991; Kawabata et al. 2011; Shucksmith et al., 1995).

Os pais de estilo autoritário são mais controladores, coercivos e menos afetuosos. Valorizam a obediência, a tradição e o trabalho e, por vezes, fazem uso da punição, de forma a garantir a obediência. Estes pais, atribuem tarefas de casa de modo a ensinar o valor do trabalho e não valorizam a troca de ideias, pois acreditam que a criança deve aceitar o que lhe é dito sem questionar, de forma a manter a ordem na família (Baumrind, 1966, 1975). Foi descrito na literatura que os filhos de pais autoritários, apresentam com regularidade comportamentos mal adaptativos, tais como, delinquência, tristeza, agressão e inibição social (Baumrind, 1966, 1971). O estilo autoritário parece estar relacionado com menor competência social com os pares, que se manifesta em falta de iniciativa e de espontaneidade e em isolamento (Baumrind, 1971). Num estudo longitudinal, os filhos de pais autoritários, na idade pré-escolar, mostraram-se pouco independentes, e com média responsabilidade social, sendo que os rapazes evidenciavam elevada raiva e comportamento de oposição (Baumrind, 1971). Em vários estudos sobre estilos parentais verificou-se também a existência de um *locus* de controlo externo e baixa autoestima, nestas crianças (Maccoby & Martin, 1983).

Já os pais de estilo permissivo dão considerável liberdade aos filhos, permitindo-lhes que

se expressem consoante os seus impulsos, desejos e afetos. Estes, evitam exercer controlo através do poder, como punições físicas ou castigos, e estabelecem poucas regras em termos de horários e tarefas de casa. Privilegiam que a criança se autorregule, pois não se veem como um agente ativo responsável por moldar os seus comportamentos, nem como um modelo a seguir, mas sim como uma figura que está disponível quando necessário. Estes pais procuram saber a opinião dos seus filhos antes de tomarem decisões que lhes dizem respeito. São menos organizados e eficazes e fazem poucas exigências, não lhes atribuindo muitas responsabilidades (Baumrind, 1966, 1975). A literatura indica que os filhos de pais permissivos são mais imaturos e passivos, devido às poucas exigências feitas pelos pais, apresentando menos autoconfiança, responsabilidade e independência (Baumrind, 1975, 1991). No primeiro estudo de Baumrind (1966) os pais permissivos mostraram-se mais calorosos, em comparação com os pais autoritários. Em estudos posteriores, uma boa parte dos pais permissivos revelou-se pouco envolvido e frio na sua relação com os filhos (Maccoby & Martin, 1983).

Numa elaboração do modelo de Baumrind, desenvolvida por Maccoby e Martin (1983), o estilo permissivo foi ainda dividido em dois subgrupos: indulgente e negligente. Estes, distinguem-se pelo nível de envolvimento parental. Assim, os pais permissivos indulgentes envolvem-se mais, são carinhosos e responsivos, enquanto os pais permissivos negligentes descumrem as necessidades emocionais das crianças (Maccoby & Martin, 1983).

Utilizando como referencial a taxonomia de estilos parentais desenvolvida por Diana Baumrind e os seus estudos sobre os efeitos que tais estilos têm sobre o comportamento das crianças, muitas investigações foram desenvolvidas, as quais têm vindo a confirmar as vantagens do estilo autoritativo, comparativamente com os estilos autoritário e permissivo. Assim, o estilo parental autoritativo tem sido associado a menos problemas de comportamento (Anthony & Vadakedom, 2017; Querido et al., 2002), verificando-se uma relação negativa entre o estilo parental autoritativo e problemas de comportamento, quer internalizantes, quer externalizantes (Akhter et al., 2011; Rose et al., 2017; Shahla et al., 2011). De forma contrária, o estilo parental autoritário aumenta a probabilidade de as crianças adotarem um comportamento opositor e problemático devido à forma como os pais exercem o seu poder sobre elas (Sarwar, 2016). Deste modo, está associado a mais problemas, quer externalizantes (Akhter et al., 2011; Braza et al., 2013; Pinquart, 2017; Tavassolie et al., 2016), quer internalizantes (Anthony & Vadakedom, 2017). Este estilo parental, tem sido também associado a comportamentos agressivos com os pares, hiperatividade/distração, ansiedade e medo (Marcone, et al., 2017). Fatores relacionados com controlo excessivo por parte dos pais, têm mostrado contribuir para a depressão nos rapazes (Shaw et al., 2009). Já o estilo parental permissivo tem sido associado tanto a problemas externalizantes (Anthony & Vadakedom, 2017; Pinquart, 2017), como a problemas internalizantes (Akhter et al., 2011; Tavassolie et al., 2016).

Deste modo, os estilos parentais adotados pelos progenitores caracterizam a relação que estes estabelecem com os seus filhos, a qual é determinante para o desenvolvimento e comportamento social das crianças (Nanthamongkolchai et al., 2007; Larzelere et al., 2013; Lawrenz et al., 2020). Mas, se até há poucas décadas, a socialização das crianças era entendida como unidirecional, através da forma como os pais interagem com elas, mais recentemente a literatura tem realçado que as características e comportamentos das crianças exercem igualmente efeito sobre os comportamentos dos pais, desde cedo, influenciando a relação entre ambos. Os Modelos Ecológico (Bronfenbrenner, 1986) e Transacional (Sameroff, 2009) enfatizaram esta bidirecionalidade, ou seja, o efeito interdependente da criança e do seu ambiente, mostrando que ambos se vão alterando mutuamente, num processo dinâmico e contínuo ao longo do tempo. Neste contexto, importa também destacar o conceito de *goodness of fit* (Chess et al., 1963; Thomas, & Chess, 1977), que se refere ao ajustamento entre a criança e o seu ambiente e ao modo como este é determinante para um bom desenvolvimento. Neste contexto, o ajustamento entre o

comportamento dos pais e o temperamento dos filhos é determinante para a continuidade ou não de problemas emocionais e do comportamento, bem como de problemas alimentares na primeira infância (Biedzio & Wakschlag, 2019; Campbell et al., 2000; Chess et al., 1963; Gardner & Shaw, 2008; Kendall et al., 2018; Thompson & Connell, 1986;).

Assim, a literatura tem sublinhado a reciprocidade entre o comportamento de pais e filhos, de salientar particularmente nos casos de crianças com problemas emocionais e de comportamento, devido aos ciclos de interações negativas que parecem estabelecer-se desde o primeiro ano de idade das crianças. Neste contexto, Patterson e colaboradores chamaram a atenção para a possibilidade de se estabelecer um *ciclo coercivo* entre pais e criança, caracterizado pelo uso contingente de comportamentos aversivos na relação entre ambos e pautado por emoções e cognições negativas (Patterson, 2002). Deste ponto de vista, a existência de conflitos entre cuidador e criança no início da infância pode servir de base a comportamentos mais coercivos por parte dos pais, tornando-se este ciclo coercivo uma característica central da relação (Patterson, 2002; Patterson & Yoerger, 1997). Este ciclo funcionaria como um *loop* que se retroalimenta, aumentando o risco de interações disruptivas no futuro, com consequências negativas para a criança (Patterson, 2002).

É importante compreender de que forma problemas emocionais e de comportamento podem constituir um desafio acrescido para a parentalidade, pois quando em grande *stress* os pais podem adotar comportamentos que não promovem um desenvolvimento saudável dos filhos (Rose, et al., 2017; Sanner & Neece, 2018).

### **1.3 Funções Executivas em Crianças com Problemas Emocionais e de Comportamento**

No âmbito dos problemas emocionais e de comportamentos, o desenvolvimento das funções executivas (FE) nas crianças tem sido estudado, devido à associação entre o seu comprometimento e potenciais consequências negativas em termos da regulação emocional e cognitiva, com impacto em diversas áreas (Blair & Razza, 2007; Nelson et al., 2018).

As FE são um conjunto de capacidades cognitivas, que se desenvolvem principalmente ao longo da infância e da adolescência e têm um efeito regulador sobre outros processos mentais (Friedman & Miyake, 2017). Existe um relativo consenso na literatura quanto à existência de três componentes/funções executivas básicas: o controlo inibitório, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (Diamond, 2013; Miyake et al., 2000). O controlo inibitório remete para a capacidade de controlar as próprias emoções, pensamentos e comportamentos, reagindo de forma apropriada, em vez de o fazer de um modo impulsivo e automático. A memória de trabalho refere-se à capacidade de reter informação na mente e de trabalhá-la por breves períodos. Por último, a flexibilidade cognitiva diz respeito à capacidade de alternar a atenção entre estímulos ou tarefas, de tomar diferentes perspetivas e de adaptar-se a mudanças (Diamond, 2013). É de salientar a importância das FE para a autorregulação, capacidade da criança de controlar ou direcionar processos cognitivos, emocionais e comportamentais para alcançar objetivos (Ursache et al., 2012).

O comprometimento das FE pode ter um impacto negativo em diversas áreas como a aprendizagem, uma vez que crianças que iniciam a escolarização com FE menos desenvolvidas apresentam mais resistência à mesma, com tendência a desistir das tarefas antes de finalizá-las (Segamarchi et al., 2021). Neste caso, podem também apresentar dificuldades em manter o foco nas tarefas e organizar as suas atividades, assim como em resolver problemas matemáticos e de raciocínio abstrato. Já as crianças cujas FE estão mais desenvolvidas tendem a demonstrar mais prazer e dedicação às atividades escolares (Nelson et al., 2018).

Os défices nas FE podem também comprometer o julgamento social e o comportamento com os outros (Blair & Razza, 2007; Diamond, 2013). Estes défices manifestam-se numa maior

impulsividade, falhas no controlo do comportamento e maiores níveis de agressão reativa (Segamarchi et al., 2021). De forma geral este comprometimento manifesta-se no dia-a-dia e está associado a aspetos relacionados com a memória, planeamento, comportamento social, raciocínio, tomada de decisão, organização, controlo inibitório e adaptação da resposta (Anderson, 2002; Dias et al., 2010; Strauss et al., 2006).

Uma componente importante das FE, o controlo inibitório (CI), está fortemente associado à competência social das crianças e à presença de problemas de comportamento externalizantes (Schoemaker et al., 2013), possivelmente pelo facto de as crianças com dificuldades em controlar impulsos tenderem a manifestar mais comportamentos agressivos e/ou opositivos do que os seus pares. Em contrapartida, um bom domínio das FE pode atuar como fator protetor em relação à agressividade (Waller et al., 2017). Diversos autores concordam que o CI é central para o desenvolvimento do funcionamento cognitivo, emocional e social em crianças (Buckley et al., 2020; Diamond, 2013; Ghodrati et al., 2019).

A maioria dos problemas de saúde mental infantil envolve problemas de autorregulação (Nigg, 2017), seja a regulação das emoções, do comportamento ou da atenção. São vários os estudos que têm indicado um menor nível de funcionamento das funções executivas em crianças com psicopatologia (Kavanaugh et al., 2019; Mullin et al., 2020). Numa revisão sistemática sobre problemas emocionais e de comportamento e funções executivas foi descrita uma correlação bidirecional entre as variáveis, o que não implica necessariamente causalidade entre estas (Caspi & Moffitt, 2018; Segamarchi et al., 2021). O comprometimento das funções executivas verifica-se em crianças e adolescentes com perturbações do neurodesenvolvimento como, por exemplo, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), a Perturbações do Espectro do Autismo, e em perturbações neurológicas, como a Epilepsia (Dias et al., 2010). Num estudo longitudinal realizado com crianças e adolescentes dos 6 aos 14 anos na Noruega (Halse et al., 2022) os resultados mostraram uma relação entre a redução das funções executivas e sintomas de Perturbação Depressiva, Perturbações de Ansiedade, PHDA, Perturbação Desafiante de Oposição e Perturbação da Conduta (DSM-V, 2013). Uma possível explicação para a relação existente entre as funções executivas e os problemas emocionais, como a ansiedade e a depressão, é que os défices nas funções executivas envolvem uma fraca inibição, que pode manifestar-se na incapacidade de inibir cognitivamente os pensamentos negativos e de ruminação (Caspi & Moffitt, 2018).

Em idade pré-escolar os problemas de comportamento externalizante podem manifestar-se como um défice na inibição do comportamento agressivo e antissocial (Caspi & Moffitt, 2018). Estudos com o Inventário de Funções Executivas – versão pré-escolar (BRIEF-P) têm mostrado resultados mais baixos em termos de FE para amostras clínicas em idade pré-escolar, nomeadamente em crianças prematuras, com défices na linguagem, PHDA, e Perturbações do Espectro do Autismo, o que indica maiores dificuldades de autorregulação, segundo as respostas dos seus pais e educadores (Gioia et al., 2003; 2016).

Existem também evidências de que as FE são suscetíveis à influência ambiental. Variáveis como o nível socioeconómico baixo, fatores pré-natais (e.g., prematuridade), ambiente familiar e o estilo de interação entre os pais e a criança (estilo parental), podem ter impacto no desenvolvimento das FE (Abreu et al., 2014; Bernier et al., 2012; Carlson, 2009; Hackman et al., 2010; Nobel et al., 2015). Durante a idade pré-escolar, fase importante e de acelerado desenvolvimento das FE, é esperado que as crianças aprendam a regular os seus estados emocionais, com a ajuda dos cuidadores, através da forma como estes reagem às suas explosões emocionais e pela maneira como regulam o seu comportamento exploratório, fornecendo apoio e segurança (Barros & Hazin, 2013; Bierman & Torres, 2016; Hartup, 1979). Assim, a interação pais-criança é instrumental no desenvolvimento da linguagem e das funções executivas, tendo impacto na forma como irão funcionar socialmente no futuro (Bernier et al., 2010, 2012).

## II - Objectivos

O objetivo geral desta dissertação consiste em caracterizar a população pré-escolar atendida no serviço de Pedopsiquiatria de um hospital central, no primeiro semestre do ano de 2023 (amostra clínica) relativamente aos estilos parentais e às funções executivas das crianças.

Mais especificamente pretende-se, em relação aos estilos parentais:

- i) perceber qual dos estilos parentais, de acordo com a tipologia de Baumrind (1966, 1971), os pais da amostra clínica adotam preferencialmente;
- ii) comparar os estilos parentais da amostra clínica com os de uma amostra não clínica;
- iii) verificar o impacto de variáveis familiares (i.e., nível socioeconómico, ter ou não irmãos) e de variáveis clínicas da criança (i.e., problemas externalizantes versus internalizantes, presença de comorbilidades) nos estilos parentais adotados pelos pais.

Quanto às funções executivas pretendemos:

- iv) comparar as funções executivas das crianças da amostra clínica com as de uma amostra não clínica;
- v) comparar o funcionamento executivo de crianças com diferentes características clínicas (i.e., com problemas externalizantes versus internalizantes, com ou sem comorbilidades);
- vi) contribuir para a validação do BRIEF-P para a população portuguesa.
- vii) Finalmente, é nosso objetivo compreender se existe relação entre o funcionamento executivo das crianças e os estilos parentais, na amostra clínica.

### III - Metodologia

#### 3.1 Procedimento de Recolha de Dados

Esta dissertação encontra-se associada ao projeto de aferição e validação do questionário *Behavior Rating Inventory of Executive Function - Preschoolers* (BRIEF-P) para a população portuguesa, o qual foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação (CEDI) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC).

De forma a apresentar os objetivos gerais do projeto e deste estudo em particular, assim como de acordar os procedimentos de recolha dos dados, foram realizadas reuniões entre elementos da FPCEUC e vários profissionais de saúde do serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Após estas reuniões o projeto de investigação, que engloba esta e outras dissertações, foi também submetido à Comissão de Ética do CHUC, tendo sido aprovado.

Nesse seguimento, foram preparados pela mestranda, os protocolos de recolha de dados. Estes eram constituídos por: carta explicativa do estudo (cf. Anexo I) e documento de consentimento informado (cf. Anexo II), um Questionários Sociodemográfico (cf. Anexo III), um Questionário Clínico (cf. Anexo IV), o BRIEF-P e o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP). Depois de preparados os protocolos de recolha de dados, foram contactados os psicólogos e psiquiatras que atendem no serviço de Pedopsiquiatria crianças na faixa etária pré-escolar, no sentido de agendar datas para a recolha dos dados. Esta ocorreu entre março e junho de 2023, aproveitando-se a vinda de famílias a consultas de Psicologia, Pedopsiquiatria ou Terapia Ocupacional. No momento da recolha de dados, o contacto com os pais foi sempre realizado presencialmente, no serviço de Pedopsiquiatria, pela mestranda ou por um outro elemento do serviço. Neste primeiro contacto com os pais o estudo foi-lhes explicado, assim como salientada a importância da sua participação, tendo sido entregues os protocolos de recolha de dados aos pais que concordaram participar neste estudo. A maioria preencheu os questionários no hospital, antes ou após uma consulta, havendo alguns pais que levaram os questionários para casa e os devolveram aquando de nova ida ao Hospital Pediátrico. Foi também preenchido um Questionário Clínico por um dos profissionais do serviço de Pedopsiquiatria que acompanha a criança em consulta. O consentimento informado incluía duas questões independentes, uma referente à participação dos próprios pais e outra relativa à autorização para o preenchimento do BRIEF-P pelos educadores das crianças. Sempre que esta última autorização foi dada, os pais levaram envelopes com a explicação do estudo e um exemplar do BRIEF-P para os educadores, com a instrução de os devolver através de um envelope pré-selado, presencialmente no Hospital Pediátrico ou por correio para a FPCEUC. No entanto a taxa de devolução foi muito baixa ( $n = 5$ ), pelo que se optou por não incluir estes questionários nas análises.

O procedimento da recolha de dados das amostras de comparação foi realizado em momentos diferentes. A amostra do QDEP foi recolhida por conveniência e através de um processo de bola-de-neve, nos anos de 2022 e 2023, nas zonas de Tomar, Ferreira do Zêzere, Coimbra, Lisboa e Faro. Aos pais contactados foi entregue uma carta de explicação do estudo (cf. Anexo V), um documento de consentimento informado relativo à sua participação (cf. Anexo VI) e o QDEP, sendo a recolha feita presencialmente ou por correio eletrónico. A amostra de comparação do BRIEF-P foi selecionada a partir da base de dados da amostra normativa recolhida entre 2020 e 2023 no âmbito da aferição do questionário para a população portuguesa e acessível através da orientadora da dissertação.

#### 3.2 Amostras

##### 3.2.1 Seleção das amostras

Para a realização deste estudo foi selecionada uma amostra clínica, de crianças com problemas emocionais e de comportamento e os respetivos pais e mães, e duas amostras de



comparação, correspondentes a cada uma das variáveis dependentes –estilos parentais e funções executivas. A amostra clínica teve como critérios de inclusão: i) crianças acompanhadas em consulta no serviço de Pedopsiquiatria no Hospital Pediátrico de Coimbra; ii) com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos. Como critério de exclusão definimos: pais de nacionalidade não portuguesa ou que não dominavam a língua. Foram contactadas 30 famílias, sendo que 25 delas (83%) efetuaram o preenchimento e devolução dos questionários. Assim, a amostra clínica ficou composta por 25 crianças e respetivos pais e/ou mães.

Para cada uma das amostras de comparação foram selecionadas 25 crianças sem nenhuma condição clínica emocional ou de comportamento identificada, de idade pré-escolar, e os respetivos pais e/ou mães. A amostra de comparação do QDEP foi recolhida por conveniência, através de um processo de bola-de-neve, em várias zonas do país, de modo a que fosse o mais próximo possível da amostra clínica em termos de sexo e idade. A amostra de comparação do BRIEF-P foi selecionada recorrendo ao método dos pares idênticos, a partir da base de dados da amostra de aferição do BRIEF-P para a população portuguesa, tendo sido selecionadas uma a uma crianças equivalentes a cada uma das da amostra clínica quanto às variáveis zona de residência (Coimbra), idade e sexo e nível socioeconómico familiar.

### 3.2.2 Caracterização das amostras

Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização da amostra clínica. Tal como é possível observar, esta é constituída por um número ligeiramente superior de crianças do sexo masculino (56%). Relativamente à idade, a amostra é inteiramente constituída por crianças em idade pré-escolar, sendo que a maioria tem 4 (36%) ou 5 anos (36%). Quanto ao número de irmãos, boa parte das crianças tem apenas um irmão (40%), havendo também uma percentagem elevada de filhos únicos (32%) e relativamente à posição na fratria quase metade das crianças ocupa a segunda posição (48%). Todas as crianças são residentes no distrito de Coimbra.

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica das crianças seguidas em Pedopsiquiatria (N = 25)*

	N	%
Sexo		
Masculino	14	56
Feminino	11	44
Idade		
3 anos	5	20
4 anos	9	36
5 anos	9	36
6 anos	2	8
<i>M = 4.32; DP = 0.90; Mín: 3; Máx: 6</i>		
Número de irmãos		
0	8	32
1	10	40
2	7	28
Posição na fratria		
Filho único	8	32
Primeira	2	8
Segunda	12	48
Terceira	3	12

Relativamente às crianças da amostra de comparação cujos pais responderam ao QDEP, esta é constituída por 25 crianças, quinze do sexo masculino (60%) e dez do sexo feminino (40%), residentes em diversas zonas do país. Estas têm idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, ( $M = 4.68$ ;  $DP = 1.07$ ), sendo a idade mais frequente os 5 anos. Não existem diferenças estatisticamente significativas em termos de idade,  $t(48) = -1.29$ ,  $p = .20$ , sendo as amostras clínica e de comparação homogéneas quanto a esta variável. As duas amostras também são equivalentes quanto ao sexo,  $\chi^2(1, N = 50) = 1.28$ ,  $p > .05$ . Quanto à caracterização da amostra de comparação do BRIEF-P, esta é também equivalente à amostra clínica para as variáveis zona de residência, idade e sexo da criança, uma vez que foi selecionada segundo o método de pares idênticos em função destes critérios.

Na Tabela 2, é possível observar as características sociodemográficas das famílias da amostra clínica. As idades das mães estão compreendidas entre 26 e 47 anos ( $M = 37.28$ ;  $DP = 6.34$ ), observando-se uma maior frequência para a faixa etária acima dos quarenta anos (48%). Os pais têm idades compreendidas entre 28 e 49 anos ( $M = 39.96$ ;  $DP = 6.42$ ), verificando-se igualmente maior frequência para a faixa etária acima dos quarenta anos (50%). Quanto ao estado civil, a maioria das mães é casada ou está em união de facto (64%), sendo o valor semelhante para os pais (60%). Relativamente às habilitações literárias, quase metade das mães tem um curso superior (48%) enquanto no caso dos pais quase metade tem o ensino secundário (46%). O nível socioeconómico familiar, caracterizado com base na classificação de Almeida (1988)<sup>1</sup>, é predominantemente médio (48%) ou baixo (48%).

---

<sup>1</sup> Classificação do Nível Socioeconómico de acordo com Almeida (1988), com base na profissão e habilitações literárias, com ajustamentos:

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

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

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

**Tabela 2**

*Caracterização sociodemográfica das famílias das crianças seguidas em Pedopsiquiatria (N = 25)*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Idade da Mãe</b>		
<30	4	16
[30 – 39]	9	36
≥ 40	12	48
<i>M = 37.28; DP = 6.34; Mín: 26; Máx: 47</i>		
<b>Estado Civil da Mãe</b>		
Solteira	5	20
Casada/ União de facto	16	64
Divorciada/ Separada	4	16
<b>Habilitações escolares da Mãe</b>		
Básico	4	16
Secundário	9	36
Superior	12	48
<b>Idade do pai</b>		
<30	1	4
[30 – 39]	11	46
≥40	12	50
<i>M = 39.46; DP = 6.42; Mín: 29; Máx: 49</i>		
<b>Estado Civil do Pai</b>		
Solteiro	4	16
Casado/ União de facto	15	60
Divorciado/ Separado	6	24
<b>Habilitações escolares do Pai</b>		
Básico	8	33
Secundário	11	46
Superior	5	21
<b>Nível socioeconómico das famílias</b>		
Baixo	12	48
Médio	12	48
Alto	1	4

No que diz respeito ao nível socioeconómico das famílias na amostra de comparação para o QDEP, este é maioritariamente médio (44%) ou baixo (40%). Ao realizar a comparação com a amostra clínica verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, quanto a esta variável,  $\chi^2(1, N = 50) = 2.03, p > .05$ . A amostra de comparação do BRIEF-P é também equivalente à amostra clínica quanto ao nível socioeconómico familiar, dado que esta variável foi uma das consideradas na constituição dos pares idênticos.

**Tabela 3***Caracterização clínica das crianças seguidas em Pedopsiquiatria (N = 25)*

	N	%
Motivo do acompanhamento		
Problemas externalizantes	13	52
Problemas internalizantes	9	36
Outros	3	12
Idade com que iniciaram acompanhamento em Pedopsiquiatria		
2 anos	3	12
3 anos	7	28
4 anos	10	40
5 anos	5	20
	<i>M = 3.68; DP = 0.95; Mín: 2; Máx: 5</i>	
Tem comorbilidades		
Sim	13	52
Não	12	48
Condição do filho influencia o modo como lidam com ele?		
Sim	12	48
Não	13	52

A Tabela 3 apresenta as características clínicas das crianças da amostra seguida em consulta no serviço de Pedopsiquiatria. Tal como se pode verificar, no que diz respeito ao tipo de sintomas, a maioria (52%) apresenta sintomas externalizantes (e.g., comportamento de oposição e desafio, dificuldades de regulação emocional e comportamental – birras intensas, agitação, agressividade). Trinta e seis por cento das crianças que compõem a amostra são acompanhadas devido a problemas internalizantes (e.g., ansiedade de separação da figura materna, mutismo seletivo, temperamento inibido, tricotilomania, medos excessivos). Um menor número (12%) é acompanhado devido a outro tipo de problemas (e.g., dificuldades de alimentação, seletividade alimentar, atraso global do desenvolvimento psicomotor). Quanto à idade com que as crianças começaram a ser acompanhadas em consulta no serviço de Pedopsiquiatria, verifica-se que numa boa parte dos casos foi aos 3 e 4 anos de idade (28 e 40%, respetivamente). Os números de crianças com e sem comorbilidades são bastante próximos (52 e 48%, respetivamente). As respostas à questão sobre se a condição do filho influencia a forma como os pais lidam com ele também se dividiram muito equitativamente entre o “não” (52%) e o “sim” (48%).

### 3.3 Instrumentos

#### 3.3.1 Questionário sociodemográfico

A recolha dos dados sociodemográficos dos participantes foi realizada por meio de um breve questionário, elaborado para completar a informação recolhida através dos restantes instrumentos. Este era composto por questões relativas aos pais (i.e., idade, estado civil), e à família (i.e., se a criança tem irmãos, quantos, com que idade e composição do agregado familiar). Outras informações, como a profissão dos pais, escolaridade ou a idade da criança, foram obtidas através do preenchimento do cabeçalho do BRIEF-P para as amostras clínica e de comparação. Aos pais da amostra clínica foi também perguntado se consideravam que a condição clínica do seu filho/a influenciava ou alguma vez tinha influenciado o modo como lidavam com ele/ela e, no caso de a resposta ser “sim”, de que forma isso acontecia (resposta aberta).

### 3.3.2 Questionário clínico

Este questionário foi criado para responder às necessidades deste estudo, sendo composto por questões fechadas e abertas. Foi contruído de forma a recolher informação relevante para a caracterização da condição clínica da criança (e.g., problemática, idade de início do acompanhamento, existência de comorbilidades associadas).

### 3.3.3 Questionário de Dimensões e Estilos Parentais

O Questionário de Dimensões e Estilos Parentais (QDEP), ou *Parenting Styles and Dimensions Questionnaire*, PSDQ) permite avaliar os três estilos parentais segundo a tipologia de Baumrind (1966, 1971) – autoritário, autoritativo e permissivo – através das práticas e atitudes parentais que os pais adotam em relação aos seus filhos (Pedro et al., 2015). Este questionário foi desenvolvido por Robinson e colaboradores em 2001, traduzido para português por Carapito e colaboradores em 2008, e validado para a população portuguesa em 2015 por Pedro e colaboradores (Pedro et al., 2015). É constituído por 32 itens, sendo cada um deles uma frase relativa à forma como os pais lidam com os filhos no seu dia-a-dia (e.g., “Bato ao meu filho quando ele é desobediente”). Relativamente a cada um dos itens os pais devem responder quanto à frequência com que agem de acordo com o comportamento contido na frase, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 = “Nunca”; 2 = “Algumas vezes”; 3 = “Metade das vezes”; 4 = “Muitas vezes”; 5 = “Sempre”). Os itens distribuem-se em 3 escalas. A escala correspondente ao estilo parental Autoritário é composta por 12 itens e divide-se em 3 subescalas, cada uma com 4 itens: Hostilidade Verbal, Coerção Física e Punição. A escala relativa ao estilo parental Autoritativo é constituída por 15 itens e divide-se, também, em 3 subescalas, cada uma com 5 itens: Ligação, Autonomia e Relação. Por fim, a escala referente ao estilo parental Permissivo é composta por 5 itens.

Nos estudos de validação para população portuguesa este instrumento apresentou valores adequados de validade convergente e discriminante, bem como valores adequados de consistência interna para os fatores Autoritário ( $\alpha = .73$ ) e Autoritativo ( $\alpha = .88$ ). Já o fator Permissivo originou um valor mais baixo de consistência interna ( $\alpha = .62$ ). Apesar disso, como todos os valores de consistência interna obtidos são aproximados aos do instrumento original, concluiu-se que o instrumento apresenta propriedades psicométricas adequadas para fins de investigação (Pedro et al., 2015). No presente estudo foram obtidos valores de alfa iguais a .75, .83, e .44, respetivamente para as escalas dos estilos parentais Autoritário, Autoritativo e Permissivo, relativamente à amostra combinada clínica e de comparação. Dado o baixo valor de consistência interna obtido para a escala de Permissividade, os dados relativos a esta não são analisados no âmbito deste estudo.

Para as subescalas do estilo Autoritário (Coerção Física, Hostilidade Verbal e Punição) e subescalas do estilo Autoritativo (Ligação, Regulação e Autonomia) os valores de alfa foram respetivamente: .66, .65, .32, e a .57, .70, .65, tendo-se, igualmente, optado por não analisar os resultados ao nível das subescalas com base nestes valores (quase todos eles inferiores a .70).

### 3.3.4 Behavior Rating Inventory of Executive Function - Preschoolers (BRIEF-P)

O *Behavior Rating Inventory of Executive Function - Preschoolers* ou Inventário de Avaliação Comportamental de Funções Executivas versão pré-escolar (BRIEF-P) é um questionário que pretende avaliar os comportamentos associados às funções executivas de crianças entre os dois e os seis anos. Pode ser preenchido por pais ou educadores (Gioia et al., 2003), sendo que no presente estudo serão analisados os resultados de questionários preenchidos por pais.

Este questionário é composto por 63 itens relativos a comportamentos que podem ser

exibidos pelas crianças e que se distribuem em 5 escalas: Inibição, Memória de Trabalho, Alternância, Controlo Emocional e Planificação/Organização. Estas escalas organizam-se, por sua vez, em 3 índices gerais – Autocontrolo Inibitório, Metacognição Emergente e Flexibilidade –, e ainda num resultado que engloba as respostas à totalidade das questões, o Compósito Executivo Global. Para responder, os pais devem selecionar, de uma escala de *Likert* com 3 pontos, a resposta que corresponda à frequência com que o comportamento respetivo ocorreu nos últimos 6 meses (1 = “Nunca”; 2 = “Às vezes”; 3 = “Muitas Vezes”), sendo os resultados mais altos indicadores de maiores dificuldades ao nível das funções executivas (Gioia et al., 2003).

Este questionário foi desenvolvido por Gioia e colaboradores em 2003, mostrando valores adequados de validade convergente e discriminante e elevada consistência interna (valores de  $\alpha$  entre .80 e .95) para a amostra de pais (Gioia et al., 2003). Foi traduzido para português por Seabra-Santos e colaboradores em 2019 e os estudos de aferição e validação para a população portuguesa encontram-se atualmente em curso, abrangendo crianças pré-escolares com 3 a 6 anos de idade (Gaudêncio et al., 2023, maio). Tal como acontece com a versão original, também os estudos portugueses apontam para elevados níveis de consistência interna. No presente estudo foram obtidos os seguintes valores de alfa para o conjunto das duas amostras, clínica e de comparação: .89 (Inibição), .79 (Alternância), .82 (Controlo Emocional), .85 (Memória de Trabalho), .82 (Planeamento/Organização); .92 (Autocontrolo Inibitório), .90 (Metacognição Emergente), .81 (Flexibilidade); e .94 (Compósito Executivo Global).

### 3.4 Análise de Dados

O tratamento estatístico dos dados da presente investigação foi feito com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 27.0. Estimou-se a consistência interna dos dois questionários através do coeficiente alfa de Cronbach, sendo considerados aceitáveis valores de alfa entre .70 e .95 (Tavakol, & Dennick, 2011). Através de estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e frequências) foram realizadas análises destinadas a caracterizar as amostras. Para comparar a amostra clínica com as duas de comparação foi realizado o teste *t* de Student para variáveis contínuas (idade) e o teste Qui-quadrado para variáveis categoriais (sexo e nível socioeconómico familiar). Para algumas variáveis (e.g., nível socioeconómico, número de irmãos) foi necessário proceder a recodificação no sentido de obter uma distribuição de *n* mais uniforme por categorias. Para analisar os resultados obtidos no QDEP e no BRIEF-P foram utilizadas estatísticas descritivas (médias e desvios padrão). De forma a comparar a amostra clínica com as amostras de comparação quanto aos estilos parentais e às funções executivas e averiguar se diferenças nas variáveis clínicas estavam associadas a diferenças nas variáveis dependentes, foram realizadas análises estatísticas paramétricas, com recurso ao teste *t* de Student para amostras independentes. Tendo em conta a dimensão reduzida da amostra, as análises foram repetidas recorrendo ao teste não-paramétrico (*U* de Mann-Whitney) tendo conduzido a resultados idênticos. Por isso, optamos por apresentar no capítulo seguinte os resultados dos testes de estatística paramétrica, assinalando os casos em que os resultados obtidos foram diferentes consoante o tipo de análise (paramétrico ou não-paramétrico). Para as várias comparações entre médias foi calculado o tamanho do efeito através do *d* de Cohen com correção de Hedges (Cardoso et al., 2013), classificando-se como Pequeno se  $d = 0.20$ , Médio se  $d = 0.50$ , Grande se  $d = 0.80$  e Muito Grande se  $d \geq 1,00$  (Cardoso et al., 2013). Por fim, para estudar a relação entre os resultados obtidos no QDEP e os resultados obtidos no BRIEF-P, calculou-se o coeficiente de correção de Pearson (teste paramétrico) e o coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico).

Foram adicionalmente realizadas imputações em alguns itens dos dois questionários, tanto para a amostra clínica como para a amostra de comparação, sempre que os pais deixaram por preencher menos de 10% dos itens. Estas imputações foram realizadas seguindo a média do

conjunto dos itens preenchidos da respetiva escala.

## IV - Resultados

A apresentação dos resultados segue a ordem dos objetivos da presente dissertação. De acordo com a mesma, primeiramente serão apresentadas as análises estatísticas descritivas relativas ao QDEP e realizada a comparação entre os resultados obtidos neste questionário pela amostra clínica e pela amostra de comparação. De seguida, é apresentada uma análise do impacto de variáveis familiares e variáveis clínicas nos resultados do QDEP. Nas análises relativas ao QDEP a amostra clínica é composta somente por 23 famílias (e não por 25), uma vez que duas delas não preencheram um número de itens suficiente deste questionário. Segue-se a comparação entre a amostra clínica e uma amostra de comparação quanto aos resultados do BRIEF-P, bem como a verificação do impacto de algumas variáveis clínicas sobre estes resultados. Por fim, é apresentada a análise da relação entre as funções executivas das crianças da amostra clínica e os estilos parentais adotados pelos seus pais.

### 4.1. Caracterização dos Estilos Parentais

Na Tabela 4 encontram-se as estatísticas descritivas dos resultados obtidos no QDEP, para as duas escalas analisadas neste estudo: a escala relativa ao estilo parental Autoritativo e a que diz respeito ao estilo parental Autoritário. É possível verificar que, para a amostra clínica, o estilo Autoritativo apresenta um valor médio mais elevado ( $M = 4.23$ ;  $DP = 0.43$ ) do que estilo parental Autoritário ( $M = 1.98$ ;  $DP = 0.44$ ), indicando que os pais desta amostra recorrem maioritariamente a um estilo parental autoritativo, na relação com os seus filhos.

Ao comparar as médias dos resultados da amostra clínica e da amostra de comparação no QDEP, não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas, nem quanto ao estilo parental autoritativo,  $t(46) = 0.13$ ,  $p = .90$ , nem ao autoritário,  $t(46) = 0.32$ ,  $p = .75$ , o que mostra que os estilos parentais relatados pelos pais são semelhantes, sendo o estilo autoritativo o que mais se destaca em ambas as amostras.

**Tabela 4**

*Caracterização dos estilos parentais (QDEP) da amostra clínica e da amostra de comparação (N = 48)*

			Amostra clínica		Amostra de comparação		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Autoritativo	3.33	4.80	4.23	0.43	4.21	0.55	0.13	.90	-0.04
Autoritário	1.33	3.00	1.98	0.44	1.94	0.47	0.32	.75	-0.09

### 4.2 Influência de Variáveis Familiares e Clínicas nos Resultados do QDEP

A Tabela 5 apresenta os resultados tendo em conta a variável “nível socioeconómico familiar”, na amostra clínica. Como se pode observar, o estilo autoritativo é o predominante, quer para as crianças cujas famílias têm nível socioeconómico baixo ( $M = 4.16$ ;  $DP = 0.39$ ), quer para as de nível médio ou elevado ( $M = 4.29$ ;  $DP = 0.47$ ), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto ao estilo parental. Isto permite-nos concluir que o nível socioeconómico familiar não influencia significativamente o estilo parental utilizado nesta amostra, nem quanto ao estilo autoritativo,  $t(21) = -0.69$ ,  $p = .50$ , nem quanto ao estilo autoritário,  $t(21) = 1.51$ ,  $p = .15$ . Apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, o tamanho do efeito é médio ( $d = 0.61$ ) para o estilo parental autoritário, o que sinaliza a possibilidade de um maior recurso a este estilo parental em famílias de nível socioeconómico baixo.



**Tabela 5***Nível socioeconómico familiar e resultados no QDEP (N = 23)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				-0.69	.50	-0.28
Baixo	10	4.16	0.39			
Médio ou elevado	13	4.29	0.47			
Autoritário				1.51	.15	0.61
Baixo	10	2.13	0.51			
Médio ou elevado	13	1.86	0.36			

Na Tabela 6, relativa à variável “Ter ou não irmãos”, é possível observar que o estilo Autoritativo é o que apresenta uma média mais elevada, quer as crianças tenham ( $M = 4.25$ ;  $DP = 0.42$ ) ou não irmãos ( $M = 4.20$ ;  $DP = 0.48$ ). Relativamente ao estilo parental Autoritativo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à variável “ter ou não irmãos”,  $t(21) = 0.23$   $p = .82$ . Para o estilo parental autoritário existe uma diferença estatisticamente significativa entre ter ou não irmãos,  $t(21) = 2.86$ ,  $p = .01$ , o que quer dizer que os pais que têm mais do que um filho adotam um estilo parental mais autoritário em comparação aos que têm apenas um filho. O tamanho do efeito associado a esta diferença é muito grande ( $d = 1.19$ ).

**Tabela 6***Ter ou não irmãos e resultados no QDEP (N = 23)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				0.23	.82	0.10
Tem irmãos	16	4.25	0.42			
Não tem irmãos	7	4.20	0.48			
Autoritário				2.86	.01	1.19
Tem irmãos	16	2.13	0.40			
Não tem irmãos	7	1.64	0.36			

A Tabela 7 é relativa à comparação das médias no QDEP obtidas pela amostra clínica em função do modo como os pais responderam à questão: “A condição do seu filho/a influencia ou alguma vez influenciou a forma como lida com ele?”. É possível verificar que o estilo Autoritativo apresenta um valor médio mais elevado, tanto para os que responderam “sim” influencia ( $M = 4.26$ ;  $DP = 0.40$ ), como para os que responderam “não” influencia ( $M = 4.21$ ;  $DP = 0.48$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pais que assinalam impacto da condição da criança sobre o modo como lidam com ela e aqueles que não assinalam, sendo possível concluir que esta perceção não afeta o estilo parental utilizado. Assim, a análise quantitativa não revela diferenças significativas nos estilos parentais quanto a esta variável. Foi também solicitado aos pais que responderam “sim” para descreverem o modo como a condição do filho influenciava a forma de lidar com ele. A análise qualitativa destas respostas mostrou que os pais relataram opiniões variadas como: tentar ser mais paciente e repensar as próprias atitudes; ter dificuldade em compreender e lidar com certos comportamentos, nomeadamente perceber se determinados comportamentos são normativos para a idade ou se, pelo contrário, estão associados à condição clínica; e que recorrem à aplicação de castigos e “chantagens” como forma de lidar com os comportamentos dos filhos.

**Tabela 7***A condição do filho/a influencia a forma como lidam com ele/a (N = 23)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				0.27	.79	0.11
Influencia	12	4.26	0.40			
Não influencia	11	4.21	0.48			
Autoritário				0.79	.44	0.32
Influencia	12	2.05	0.49			
Não influencia	11	1.90	0.39			

Na tabela 8, tendo em conta a variável “tipo de problemática que motivou a consulta” é possível observar que o estilo parental Autoritativo apresenta um valor médio mais elevado, quer a problemática seja externalizante ( $M = 4.27$ ;  $DP = 0.42$ ), quer internalizante ( $M = 4.29$ ;  $DP = .32$ ). Relativamente à comparação entre os estilos parentais em função desta variável não se verificam diferenças estatisticamente significativas, nem no que diz respeito ao estilo autoritativo,  $t(18) = -0.11$ ,  $p = .91$ ., nem ao estilo autoritário,  $t(18) = 0.14$ ,  $p = .89$ , não sendo o tipo de problemas apresentado uma variável que surja como tendo impacto no modo como os pais lidam com a criança.

**Tabela 8***Tipo de problemática que motivou a consulta e resultados no QDEP (N = 20)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				-0.11	.91	-0.05
Externalizante	12	4.27	0.42			
Internalizante	8	4.29	0.32			
Autoritário				0.14	.89	0.07
Externalizante	12	1.98	.54			
Internalizante	8	1.95	.36			

Como é possível verificar na Tabela 9, relativa à variável “presença de comorbilidades”, o estilo Autoritativo apresenta um valor médio mais elevado tanto nas crianças com comorbilidades ( $M = 4.16$ ;  $DP = 0.48$ ) como naquelas que não as apresentam ( $M = 4.30$ ;  $DP = 0.39$ ). Relativamente à comparação entre os estilos parentais em função da variável “comorbilidades” não se verificam diferenças estatisticamente significativas, nem para o estilo parental Autoritativo,  $t(21) = -0.79$ ,  $p = .44$ , nem para o Autoritário,  $t(21) = 1.35$ ,  $p = .19$ . No entanto, os pais de crianças com comorbilidades apresentam tendência para usar mais um estilo de parentalidade autoritário, o que se evidencia pelo tamanho do efeito médio ( $d = 0.54$ ).

**Tabela 9***Presença de comorbilidades e resultados no QDEP (N = 23)*

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Autoritativo				-0.79	.44	-0.32
Com comorbilidades	11	4.16	0.48			
Sem comorbilidades	12	4.30	0.39			
Autoritário				1.35	.19	0.54
Com comorbilidades	11	2.11	0.48			
Sem comorbilidades	12	1.86	0.39			

### 4.3 Caracterização das Funções Executivas

Na Tabela 10 é possível observar a comparação dos resultados entre a amostra clínica e a amostra de comparação quanto aos resultados obtidos no BRIEF-P. A amostra clínica apresenta em média, resultados mais elevados para todos os fatores. Existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras para as escalas Inibição,  $t(48) = -2.25$ ,  $p = .03$ ., Controlo Emocional,  $t(48) = -2.47$ ,  $p = .02$ , e Memória de Trabalho,  $t(48) = -3.09$ ,  $p < .01$  e para os índices de Autocontrolo Inibitório,  $t(46) = -2.56$ ,  $p = .01$ , Flexibilidade,  $t(46) = -2.79$ ,  $p = .01$ , Metacognição Emergente  $t(46) = -2.44$ ,  $p = .02$ , e ainda para o Compósito Executivo Global,  $t(46) = -3.00$ ,  $p < .01$ . Os tamanhos dos efeitos associados variam entre um valor de  $d$  mais baixo para a escala Planificação/ Organização ( $d = -0.31$ ), podendo ser classificado como pequeno, e valores de  $d$  mais elevados encontrados para a escala Memória de Trabalho ( $d = -0.88$ ), Índice de Flexibilidade ( $d = -0.79$ ) e para o Compósito Executivo Global ( $d = -0.85$ ), podendo ser classificados como grandes. Ao repetir a análise com o teste não paramétrico U de Mann-Whitney verificou-se que o nível de significância do resultado se esbate para a escala de Inibição,  $U = 196.50$ ,  $z = -1.88$ ,  $p = 0.06$ , passando a estar no limiar da significância estatística. No geral, estes resultados evidenciam que o desempenho no BRIEF-P difere entre as duas amostras no que diz respeito às funções executivas, indicando mais dificuldades a este nível nas crianças da amostra clínica.

**Tabela 10**

*Comparação entre a amostra clínica e a amostra de comparação quanto aos resultados no BRIEF-P (N = 50)*

	Amostra clínica (N = 25)		Amostra de comparação (N= 25)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Inibição	1.83	0.42	1.59	0.33	-2.25	.03	-0.64
Alternância	1.57	0.41	1.39	0.33	-1.68	.10	-0.48
Controlo emocional	1.74	0.38	1.47	0.38	-2.47	.02	-0.70
Memória de trabalho	1.53	0.32	1.28	0.23	-3.09	<.01	-0.88
Planificação/Organização	1.54	0.38	1.43	0.34	-1.09	.28	-0.31
Índice de Autocontrolo Inibitório	1.80	0.38	1.55	0.30	-2.56	.01	-0.73
Índice de Flexibilidade	1.66	0.30	1.43	0.26	-2.79	.01	-0.79
Índice Metacog. Emergente	1.54	1.34	1.34	0.23	-2.44	.02	-0.69
Compósito Executivo Global	1.65	0.28	1.43	0.22	-3.00	<.01	-0.85

### 4. 4 Influência de Variáveis Clínicas nos Resultados do BRIEF-P

Na Tabela 11 é apresentada a comparação entre as médias dos resultados obtidos no BRIEF-P na amostra clínica quanto à variável “tipo de problemática que motivou a consulta”. Perante os dados é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, com problemas externalizantes/internalizantes, nem para cada uma das escalas ou índices, nem para o Compósito Executivo Global,  $t(20) = 0.67$ ,  $p = .51$ . Ainda assim, observam-se alguns efeitos de tamanho médio, nomeadamente: o grupo de crianças em que a problemática que motivou a vinda à consulta de pedopsiquiatria é “externalizante” apresenta médias mais elevadas para as escalas Inibição ( $d = 0.64$ ), Controlo Emocional ( $d = 0.55$ ) e Índice de Autocontrolo Inibitório ( $d = 0.65$ ); e o grupo “internalizante” apresenta resultados, em média, mais elevados para a escala Alternância ( $d = -0.57$ ).

**Tabela 11***Comparação entre crianças com problemas externalizantes ou internalizantes nos resultados do BRIEF-P (N = 22)*

	Externalizantes (n = 14)		Internalizantes (n = 8)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Inibição	1.91	0.48	1.63	0.28	2.25	.15	0.64
Alternância	1.44	0.36	1.68	0.48	1.68	.20	-0.57
Controlo Emocional	1.80	0.44	1.58	0.26	2.47	.21	0.55
Memória de Trabalho	1.51	0.32	1.50	0.38	3.09	.93	0.04
Planificação/Organização	1.55	0.46	1.46	0.24	1.09	.63	0.21
Índice de Autocontrolo Inibitório	1.86	0.44	1.61	0.23	1.52	.14	0.65
Índice de Flexibilidade	1.61	0.30	1.63	0.28	-0.08	.94	-0.04
Índice de Metacog. Emergente	1.53	0.35	1.49	0.31	0.27	.79	0.11
Compósito Executivo Global	1.65	0.32	1.57	0.22	0.67	.51	0.29

Na Tabela 12 é apresentada a comparação entre as médias dos resultados obtidos no BRIEF-P na amostra clínica quanto à variável “comorbilidades”. Existem diferenças significativas entre os grupos com e sem comorbilidades para as escalas Inibição,  $t(23) = 2.32$ ,  $p = .03$ , Memória de Trabalho,  $t(23) = 3.76$ ,  $p < .01$ , Planificação/Organização,  $t(23) = 2.33$ ,  $p = .03$ ; para os Índices Autocontrolo Inibitório,  $t(23) = 2.20$ ,  $p = .04$ , Metacognição Emergente,  $t(23) = 3.36$ ,  $p < .01$ ; e para o Compósito Executivo Global,  $t(23) = 2.45$ ,  $p = .02$ . No geral os resultados são em média mais elevados nas crianças que apresentam comorbilidades, para todos as escalas exceto para a Alternância, o que quer dizer que, com exceção dessa escala, as crianças com comorbilidades apresentam mais dificuldades ao nível das funções executivas. Este resultado é também visível através do tamanho dos efeitos, médios a muito grandes, sugerindo que as crianças com comorbilidades apresentam tendencialmente mais dificuldades exceto para o Índice de Flexibilidade, para o qual não se verifica efeito da presença de comorbilidades.

**Tabela 12***Comparação entre crianças com e sem comorbilidades quanto aos resultados do BRIEF-P (N = 25)*

	Com comorbilidades (n = 13)		Sem comorbilidades (n = 12)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Inibição	2.00	0.47	1.65	0.28	2.32	.03	0.93
Alternância	1.45	0.29	1.69	0.49	-1.49	.16	-0.58
Controlo Emocional	1.86	0.41	1.62	0.31	1.69	.10	0.66
Memória de Trabalho	1.72	0.30	1.33	0.21	3.76	<.01	1.45
Planificação/Organização	1.70	0.41	1.37	0.27	2.33	.03	0.90
Índice Autocontrolo Inibitório	1.95	0.42	1.63	0.25	2.20	.04	0.87
Índice de Flexibilidade	1.66	0.25	1.65	0.35	0.03	.98	0.01
Índice Metacog. Emergente	1.71	0.32	1.35	0.21	3.36	<.01	1.30
Compósito Executivo Global	1.77	0.30	1.52	0.20	2.45	.02	0.95

#### 4.5 Correlações entre os Resultados do QDEP e do BRIEF-P

A correlação entre o estilo Autoritativo e as funções executivas da criança não é estatisticamente significativa ( $r = -.32$ ,  $p = .88$ ), o que demonstra que não existe relação entre as duas variáveis. Pelo contrário, a correlação para o estilo Autoritário é estatisticamente significativa ( $r = .51$ ,  $p = .01$ ), o que demonstra a existência de uma relação forte e positiva entre as funções executivas e o estilo parental autoritário. Este resultado indica que quanto maior a

disfunção executiva da criança, maior será a tendência para a utilização de um estilo parental autoritário.

## V - Discussão

Através desta dissertação propusemo-nos caracterizar a população pré-escolar atendida no serviço de Pedopsiquiatria de um hospital central (amostra clínica) relativamente aos estilos parentais e às funções executivas. Mais especificamente, pretendemos compreender qual o estilo parental predominante em pais de crianças com problemas emocionais e de comportamento (PEC), assim como perceber se este é diferente do adotado por pais de crianças sem estes desafios. Além deste, estabelecemos também como objetivo explorar a relação entre os estilos parentais e características clínicas e familiares destas crianças. Ao mesmo tempo, pretendemos analisar as funções executivas deste grupo clínico através da comparação com crianças sem desafios de saúde mental identificados, simultaneamente contribuindo para a validação do BRIEF-P para a população portuguesa. Por fim, pretendemos analisar se existe relação entre os estilos parentais e o domínio das funções executivas destas crianças.

Os dados relativos aos estilos parentais foram recolhidos com recurso ao *Questionário de Dimensões e Estilos Parentais* – versão portuguesa (QDEP). Este, demonstrou ter uma baixa consistência interna relativamente à Escala do Estilo Parental Permissivo ( $\alpha = .44$ ), para as duas amostras em conjunto - clínica e de comparação - o que levou à sua não utilização no presente estudo. Este baixo resultado de consistência interna pode dever-se a vários fatores como o baixo número de itens que compõem esta escala, a fraca inter-relação entre os itens ou à possibilidade de a escala não medir a dimensão pretendida de forma consistente (Tavakol & Dennick, 2011). Outra possível explicação pode estar relacionada com a dificuldade dos pais em compreender o sentido de alguns dos itens (e.g., item 24, “Exagero nos mimos que dou ao meu filho”, uma mãe referiu não considerar que existam “excesso de mimos”, por isso respondeu “nunca”).

A desejabilidade social, tendência a responder aos itens de acordo com o que consideram ser mais correto, aceitável ou desejável, de modo a obter a aprovação social (Crowne Marlowe & 1960) é outra fonte frequente de enviesamento de respostas, que pode ter contribuído para a fraca consistência interna da escala correspondente ao estilo parental Permissivo, ao reduzir a heterogeneidade dos resultados (Bernardo, 2022). Esta tendência para responder aos itens de forma não coerente com o seu conteúdo específico depende das características pessoais, das características dos instrumentos, e do contexto em que é aplicado (Wetzel et al., 2016). Relativamente ao contexto, pode ser ocorrido um enviesamento devido ao receio de que as respostas pudessem ter alguma consequência negativa. Uma vez que os dados foram recolhidos em contexto clínico aquando da ida a uma consulta de Pedopsiquiatria, Psicologia, ou Terapia Ocupacional dos filhos, alguns pais poderão ter tido receio de que as suas respostas prejudicassem a sua imagem enquanto cuidadores junto dos profissionais de saúde ou recear que algum possível diagnóstico fosse atribuído aos filhos. Embora lhes tenha sido explicado que as suas respostas seriam mantidas anónimas e analisadas somente no contexto de uma investigação, as respostas podem ter sido dadas pelos pais consoante o que pensaram ser melhor para si e para os seus filhos em termos sociais, representando uma ameaça à validade dos resultados (Almiro, 2017). Esta forma de responder aos itens pode ser um padrão de resposta do sujeito em diversos contextos ou ser específico para este contexto clínico, e além disso pode ser ou não consciente (Paulhus, 1984, 2002).

Os resultados mostram que o estilo parental predominante, nos pais das crianças com PEC, é o estilo parental autoritativo. Por não se verificarem diferenças na utilização do estilo parental, em comparação com pais de crianças sem estes desafios de desenvolvimento, podemos também hipotetizar que os pais da amostra clínica conseguem ter adequados níveis de envolvimento parental, expressão de afetos e responsividade (Baumrind, 1966, 1971). Alguns estudos nesta área sugerem que os pais de crianças com PEC recorrem a uma parentalidade mais autoritária (Akhter et al., 2011; Rose et al., 2017; Shahla et al., 2011) ou permissiva (Anthony & Vadakedom, 2017; Akhter et al., 2011; Pinquart, 2017; Tavassolie et al., 2016), em comparação

com amostras normativas, pois poderão ter maiores dificuldades em estabelecer uma relação adequada e de qualidade com os filhos (Anthony & Vadakedom, 2017; Querido et al., 2002). Neste sentido, os resultados obtidos contrastam com estudos prévios que apontam para elevado controlo e baixa responsividade emocional por parte de pais de crianças com PEC (Laukkanen et al., 2013; Lee et al. 2013; Patterson, 2002; Walling et al. 2007). Este resultado pode também ser explicado pelo facto de os pais, ao acompanharem os seus filhos às consultas, estarem mais bem informados quanto às necessidades dos mesmos. Contudo, esta explicação não se aplica a uma parte da amostra clínica cujos questionários foram preenchidos no contexto da primeira consulta no serviço de Pedopsiquiatria.

Relativamente às variáveis familiares, não se verifica uma influência significativa do nível socioeconómico familiar no estilo parental utilizado pelos pais de crianças com PEC, com os dois estilos a serem utilizados de forma semelhante por famílias de baixo e de médio/alto nível socioeconómico. No entanto, os resultados indicam uma tendência a maior recurso do estilo parental autoritário por parte de famílias de nível socioeconómico baixo. A literatura vai neste sentido, indicando que o baixo rendimento familiar pode afetar as crianças de várias formas: tanto por limitar os recursos materiais, como por estar associado a maior sofrimento interpessoal familiar (Boyce et al., 2021). Nestes casos, é sugerido que os pais que enfrentam dificuldades económicas têm maior probabilidade de ter problemas emocionais, como depressão, ansiedade e dificuldade de gestão da raiva (Neppel et al., 2016). Além disso o *stress* económico aumenta o conflito entre os cuidadores o que, por sua vez, pode comprometer o apoio parental. Estas dificuldades nos relacionamentos conjugais e familiares levam a uma maior frequência de parentalidade marcada por comportamentos hostis, como irritabilidade, rejeição, coerção e comportamento disciplinar inconsistente e explosivo (Neppel et al., 2016). Devido ao baixo número de crianças de nível socioeconómico elevado na amostra clínica ( $n = 1$ ), não foi possível comparar os três níveis – baixo, médio e alto –, tendo-se recorrido ao agrupamento dos níveis médio e alto. Podemos especular que este resultado pode indicar que as crianças de famílias de nível socioeconómico alto têm menos PEC, ou que recorrem a serviços de acompanhamento privados e, por isso, surgem menos representadas nesta amostra. Estas diferenças relativas ao nível socioeconómico poderiam, eventualmente, tornar-se mais visíveis no caso de a nossa amostra ser mais numerosa e heterogénea.

Ainda no que diz respeito a variáveis familiares, os resultados indicam que, para a amostra clínica, quando os pais têm mais do que um filho adotam um estilo parental mais autoritário, sendo o tamanho deste efeito bastante acentuado. Esta diferença no estilo parental para os pais que têm mais do que um filho pode estar associada às variáveis mencionadas acima (e.g., nível socioeconómico, *stress* parental) e aos desafios acrescidos de criar um filho com PEC. As características desafiadoras destas crianças, como birras intensas, agitação, agressividade, comportamento inibido, comportamento de oposição e desafio, perturbação do sono ou ansiedade de separação, podem colocar uma tensão suplementar na parentalidade, que se torna mais evidente quando há outros filhos, devido às exigências que envolve.

Quanto à percepção dos pais sobre se a condição do filho/a influencia a forma como lidam com o ele/ela, o modo como os pais responderam a esta questão (sim ou não) não mostrou relação com o estilo parental adotado. Apesar disso, surgiram respostas qualitativas interessantes por parte dos pais que responderem afirmativamente, nomeadamente, sobre as dificuldades na gestão de tarefas familiares do dia-a-dia, em ser assertivos e firmes de forma a não permitir que a criança imponha as suas regras, em lidar com os comportamentos mais desregulados, nomeadamente com recurso a aplicação de castigos, e em compreender se certos comportamentos são ou não normativos para a idade. Estas respostas sugerem que os pais que responderam que a condição clínica do filho/a influencia/ou a forma como lidam com ele/a, se encontram por vezes sem estratégias adaptativas para gerir alguns comportamentos dos filhos, o que os poderia levar a

recorrer a um estilo parental mais autoritário, resultado que, no entanto, não foi observado na nossa amostra.

Quanto ao tipo de problemática apresentada pelas crianças, o facto de esta ser externalizante ou internalizante não parece ter efeito sobre o estilo parental adotado pelos pais, o que quer dizer que esta não é uma variável que surja como tendo impacto no modo como os pais lidam com a criança. Podemos referir que na literatura se assinala uma tendência para os pais serem mais autoritários no caso de problemas externalizantes para tentarem gerir o comportamento e emoções intensas dos filhos (Walling et al. 2007). Já os problemas internalizantes parecem estar associados a hiperproteção materna e falta de encorajamento e independência, por sua vez também associados ao estilo parental autoritário (Coplan et al. 2004; Rubin et al. 1999). Este resultado necessita ser clarificado em estudos futuros com recurso a amostras mais numerosas.

Ao comparar as crianças da amostra clínica, com e sem comorbidades, quanto aos resultados obtidos no QDEP, embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas, há uma tendência para os pais de crianças cujos filhos têm comorbidades utilizarem um estilo parental mais autoritário na relação com os mesmos. A literatura indica que a existência de PEC é um desafio acrescido à parentalidade (Sanner & Neece 2018). Deste modo, o facto de as crianças apresentarem mais do que um problema poderá aumentar esse desafio.

Os níveis obtidos para a consistência interna do Inventário de Funções Executivas - *Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschoolers* (BRIEF-P) são em geral elevados, sendo muito semelhantes aos coeficientes alcançados nos estudos originais americanos (Gioia et al., 2003, 2015). Quanto aos resultados obtidos no BRIEF-P, é de salientar que existem diferenças significativas entre as duas amostras, para o Compósito Executivo Global, para os três Índices, Autocontrolo Inibitório, Flexibilidade e Metacognição Emergente, e para as escalas Inibição, Controlo Emocional, Memória de Trabalho, indicando a presença de maiores dificuldades ao nível das funções executivas por parte das crianças que compõem a amostra clínica, tal como previsto pela literatura (Kavanaugh et al., 2019; Mullin et al., 2020). Grande parte do desenvolvimento das funções executivas ocorre após a idade pré-escolar, nomeadamente no que diz respeito à memória de trabalho, flexibilidade e planeamento (Best et al., 2009). Porém, o facto de em idade pré-escolar termos encontrado diferenças entre as duas amostras, com valores mais altos (reveladores de maiores dificuldades) para a amostra clínica, indica que nesta etapa estas componentes das funções executivas já se encontram em desenvolvimento, sendo este prejudicado pela presença de PEC (Caspi & Moffitt, 2018; Schoemaker et al., 2013; Segamarchi et al., 2021). Os resultados encontrados neste estudo representam um contributo para a validação da versão portuguesa do BRIEF-P, na medida em que esta se mostrou capaz de diferenciar um grupo clínico constituído por crianças portuguesas em idade pré-escolar, que se espera tenham um funcionamento executivo mais pobre, de um grupo normativo. Apontam, igualmente, para níveis de precisão (consistência interna) muito satisfatórios.

Quanto à comparação dos resultados no BRIEF-P entre crianças com problemas externalizantes ou internalizantes, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, o tipo externalizante apresenta médias mais elevadas para as escalas Inibição, Controlo Emocional e para o Índice de Autocontrolo Inibitório, o que vai ao encontro da literatura que indica, já para a idade pré-escolar, que os problemas de comportamento externalizante se podem manifestar como um défice na inibição do comportamento agressivo e antissocial, associados a estes três fatores (Caspi & Moffitt, 2018). Diversos autores concordam que o controlo inibitório é central para o desenvolvimento do funcionamento cognitivo, emocional e social em crianças (Buckley et al., 2020; Diamond, 2013; Ghodrati et al., 2019) e que está associado à presença de problemas de comportamento externalizantes (Schoemaker et al., 2013), possivelmente pelo facto de as crianças com dificuldades em controlar impulsos



tenderem a manifestar mais comportamentos agressivos e/ou opostos do que os seus pares. Quanto aos resultados do grupo internalizante para a escala Inibição, apesar de na nossa amostra este resultado ser mais elevado para as crianças com sintomatologia de tipo externalizante, comparando-o à amostra normativa, estes revelam em média um menor valor para. Isto parece ir ao encontro da literatura que indica que crianças com problemas internalizantes, devido a défices no controlo inibitório podem apresentar uma fraca inibição de pensamentos negativos e de ruminação (Caspi & Moffitt, 2018). O grupo internalizante revela dificuldades ao nível da escala Alternância, o que vai ao encontro de resultados de outros estudos, que apontam para maiores dificuldades em mudar de tarefa, de ambiente ou de cuidadores em crianças mais depressivas ou ansiosas (Günther et al., 2010).

Quanto à comparação entre crianças com e sem comorbilidades, os resultados revelam que existe relação entre a presença de comorbilidades e um pior desempenho ao nível das funções executivas. Mais especificamente, verificam-se resultados significativamente mais altos nas crianças com comorbilidades para as escalas Inibição, Memória de Trabalho, Planificação/Organização, Índices de Autocontrolo Inibitório e Metacognição Emergente. Na nossa amostra as crianças com problemas internalizantes apresentam comorbilidades como dificuldades no processamento sensorial e perturbação no desenvolvimento da linguagem. Já as crianças com problemas externalizantes apresentam dificuldades, por exemplo, no processamento sensorial, atraso global do desenvolvimento psicomotor, ansiedade de separação ou encoprese primária. Estes dados vão no mesmo sentido da literatura (e.g., Gardner & Shaw, 2009) que indica a existência de comorbilidades entre PEC e Problemas do desenvolvimento (e.g., dificuldades do processamento sensorial, atraso global do desenvolvimento).

Por fim, os resultados indicam uma correlação negativa entre o Compósito Executivo Global e o estilo parental autoritário para a amostra clínica, o que sugere que quanto maiores as dificuldades ao nível das funções executivas nas crianças, maior será a tendência dos pais para recorrer ao estilo parental autoritário. Estes resultados parecem ir ao encontro da literatura que encontrara associações entre características parentais típicas do estilo autoritário tais como, severidade (atos coersivos, emocionalidade negativa), conflito e raiva na interação com a criança e maiores problemas nas funções executivas desta (Berthelsen et al., 2017; Lam et al., 2018; Lucassen et al., 2015; Treat et al., 2017; Pelo contrário, vários estudos indicam que pais que usam um estilo autoritativo com os seus filhos podem favorecer o desenvolvimento das funções executivas, através da influência do seu próprio comportamento na regulação emocional dos filhos, que por sua vez se associa a melhores competências sociais e académicas (Akhter et al., 2011; Marcone et al., 2017; Rose et al., 2017; Shahla et al., 2011). Assim, a forma como os pais agem para com os filhos e exercem a parentalidade parece influenciar o desenvolvimento das funções executivas (Sarwar, 2016).

## VI - Conclusões

Vários estudos têm revelado o impacto dos estilos parentais (Baumrind, 1966, 1971) em diversos aspetos do ajustamento social e emocional nas crianças (Pedro et al., 2015). Nomeadamente, o estilo parental autoritativo beneficia crianças com PEC, pois favorece a sua autorregulação, através de níveis adequados de controlo comportamental, afeto e responsividade (Nanthamongkolchai et al., 2007; Larzelere et al., 2013; Laukkanen et al. 2014). Nesse sentido é importante perceber a que estilo parental é que os pais de crianças com PEC recorrem, para que, em contexto clínico, os profissionais de saúde possam ajudá-los a encontrar as estratégias mais adaptativas na relação com os filhos. Sobretudo quando se sabe que algumas especificidades e problemas da criança podem representar desafios acrescidos ao exercício da parentalidade (Sanner & Neece, 2018).

O presente estudo permitiu observar alguns dados interessantes e pensar em possíveis investigações futuras. São de salientar quatro resultados com implicações clínicas. No grupo clínico estudado verificou-se que os pais que têm mais do que um filho adotam um estilo parental mais autoritário. Parece também existir tendência para os pais cujos filhos têm comorbilidades e os pais de nível socioeconómico familiar baixo adotarem um estilo mais autoritário na relação com os filhos. Verificou-se que as crianças que têm comorbilidades apresentam mais dificuldades ao nível das funções executivas e, por fim, observou-se que quanto maiores as dificuldades ao nível das funções executivas maior o recurso dos pais ao estilo parental autoritário.

Estes resultados são uma mais-valia e poderão permitir orientar futuras intervenções junto da população clínica. Neste âmbito, a identificação precoce das famílias que apresentam tendência para utilizar estilos parentais mais autoritários, pode orientar intervenções mais eficazes e objetivas e nesse sentido permitir um melhor ajustamento entre pais e a criança, e aumentar o bem-estar de ambos. O QDEP poderá ser utilizado por parte de psicólogos que trabalham com estas populações para identificar pais de estilo autoritário. A implementação de programas de educação parental, individualmente ou em grupo, como forma de intervenção poderá melhorar o ajustamento entre os pais e as suas crianças. Nomeadamente, programas dinamizados através de grupos de pais podem promover o contacto e identificação com outros pais em situações semelhantes, assim como uma maior compreensão de necessidades e emoções, suas e dos seus filhos. Dessa forma, a rede social de apoio aumenta o seu sentido de competência (Moré & Crepaldi, 2012). É importante ajudar os pais a compreender que o seu papel é essencial como parte da solução, independentemente de serem, ou não, parte do problema.

Um contributo importante deste estudo reside no apoio à validação da versão portuguesa do BRIEF-P. Com efeito, esta mostrou-se capaz de diferenciar um grupo clínico constituído por crianças portuguesas em idade pré-escolar, que se espera tenham um funcionamento executivo mais pobre, de um grupo normativo. Deste modo, o uso do BRIEF-P em contexto clínico poderá vir a constituir uma mais-valia no sentido em que permita identificar dificuldades nas funções executivas que, uma vez treinadas individualmente ou em grupo, poderão contribuir para uma melhor adaptação emocional e comportamental das crianças.

Este estudo, além de potenciais implicações clínicas e do seu contributo em termos de investigação, apresenta também algumas limitações. A primeira, como é fácil de identificar, é o tamanho reduzido da amostra, o qual está associado ao período temporal de recolha de dados, cerca de quatro meses. Mesmo com um número reduzido de participantes foi possível encontrar algumas diferenças significativas, que poderiam ser mais evidentes numa amostra mais numerosa. Outra limitação é relativa ao facto de todos os dados terem sido recolhidos num mesmo hospital e dizerem respeito a crianças e famílias residentes na mesma zona geográfica. Estes aspetos implicam que a generalização dos resultados seja encarada com prudência. Em futuros estudos seria interessante recorrer a amostras mais numerosas e heterogéneas, para que os resultados possam ser mais representativos da população e, desse modo, possam ser mais salientes alguns

dos resultados a que chegámos.

Além destas, existem limitações associadas aos instrumentos e ao seu preenchimento. Pelo facto de serem todos eles instrumentos de autorresposta estão sujeitos ao efeito da desejabilidade social, sobretudo tendo em conta que foram recolhidos por intermédio de profissionais que lidam diretamente com os pais e os filhos (Bernardo, 2022). Neste sentido, os pais poderão ter tido receio que certas respostas tivessem repercussões para ambos. Assim, em relação ao preenchimento do BRIEF-P, a desejabilidade social pode ter atuado no sentido de quererem evitar um possível diagnóstico. Na resposta ao QDEP, o receio da atribuição de responsabilidades pelas dificuldades dos filhos pode também ter condicionado respostas no sentido do que é socialmente desejável, em termos de práticas parentais. Em ambos os casos está presente o estigma relacionado com problemas de saúde mental, o que pode ter distorcido algumas respostas dos pais no sentido de os favorecer, enviesando os resultados. Apesar de esclarecida a questão da confidencialidade durante o preenchimento dos questionários, os pais deram as respostas que entenderam, que nem sempre foram concordantes com o que é possível observar na sua interação com os filhos e também no comportamento destes.

Uma outra limitação do QDEP diz respeito aos valores baixos de consistência interna, que inviabilizaram o recurso à escala relativa ao estilo parental permissivo, o que se se constituiu como uma grande perda para esta investigação pois a literatura associa problemas de comportamento, tanto internalizante (Akhter et al., 2011; Tavassolie et al., 2016), como externalizante (Anthony & Vadakedom, 2017; Pinquart, 2017) a um estilo parental permissivo. Inicialmente pretendíamos comparar as respostas dos pais com as dos educadores, o que não foi possível devido ao baixo número de questionários devolvidos. Estudos futuros poderão colmatar esta lacuna recolhendo respostas dos educadores, à partida mais livres do efeito da desejabilidade social (Bernardo, 2022). Por outro lado, as avaliações dos educadores sobre as funções executivas poderão captar nuances que escapem aos pais, dado o seu acesso à observação da criança em atividades diferentes, por longos períodos. Investigações futuras poderão, igualmente, explorar se outras variáveis, tais como o *stress* parental e a saúde mental dos pais, poderão estar relacionadas com os estilos parentais e/ou os problemas da criança, em crianças atendidas neste tipo de serviços (seguindo alguns relatos dos pais sobre problemas de saúde mental na família direta da criança – pais, irmãos, avós – como ansiedade, depressão ou, mesmo, tentativa de suicídio).

Para finalizar, e apesar das limitações mencionadas, esta investigação contribui para a caracterização dos estilos parentais de pais de crianças com PEC, assim como para compreender a sua relação com variáveis clínicas e familiares e com as funções executivas das crianças.

## Bibliografia

- Abreu, P. M. E., Abreu, N., Nikaedo, C. C., Puglisi, M. L., Tourinho, C. J., Miranda, M. C., Befi-Lopes, D. M., Bueno, O. F., & Martin, R. (2014). Executive functioning and reading achievement in school: A study of Brazilian children assessed by their teachers as "poor readers". *Frontiers in Psychology*, 5, 550. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Achenbach, T. (2007). Applications of the Achenbach system of empirically based assessment to children, adolescents, and their parents. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (pp. 327-344). Lawrence Erlbaum.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 397-405). Academic Press.
- Akhter, N., Hanif, R., Tariq, N., & Atta, M. (2011). Parenting styles as predictors of externalizing and internalizing behavior problems among children. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 26(1), 23-41. <http://pjprnip.edu.pk/index.php/pjpr/article/view/476>
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(3). <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, V. (2002). Executive function in children: Introduction. *Child Neuropsychology*, 8(2), 69-70. <https://doi.org/10.1076/chin.8.2.69.8725>
- Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L. M., Piccinini, C. A., Menezes, A. M. B., Araujo, C. L., & Rohde, L. A. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from preschool years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 499-507. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01865.x>
- Anthony, J., & Vadakedom, S. (2017). Parenting and its influence on child behaviour. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 4(94), 5806-5811. <http://doi.org/10.18410/jebmh/2017/1169>
- Aunola, K., & Nurmi, J. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 76 (6), 1144-1159. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x-i1>
- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Pre-school children with and without developmental delay: Behavior problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 217-230. [https://org/0.1352/0895-8017\(2002\)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2](https://org/0.1352/0895-8017(2002)107<0433:BPAPSI>2.0.CO;2)
- Barros, P. M., & Hazin, I. (2013). Avaliação das funções executivas na infância: Revisão dos conceitos e instrumentos. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 13-22. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201300010003>
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1966.tb05416.x>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1), 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Baumrind, D. (1975). The contributions of the family to the development of competence in children. *Schizophrenia Bulletin*, 1(14), 12-37. <https://doi.org/10.1093/schbul/1.14.12>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11, 56-95. <http://doi.org/10.1177/0272431691111004>

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. (1996). Trouble in the second year: Three questions about family interaction. *Child Development*, 67(2), 556–578. <https://doi.org/10.2307/1131832>
- Bernardo, M. G. (2022). *Estilos parentais e funções executivas na prematuridade: Caracterização e relações*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/104196>
- Bernier, A., Carlson, S. M., Deschênes, M., & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: A closer look at the caregiving environment. *Developmental Science*, 15(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2011.01093.x>
- Bernier, A., Whipple, N., & Carlson, S. M. (2010). From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81(1), 326-339. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>
- Berthelsen, D., Hayes, N., White, S. L. J., & Williams, K. E. (2017). Executive function in adolescence: Associations with child and family risk factors and self-regulation in early childhood. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-14. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00903>
- Bibi, F. B., Chaudhry, A. G., Awan, E. A., & Tariq, B. (2013). Contribution of parenting style in life domain of children. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 12(2), 91–95. <https://doi.org/10.9790/0837-1229195>
- Biedzio, D., & Wakschlag, L. (2019). Developmental emergence of disruptive behaviors beginning in infancy: Delineating normal–abnormal boundaries to enhance early identification. In C. H., Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (4<sup>th</sup> ed., pp. 407-425). The Guilford Press.
- Bierman, K. L., & Torres, M. M. (2016). Promoting the development of executive functions through early education and prevention programs. In J. A. Griffin, P. McCardle, & L. S. Freund (Eds.), *Executive function in preschool-age children: Integrating measurement, neurodevelopment, and translational research* (pp. 299–326). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14797-014>
- Blair, C., & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, 8(2), 647-663. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01019.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Basic Books.
- Boyce, W. T., Levitt, P., Martinez, F. D., McEwen, B. S., & Shonkoff, J. P. (2021). Genes, environments, and time: The biology of adversity and resilience. *Pediatrics*, 147(2), e20201651. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1651>
- Braza, P., Carreras, R., Muñoz, J., Braza, F., Azurmendi, A., Pascual-Sagastizábal, E., Cardas, J., & Sánchez-Martín, J. (2013). Negative maternal and paternal parenting styles as predictors of children's behavioral problems: Moderating effects of the child's sex. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 847-856. <http://doi.org/10.1007/s10826-013-9893-0>
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- Buckley, J., Peterson, E. R., Underwood, L., D'Souza, S., Morton, S., M. B., & Waldie, K. E. (2019). Socio-demographic and maternal health indicators of inhibitory control in preschool age children: Evidence from growing up in New Zealand. *Longitudinal and Life Course Studies*, 11(2), 181-201. <https://doi.org/10.1332/175795919X15746664055477>
- Campbell, S. B. (1997). Behavior problems in preschool children: Developmental and family issues. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 1–26. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x>

- Campbell, S. B., Pierce, E. W., Moore, G., Marakovitz, S., & Newby, K. (1996). Boys' externalizing problems at elementary school: Pathways from early behavior problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8, 701–720. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007379>
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467–488. <https://doi.org/10.1017/s0954579400003114>
- Cardoso, S. G. T., De Mello, C. B., & De Freitas, P. M. (2013). Use of effectiveness quantitative measures to neuropsychological rehabilitation. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 121–131. <https://doi.org/10.5327/z1982-1247201300010013>
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175, 831–844. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17121383>
- Chess, S., Thomas, A., Rutter, M., & Birch, H. G. (1963). Interaction of temperament and environment in the production of behavioral disturbances in children. *The American Journal of Psychiatry*, 120, 142–148. <https://doi.org/10.1176/ajp.120.2.142>
- Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K., & Armer, M. (2004). Do you “want” to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Developmental Psychology*, 40, 244–258. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.244>
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354. <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, N., Menezes, A., & Seabra, A. (2010). Executive functions damage in children and adolescents. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 80–95.
- Egger, H., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313–337. <https://org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, 86, 186–204. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023>
- Gardner, F., & Shaw, D.S. (2008). Behavioral problems of infancy and preschool. In M. D. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5th ed., pp. 882–983). Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444300895.ch53>
- Gaudêncio, A. M., Moura, O., Seabra-Santos, M. J., Albuquerque, C. P., Pereira, M., Major, S., Lopes, A. F., Vilar, M., & Simões, M. R. (2023, Março). *BRIEF-P, Behavior Rating Inventory of Executive Functions, Preschool Version: Psychometric properties*. Comunicação apresentada no IV International Congress of the Research Center for Neuropsychology and Cognitive Behavioral Intervention (CINEICC), Coimbra, Portugal.
- Ghodrati, S., Askari Nejad, M. S., Sharifian, M., & Nejati, V. (2019). Inhibitory control training in



- preschool children with typical development: An RCT study. *Early Child Development and Care*, 191, 1-10. <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1691544>
- Ghodrati, S., Askari Nejad, M. S., Sharifian, M., & Nejati, V. (2019). Inhibitory control training in preschool children with typical development: An RCT study. *Early Child Development and Care*, 191, 1-10. <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1691544>
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2003). BRIEF-P. *Behaviour Rating Inventory of Executive Function, Preschool Version*. Psychological Assessment Resources.
- Gioia, G. A., Espy, K. A., & Isquith, P. K. (2016). *BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-Versión Infantil* (E. Bausela y T. Luque, adaptadoras). TEA Ediciones.
- Günther, T., Konrad, K., Brito, S. A., Herpertz-Dahlmann, B., & Vloet, T. D. (2011). *Attentional functions in children and adolescents with ADHD, depressive disorders, and the comorbid condition*, 52(3), 324–331. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02320.x>
- Halse, M., Steinsbekk, S., Hammar, Å., & Wichstrøm, L. (2022). Longitudinal relations between impaired executive function and symptoms of psychiatric disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 63(12), 1574–1582. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13622c>
- Hartup, W. W. (1979). The social worlds of childhood. *American Psychologist*, 34(10), 944–950. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.944>
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., & Rosenbaum, J. F. (2004). Behavioral inhibition. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 27–58). The Guilford Press.
- Kavanaugh, B. C., Cancilliere, M. K., Fryc, A., Tirrell, E., Oliveira, J., Oberman, L. M., Wexler, B. E., Carpenter, L. L., & Spirito, A. (2019). Measurement of executive functioning with the National Institute of Health Toolbox and the association to anxiety/depressive symptomatology in childhood/adolescence. *Child Neuropsychology*, 26, 754–769. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1708295>
- Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240–278. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.08.001>
- Kendall, P. C., Swan, A. J., Carper, M. M., & Hoff, A. L. (2018). Anxiety disorders among children and adolescents. In J. N. Butcher & P. C. Kendall (Eds.), *APA handbook of psychopathology: Child and adolescent psychopathology* (pp. 213–230). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000065-011>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
- Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68, 94–112. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01928.x>
- Lam, C. B., Chung, K. K. H., & Li, X. (2018). Parental warmth and hostility and child executive function problems: A longitudinal study of Chinese families. *Frontiers in Psychology*, 9(1063), 1-12. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01063>
- Larzelere, R. E., Morris, A. S., & Harrist, A. W. (2013). *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13948-000>
- Laukkanen, J., Ojansuu, U., Tolvanen, A., Alatupa, S., & Aunola, K. (2014). Child's difficult temperament and mothers' parenting styles. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2),

- 312–323. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9747-9>
- Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T. C. J., Foschiera, L. N., & Habigzang, L. F. (2020). Styles, practices or parental skills: How to differentiate them?. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 2–9. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200002>
- Lee, E. H., Zhou, Q., Eisenberg, N., & Wang, Y. (2013). Bidirectional relations between temperament and parenting styles in Chinese Children. *International Journal of Behavioral Development*, 37(1), 57–67. <https://doi.org/10.1177/0165025412460795>
- Lucassen, N., Kok, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C., Lambregtse-Van den Berg, M. P., Tiemeier, H. (2015). Executive functions in early childhood: The role of maternal and paternal parenting practices. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(4), 489–505. <https://dx.doi.org/10.1111/bjdp.12112>
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55(2), 317–328. <https://doi.org/10.2307/1129945>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1–101). Wiley.
- Marcone, R., Affuso, G., & Borrone, A. (2017). Parenting styles and children’s internalizing-externalizing behavior: The mediating role of behavioral regulation. *Current Psychology*, 39(1), 13–24. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9757-7>
- Mash, E., & Dozois, D. (1996). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 3–60). The Guilford Press.
- Merz, E. C., Landry, S. H., Montroy, J. J., & Williams, J. M. (2017). Bidirectional associations between parental responsiveness and executive function during early childhood. *Social Development*, 26(3), 591–609. <https://dx.doi.org/10.1111/sode.12204>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moré, C. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 21(43), 84–98.
- Mullin, B. C., Perks, E. L., Haraden, D. A., Snyder, H. R., & Hankin, B. L. (2020). Subjective executive function weaknesses are linked to elevated internalizing symptoms among community adolescents. *Assessment*, 27, 560–571. <https://doi.org/10.1177/1073191118820133>
- Nanthamongkolchai, S., Ngaosusit, C., & Munsawaengsub, C. (2007). Influence of parenting styles on development of children aged three to six years old. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(5), 971–976.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2008/2012). *Establishing a level foundation for life: Mental health begins in early childhood: Working Paper 6*. Updated Edition. <https://developingchild.harvard.edu/resources/establishing-a-level-foundation-for-life-mental-health-begins-in-early-childhood/>
- Nelson, T. D., Kidwell, K. M., Nelson, J. M., Tomaso, C. C., Hankey, M., & Epsy, K. A. (2018). Preschool executive control and internalizing symptoms in elementary school. *Journal of*



- Abnormal Child Psychology*, 1-12, <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0395-1>
- Neppel, T. K., Senia, J. M., & Donnellan, M. B. (2016). Effects of economic hardship: Testing the family stress model over time. *Journal of Family Psychology*, 30(1), 12–21. <https://doi.org/10.1037/fam0000168>
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25–44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10468-002>
- Patterson, G. R., & Yoerger, K. (1997). A developmental model for late-onset delinquency. In D. W. Osgood (Ed.), *Motivation and delinquency* (pp. 119–177). University of Nebraska Press.
- Paula, J. M. P. (2012). Estilos parentais, inteligência emocional e o enfant terrible: Relações, implicações e reflexões. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 155–162. <https://doi.org/10.12707/RIII1203>
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.59>
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49-69). Lawrence Erlbaum Associates
- Pedro, M. F., Carapito, E., & Ribeiro, T. (2015). Parenting Styles and Dimensions Questionnaire - Versão portuguesa de autorrelato. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 302–312. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528210>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Pollmann-Schult, M. (2014). Parenthood and life satisfaction: Why don't children make people happy?. *Journal of Marriage and Family*, 76, 319–336. <https://doi.org/10.1111/jomf.12095>
- Querido, J. G., Warner, T. D., & Eyberg, S. M. (2002). Parenting styles and child behavior in African American families of preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 272–277. <https://doi.org/10.1207/153744202753604548>
- Rose, J., Roman, N., Mwaba, K., & Ismail, K. (2017). The relationship between parenting and internalizing behaviours of children: A systematic review. *Early Child Development and Care*, 188(10), 1468-1486. <http://doi.org/10.1080/03004430.2016.1269762>
- Rubin, K. H., Hastings, P., Chen, X., Stewart, S., & Mc Nichol, K. (1998). Intrapersonal and maternal correlates of aggression, conflict, and externalizing problems in toddlers. *Child Development*, 69, 1614–1629.
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children's shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23, 937–958. <https://doi.org/10.1080/016502599383>
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In A. Sameroff (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chs5hf>
- Sanner, C. M., & Neece, C. L. (2018). Parental distress and child behavior problems: Parenting behaviors as mediators. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 591-601. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0884-4>
- Sarwar, S. (2016). Influence of parenting style on children's behaviour. *Journal of Education and*

- Educational Development*, 3(2), 222-249. <https://ssrn.com/abstract=2882540>
- Scattolin, M. A. A., Resegue, R. M., & Rosário, M. C. D. (2022). The impact of the environment on neurodevelopmental disorders in early childhood. *Jornal de Pediatria*, 98(Suppl 1), S66–S72. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.11.002>
- Schoemaker, K., Mulder, H., Deković, M., & Matthys, W. (2013). Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 457–471. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9684-x>
- Segamarchi, P. R., Segretti, L., & Da Silva, J. B. R. (2021). Associação entre funções executivas e problemas de comportamento: Uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 21(1), 84–108. <https://doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v21n1p84-108>
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Shahla, A., Mansor, T., Rohani, A., & Mansor, M. (2011). Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Social Science*, 7(2), 195-200. <http://doi.org/10.5539/ass.v7n12p195>
- Shaw, D. S., Gilliom, M., & Giovannelli, J. (2000). Aggressive behavior disorders. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 397–411). The Guilford Press.
- Shaw, D. S., Keenan, K., & Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, 30(3), 355–364. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.3.355>
- Shonkoff, J. P., Richter, L., Van Der Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*, 129(2), 460–472. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0366>
- Shucksmith, J., Hendry, L. B., & Glendinning, A. (1995). Models of parenting: Implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescence*, 18(3), 253-270. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1018>
- Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Super, C. M., Axia, G., Harkness, S., Welles-Nyström, B., Zylicz, P. O., Parmar, P., S., Bonichini, Bermúdez, M., R., Moscardino, U., Kolar, V., Palacios, J., Elias, A., & McGurk, H. (2008). Culture, temperament, and the ‘difficult child’: A study in seven Western cultures. *European Journal of Developmental Science*, 2, 136–157. <https://doi.org/10.1037/a0026204>
- Tandon, D. O., Cardeli & A. B., & Luby, M. D. (2009). Internalizing disorders in early childhood: A review of depressive and anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 593–610. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.004>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tavassolie, T., Dudding, S., Madigan, A., Thorvardarson, E., & Winsler, A. (2016). Differences in perceived parenting style between mothers and fathers: Implications for child outcomes and marital conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 2055-2068. <http://doi.org/10.1007/s10826-016-0376-y>
- Thompson, R. A., & Connell, J. E. (1986). Temperament emotion and social interaction. *Infant Behavior & Development*, 9(Sup. 1), 376. [https://doi.org/10.1016/s0163-6383\(86\)80382-4](https://doi.org/10.1016/s0163-6383(86)80382-4)
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.
- Treat, A. E., Sheffield Morris, A., Williamson, A. C., Hays-Grudo, J., & Laurin, D. (2017). Adverse childhood experiences, parenting, and child executive function. *Early Child Development and Care*, 189(6), 926-937. <https://dx.doi.org/10.1080/03004430.2017.1353978>

- Ursache, A., Blair, C., & Raver, C. (2012). The promotion of self-regulation as a means of enhancing school readiness and early achievement in children at risk for school failure. *Child Development Perspectives*, 6(2), 122-128. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00209.x>
- Vandenbroucke, L., Spilt, J., Verschueren, K., & Baeyens, D. (2017). Keeping the spirits up: The effect of teachers' and parents' emotional support on children's working memory performance. *Frontiers in Psychology*, 8(512), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00512>
- Waller, R., Hyde, L. W., Baskin-Sommers, A. R., & Olson, S. L. (2017). Interactions between callous unemotional behaviors and executive function in early childhood predict later aggression and lower peer-liking in late childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 597-609. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0184-2>
- Walling, B. R., Mills, R. S. L., & Freeman, W. S. (2007). Parenting cognitions associated with the use of psychological control. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 642-659. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9113-2>
- Wetzel, E., Böhnke, J. R., & Brown, A. (2016). Response biases. In F. Leong, D. Bartram, F. Cheung, K. F. Geisinger, & D. Iliescu (Eds.), *The ITC international handbook of testing and assessment* (pp. 349-364). Oxford University Press.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12(3), 443-466. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003102>

**Anexos**

**Anexo I – Carta explicativa aos pais das crianças com PEC**

**Anexo II – Consentimento informado para os pais das crianças com PEC**

**Anexo III – Questionário sociodemográfico da amostra da clínica**

**Anexo IV – Questionário clínico**

**Anexo V – Carta explicativa aos pais da amostra de comparação (QDEP)**

**Anexo VI – Consentimento informado para os pais da amostra de comparação (QDEP)**

## Anexo I



Exmos. Pais:

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

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

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

Se pretender obter qualquer esclarecimento adicional poderá contactar a investigadora Alexandra Gaudêncio através do email: [gaudencio.a@gmail.com](mailto:gaudencio.a@gmail.com)

Informação mais detalhada sobre este projeto encontra-se disponível em:  
[https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto\\_BRIEF\\_Informacao\\_Participantes.pdf](https://staff.fpce.uc.pt/calbuquerque/Projeto_BRIEF_Informacao_Participantes.pdf)

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

Pela Equipa de Investigação

Alexandra Gaudêncio  
Maria João Seabra-Santos

## Anexo II

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado/a \_\_\_\_\_,  
estou de acordo que o/a meu/minha filho/a ou educando/a \_\_\_\_\_,  
participe no estudo que está a ser desenvolvido pelo CINEICC da Universidade de Coimbra, com  
o título *Inventários de Funções Executivas: Estudos de validação e normalização com o BRIEF*.

Nesse sentido (por favor assinale uma ou ambas as opções):

- Concordo em colaborar, respondendo a dois breves questionários
- Autorizo que o/a educador/a de infância do meu filha/a preencha e devolva o questionário  
BRIEF-P

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

A Mãe/ O Pai

---

## Anexo III



Código .....

## Questionário Sociodemográfico

## Elementos a obter junto dos pais

1.1. Idade da mãe: \_\_\_\_\_ 1.2. Idade do pai: \_\_\_\_\_

1.3. Estado Civil da mãe: Casada/União de facto Solteira Viúva Divorciada/Separada 1.4. Estado Civil do pai: Casado/União de facto Solteiro Viúvo Divorciado/Separado 2. A criança/jovem tem irmãos? Sim  Não 

2.1. Se sim, quantos: \_\_\_\_\_ 2.2. Idades: \_\_\_\_\_

3. Quem coabita com a criança/jovem: \_\_\_\_\_

4. Considera que a condição clínica do/a seu/sua filho/a influencia ou alguma vez influenciou o modo como lida com ele/a? Sim  Não 

4.1. Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

---



---



## Anexo IV

## Questionário Clínico

Código .....

## Elementos a recolher junto do profissional (psicólogo/médico) que acompanha a criança

1. Problemática da Criança/Jovem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Idade de início da Problemática: \_\_\_\_\_

3. Tratamento farmacológico: Sem medicação Monoterapia Politerapia 3.1 Se toma medicação, qual(uais) o(s) fármaco(s)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_4. Comorbilidades associadas: Sim  Não 4.1 Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_5. Outros dados relevantes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Anexo V



Exmos. Pais:

No âmbito da realização de dissertações de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica e da Saúde, a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pretendemos compreender o modo como as mães e os pais de crianças com desafios desenvolvimentais particulares (por exemplo, crianças com epilepsia ou crianças nascidas pré-termo) lidam com os seus filhos, no seu dia-a-dia. Para tal, necessitamos de um grupo de comparação, constituído por mães/pais de crianças do mesmo leque etário (3 a 6 anos) mas sem desafios particulares. É nesse sentido que pedimos a sua colaboração, através do preenchimento do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais, o que tomará cerca de 10 minutos.

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

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

A orientadora

---

(Profª Associada da FPCEUC)

**Anexo VI****CONSENTIMENTO INFORMADO**

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

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e clarificar todos os aspetos que me parecerem pertinentes.

Foi-me garantido que a minha identidade e a do/a meu/minha filho/a não são solicitadas e que os dados permanecerão confidenciais. Concordo que os dados sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo.

A Mãe/ O Pai

---