UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATA PEREIRA DE FELIPE

**Caracterização das relações entre depressão pós-parto,
modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas maternas
em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público
de saúde.**

São Paulo

2013

RENATA PEREIRA DE FELIPE

**Caracterização das relações entre depressão pós-parto,
modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas maternas
em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público
de saúde.**

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia
Raad Bussab

São Paulo

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Defelipe, Renata Pereira.

Caracterização das relações entre depressão pós-parto, modelos culturais de self, etnoteorias e práticas maternas em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público de saúde / Renata Pereira Defelipe; orientadora Vera Silvia Raad Bussab. -- São Paulo, 2013.

209 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Depressão pós-parto 2. Modelos culturais 3. Crenças parentais
4. Práticas de criação infantil 5. Socialização I. Título.

RC537

DEFELIPE, R. P. Caracterização das relações entre depressão pós-parto, modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas maternas em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público de saúde. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Às crenças e práticas de cuidado cultivadas pela minha mãe, pai (*in memoriam*) e irmã que deram, dão e darão significado à minha existência passada, presente e futura.

AGRADECIMENTOS

Os meus mais sinceros agradecimentos e gratidão àqueles que me ajudaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho. Aqueles que entraram recentemente em minha vida, os que já existem nela há muito tempo e que permanecem comigo aonde quer que eu vá e aos demais que tiveram uma curta, porém frutífera passagem. Obrigada por me enriquecerem e partilharem suas vivências! Mais especificamente, gostaria de pontuar algumas dessas pessoas tão especiais que foram imprescindíveis tanto ao meu trabalho quanto a minha vida nestes longos, porém, fugazes quatro anos de doutorado.

À Professora Dra. Vera Silvia Raad Bussab, minha orientadora, por tratar a complexidade dos fenômenos de modo tão simples e doce. Como já escrevi em minha dissertação de mestrado: Vera, obrigada por este mosaico de qualidades que a unificam nesta mulher e profissional tão amada e respeitada que é, por ter “aberto as portas” da USP pra mim e por ter feito com que eu descobrisse o estudo da relação mãe-criança. Serei eternamente grata!

Às Professoras Dras. Emma Otta e Patrícia Izar pela sagacidade de suas ideias.

À Professora Dra. Briseida Dôgo de Resende pela leitura crítica extremamente relevante à concretização deste trabalho, pela maravilhosa disciplina intitulada “Aprendizagem social” e por sua amizade.

Ao Professor Dr. Mauro Luís Vieira pela generosidade e simplicidade que lhe são tão particulares e que o transformam em um profissional dedicado e sensível às questões fundamentais de sua área.

À Professora Dra. Heidi Keller que, independente da distância, foi extremamente próxima ao me ajudar de modo generoso e humilde com questões teóricas intrincadas relacionadas a seu programa de pesquisa.

Às Professoras Dras. Maria Lúcia Seidl-de-Moura e Ângela Donato Oliva por me receberem de maneira tão atenciosa, juntamente com seus alunos, no Grupo de Pesquisa de Interação Social e Desenvolvimento (UERJ). À Maria Lúcia, um agradecimento especial pela leitura crítica e revigorante do meu projeto de doutorado e à Ângela, minha gratidão pela oportunidade de aprender sobre suas pesquisas.

Aos professores Athanasios Chasiotis, Rachel Dankner, Joscha Kärtner e Monika Abels por compartilharem suas experiências e me enviarem materiais teóricos.

Aos demais professores do Instituto de Psicologia e de outros Institutos da USP que, indiretamente, contribuíram para este trabalho através de suas disciplinas enriquecedoras.

A todos os funcionários do Instituto de Psicologia, em especial, a Ana Laura, Ari, Edith, Gi, Ronaldo, Sônia e Vilma por me darem suporte informacional e emocional durante todos estes anos.

A todos os pesquisadores do Projeto Ipê que, através de suas formações multidisciplinares, fomentaram inúmeras discussões capazes de promover um maior entendimento a um fenômeno tão complexo e multideterminado como a depressão pós-parto. Gostaria de

agradecer a Carla Vicente, Célia Cauduro, Filumena Gomes, Maria Helena Valente, Maria de Lima Salum e Moraes, Maria Tereza Zullini da Costa (*in memorian*), Marie-Odile Chelini e Vera Regina Fonseca. Minha gratidão especial pelo amor e comprometimento despendidos a este projeto à “base da cadeia” formada por: Alessandra Bonassoli Prado, Aline Tafner, Ana Elisa Cestini, Ana Karina, Ana Patrícia Kamisaki, Beatriz Brocchi, Bruna Karin, Christian Izumi, Cibele Biondo, Fabiana Fonseca, Flavia Carvalho, Gabriela Andrade da Silva, Gabriela Sintra Rios, Jonathan Mota, Júlia Mendonça, Juraci Mendonça, Laura Stobäus, Lia Viegas, Luiza Camargo, Marina Cecchini, Marta Cabrera, Rachel Ripardo, Tânia Lucci, Vanessa Rocha e Vinicius David.

Ao Hospital Universitário da USP (HU-USP), Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB), UBS Jardim São Jorge e UBS Vila Dalva por terem sido os locais onde o projeto começou na prática.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por conceder auxílio ao projeto temático no qual minha dissertação e atual tese se inseriram.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de doutorado.

Agradecimentos especiais àqueles que além de pesquisadores do Ipê tornaram-se parte da minha vida. À “Anak” por nossa amizade e por ser meu alicerce quando mais precisei. À “Alê” e “Bia” por terem sido dois “raios de luz” que iluminaram minha escuridão. À “Chel” pela crescente amizade que me ensina tanto e que vai deixar saudades quando estiver em terras longínquas. À “Gabi Sintra” que, apesar de não se “materializar”, mora no meu coração. À “Má” por ser parceira na vida e por me ensinar tanto com sua forte delicadeza. À “Tanita” por essa presença maravilhosa de mulher e profissional que me inspira. Ao “Vini” pelos bons momentos e boas risadas.

Aos amigos de longa data (“Cá”, “Ci”, “Mica” e “Vivi”; “Bambo”, “Buga”, “Haram”, “Kaps”, “Pico”, “Tuda” e “Xura”; “Alta”, “Eli”; “Garça”, “Marcola”, “Luquinhas” e “Olívião”) que, com suas diferentes tonalidades, me encheram de cores rumo a mais essa conquista. Agradecimento especial a “Olívião” por me ajudar demais nessa fase final.

Minha eterna dívida à Maria de todas as Marias, a minha Maria de Fátima. Por costurar sua existência alinhavando dor e alegria e me ensinando que é preciso ter força, raça e gana sempre. A meu querido pai (*in memorian*) por me ensinar a assistir o pôr-do-sol reverenciando, assim, as mais singelas e importantes coisas da vida. A minha irmã por me fazer aprender a respeitar e amar os contrastes. A toda minha família pelo suporte e amor incondicionais.

A Marli Naldi por ser água, terra, fogo e ar, ou seja, por ser tão essencial à minha vida neste um ano e meio de convivência.

A Alena Klier e Clara Azank pela ajuda na tradução do resumo para o alemão.

Minha gratidão às bravas mães e crianças que fizeram parte deste projeto por serem, muitas vezes, flores que brotam de um impossível chão e por me inspirarem com sua extrema capacidade de se reinventar!

*De tudo, ficam três coisas:
A certeza de que estamos sempre começando
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.
Façamos da interrupção, um caminho novo,
Da queda, um passo de dança
Do medo, uma escada
Do sonho, uma ponte
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino (1981)

RESUMO

DEFELIPE, R. P. **Caracterização das relações entre depressão pós-parto, modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas maternas em uma amostra paulistana atendida pelo sistema público de saúde.** 2013. 209 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Como a literatura dificilmente investiga variáveis culturais e situacionais em conjunto, o presente trabalho procurou conjugar tais variáveis (depressão pós-parto, fatores ecossociais, modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas de cuidado) a fim de caracterizar uma amostra de mães paulistanas atendidas pelo sistema público de saúde do Butantã. Estas mães já faziam parte do projeto temático e longitudinal da FAPESP (No. 06/59192) que deu origem a este trabalho. Partiu-se da premissa de que etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) e práticas de cuidado maternas, além de serem influenciadas pelo contexto ecossocial e modelos culturais de *self*, também poderiam ser afetadas por uma variável situacional materna mais específica: depressão pós-parto (DPP). Dividiu-se a amostra (N=91) em função da intensidade da DPP: (1) *Menor intensidade* (escores 0-24): N=46; e (2) *Maior intensidade* (escores 24-67): N=45. Foram utilizadas: (1) Entrevistas estruturadas; (2) Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; (3) Escala de Apoio Social; (4) Critério de Classificação Econômica Brasil; (5) Escala de Metas de Socialização; (6) Escala de Crenças sobre Práticas; (7) Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas; e (8) Escala de Atividades Realizadas. As mães foram de modo geral autônomo-relacionais e *strictu sensu* mais interdependentes em suas metas e mais autônomas em suas crenças e práticas de cuidado. Encontraram-se as seguintes variáveis (1) associadas e (2) preditivas da intensidade da DPP: (1) relação empobrecida com a mãe na infância e adolescência; menarca precoce; maior número de homens com quem já teve filhos; conflito conjugal; história prévia de doença psiquiátrica; menor religiosidade; gravidez não desejada; e percepção de se dedicar menos do que o suficiente à criança, de considerar os cuidados infantis difíceis, de vivenciar impaciência com a criança e de receber menos apoio social principalmente do companheiro; (2) relação empobrecida com a mãe na infância; percepção de vivenciar impaciência com a criança; percepção de receber menos apoio social; e menor realização de práticas autônomas. As mães não se diferenciaram em função da intensidade da DPP quanto aos modelos culturais e metas de socialização, tendo se diferenciado quanto às crenças e práticas de cuidado. Mães de ambos os grupos valorizaram e realizaram igualmente cuidados primários, mas apenas mães mais deprimidas: (1) valorizaram menos práticas de cuidado interdependentes (fazer massagem; tentar evitar que se acidente; abraçar e beijar) e autônomas (responder perguntas; ficar olho no olho; ver livrinhos juntos); e (2) realizaram menos práticas de cuidado autônomas (jogar jogos; pendurar brinquedos no berço; ver livrinhos juntos; mostrar coisas interessantes; responder a perguntas). Os resultados sugerem que devemos considerar o “quadro completo” onde experiências estressantes vivenciadas na infância, adolescência e início da vida adulta das mães, ao se associarem e/ou predizerem a maior intensidade de DPP, podem afetar parcialmente a cognição e o comportamento materno. Tais resultados apontam ainda que em um único contexto urbano de criação podem coexistir cenários de risco e de proteção regidos por estratégias reprodutivas quantitativas e qualitativas, respectivamente.

Palavras-chave: Depressão pós-parto; Modelos culturais; Crenças parentais; Práticas de criação infantil; Socialização.

ABSTRACT

DEFELIPE, R. P. **Characterization of the relationship among postpartum depression, cultural models, maternal ethnotheories and practices in a sample attended by the public health system of São Paulo city.** 2013. 209 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

As literature hardly investigates cultural and situational variables together, we conjugate these variables (postpartum depression, ecosocial factors, cultural models, and maternal ethnotheories and practices of care) in order to characterize a sample of mothers who were attended by public health system of Butantã (city of São Paulo). Those mothers had already taken part of FAPESP's thematic and longitudinal project (No. 06/59192) which gave rise to this work. The starting point was that maternal ethnotheories (socialization goals and beliefs about practices) and practices of care besides being influenced by ecosocial context and cultural models, they could also be affected by a specific maternal situational variable: postpartum depression (PPD). The sample was divided (N=91) according to intensity of PPD: (1) *Lower intensity* (scores 0-24): N=46; e (2) *Higher intensity* (scores 24-67): N=45. It was applied: (1) Structured interviews; (2) Brazilian Edinburgh Postnatal Depression Scale; (3) Brazil Economic Classification Criterion; (4) Brazilian Social Support Scale; (5) Brazilian Socialization Goals Scale; (6) Brazilian Parenting Ethnotheories Scale; (7) Brazilian Scale of Importance Assigned to Accomplished Parental Practices; and (8) Brazilian Scale of Accomplished Parental Practices. The mothers were broadly considered autonomy-relatedness and *strictu sensu* more interdependent in their socialization goals and more autonomous in their beliefs and practices of care. We found the following (1) associated and (2) predictive variables of the intensity of PPD: (1) poor relationship with the mother in childhood and adolescence; early menarche; the highest number of sex partners with mothers had children with; marital conflict; previous history of psychiatric illness; lower religiosity; unwanted pregnancy; and perception of devoting less than enough to the child, considering childcare a difficult task, experiencing impatience with the child, and receiving less social support especially from their partners; (2) poor relationship with the mother in childhood; perception of experiencing impatience with the child; perception of receiving less social support; and less autonomous practices performed. The mothers did not differ according to the intensity of PPD regarding cultural models and socialization goals, they only differed concerning their beliefs and practices of care. Mothers of both groups valued and performed primary care practices equally, but only more depressed ones: (1) valued less interdependent (do massage; try to avoid child accident; hug and kiss) and autonomous (answer questions; make eye contact; see books together) practices of care; and (2) performed less autonomous practices of care (playing games; hanging toys in the crib; seeing books together, showing interesting things, answering questions). The results suggest that we must consider the "whole picture" in which stressful events experienced in mothers' childhood, adolescence and early adulthood when associated and/or predictive to higher intensity of PPD can partially affect maternal cognition and behavior. These results also show that in a single urban context of child rearing can coexist risky and protective scenarios which are governed by quantitative and qualitative reproductive strategies, respectively.

Keywords: Postpartum depression; Cultural Models; Parental beliefs; Child rearing practices; Socialization.

ZUSAMMENFASSUNG

DEFELIPE, R. P. **Charakterisierung der Beziehungen zwischen postpartaler Depression, kulturellen Modellen, mütterlichen Ethnotheorien und Praktiken anhand einer Stichprobe aus dem öffentlichen Gesundheitssystem der Stadt São Paulo.** 2013. 209 f. Doktorarbeit - Institut für Psychologie, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Da in der Fachliteratur die Zusammenhänge von Kultur und situativen Variablen kaum untersucht wurden, hat vorliegende Arbeit diese Variablen (postpartale Depression, Ökosoziale Faktoren, kulturelle Modelle und mütterliche Ethnotheorien und Praktiken der Pflege) zusammengefügt, um eine Stichprobe von Müttern, die durch das öffentliche Gesundheitssystem in Butantã behandelt wurden, zu charakterisieren. Diese aus der Stadt São Paulo stammenden Mütter waren schon Teil einer thematischen Langzeitstudie der FAPESP (06/59192), die zur Entstehung dieser Arbeit geführt hat. Man geht vom Ausgangspunkt aus, dass Ethnotheorien (Sozialisierungsziele und Vorstellungen über Praktiken) und mütterliches Fürsorgeverhalten, welche vom sozioökonomischen Kontext und von kulturellen Modellen beeinflusst sind, auch von einer spezifisch mütterlichen situativen Variablen beeinflusst werden können: postpartale Depression (PPD). Man hat die Stichprobe (N=91) nach dem Grad der Intensität von PPD unterteilt: (1) *schwache Intensität* (Werte 0-24): N=46, und (2) *hohe Intensität* (Werte 24-67): N=45. Folgende Messinstrumente wurden eingesetzt: (1) Strukturierte Interviews; (2) Edinburgh Postnatale Depressions-Skala (3) Sozialhilfe-Skala; (4) Brasilianisches Ökonomisches Klassifikationskriterium; (5) Brasilianische Skala der Sozialisierungsziele; (6) Skala zur Überzeugung über Praktiken; (7) Skala zur Einschätzung der geübten Aktivitäten; und (8) Skala zu ausgeführten Aktivitäten. Im allgemeinen sind die Mütter autonom-beziehungsorientiert und *strictu sensu* sind sie interdependent in ihren Sozialisierungszielen und eher selbständig in ihren Überzeugungen und Praktiken. Folgende von der Intensität der PPD abhängigen Variablen wurden festgestellt: (1) assoziierte und (2) prädiktive-Variable: (1) verarmte Beziehung mit der Mutter in der Kindheit und im Jugendalter; vorzeitige Menarche; eine höhere Anzahl an Geschlechtspartnern, mit denen sie Kinder gezeugt haben; Ehekonflikte; vorherige Geschichte einer psychischen Erkrankung; geringere Religiosität; ungewollte Schwangerschaften und Wahrnehmung einer unzureichenden Hingabe gegenüber dem Kind, der Kinderpflege als eine schwierige Aufgabe, der Ungeduld mit dem Kind und der niedrigen erhaltenen Sozialunterstützung, hauptsächlich seitens des Partners; (2) verarmte Beziehung mit der Mutter in der Kindheit und im Jugendalter, Wahrnehmung von Ungeduld gegenüber dem Kind; Wahrnehmung der niedrigen erhaltenen Sozialunterstützung und der niedrigen Ausführung von autonomen Praktiken. Die Mütter unterscheiden sich nicht auf Grund der Intensität von PPD bezüglich der Kulturmodelle und der Sozialisierungsziele. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Überzeugungen und Praktiken der Pflege. Mütter beider Gruppen bewerten und verhalten sich bzgl. grundlegender Pflege gleich. Allerdings nur die Depressiven: (1) legten weniger Wert auf interdependente und autonomen Praktiken; und (2) führten weniger Praktiken der Pflege aus. Die Resultate deuten an, dass eine ganzheitliche Betrachtung wichtig ist, denn stressvolle Erfahrungen von Müttern in ihrer Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter in Verbindung mit einer hohen Intensität der PPD, können die mütterliche cognitive Befähigung und ihr Verhalten beeinflussen. Diese Ergebnisse zeigen auch, dass in einem einzelnen städtischen Kontext von Kindeserziehung riskante und beschützende Rahmen koexistieren können, die durch qualitative und quantitative Reproduktionsstrategien geregelt sind.

Stichworte: Postpartale Depression, Kulturelle Modelle, Überzeugungen der Eltern, Kindererziehungspraktiken, Sozialisierung.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relações entre a psicologia transcultural, psicologia geral e outras disciplinas correlatas	34
Figura 2 – Esquema gráfico que representa a epigênese probabilística proposta na abordagem dos sistemas de desenvolvimento. O diagrama mostra a natureza completamente bidirecional de influências genéticas, neurais, comportamentais e ambientais ao longo do desenvolvimento individual (GOTTLIEB, 2000).	38
Figura 3 – Modelo para a Pesquisa Psicocultural (WHITING, 1977).....	42
Figura 4 – Modelo de Pesquisa Ecocultural Evolucionista (KELLER, 2011).....	44
Figura 5 – Modelo Ecocultural de Desenvolvimento adaptado de Keller (2010).....	45
Figura 6 – Modelo de Determinantes do Cuidado Parental (BESLKY, 1984).....	51
Figura 7 – Releitura do Modelo Ecocultural de Desenvolvimento (KELLER, 2007; 2010) a partir de conceitos extraídos do Modelo de Determinantes do Cuidado Parental (BESLKY, 1984).	51
Figura 8 – Esquema gráfico reunindo alguns fatores contextuais de risco e de proteção que são encontrados na literatura.	60
Figura 9 – Sistematização das principais variáveis que caracterizam mães que residem em capitais.	76
Figura 10 –Sistematização de variáveis sociodemográficas e maternas de interesse preditoras de variabilidades intraculturais encontradas por alguns estudos nacionais.	77
Figura 11 –Mapa ilustrativo e informativo de quais variáveis os instrumentos mensuravam.	92
Figura 12 –Esquema gráfico das análises estatísticas realizadas nesta tese.	93
Figura 13 –Diagramas de caixa e bigodes das pontuações mensuradas pela EDPE aos três, oito e 36 meses.	95
Figura 14 –Distribuição da amostra em dois grupos aproximadamente iguais (percentil) em função da intensidade dos sintomas depressivos (pontuação obtida nas três aplicações da EDPE).....	96
Figura 15 –Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação dos escores médios de DPP entre as mães nunca (azul) e pelo menos uma vez deprimidas (verde) em função dos grupos (menor e maior intensidade de DPP).	97
Figura 16 –Aumento progressivo da entrada das crianças na creche/escolinha ao longo do tempo.....	107

Figura 17 –Fórmula utilizada para cálculo da variável “modelos culturais” feita a partir das Escalas de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP), de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR) e de Atividades Realizadas (EAR).....	115
Figura 18 –Linha ilustrativa produzida a partir do cálculo de três trechos equivalentes referentes aos modelos culturais prototípicos de interdependência, autonomia-relação e autonomia.	116
Figura 19 –Histograma da distribuição da amostra quanto ao emprego dos modelos culturais ($Z(90) = 0,073, p = 0,200$).....	117
Figura 20 –Histograma da distribuição da amostra quanto às metas de socialização maternas exibidas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,109, p = 0,010$).	119
Figura 21 –Histograma da distribuição da amostra quanto às crenças sobre práticas de cuidado maternas exibidas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,079, p = 0,200$).	120
Figura 22 –Histograma da distribuição da amostra quanto à importância atribuída às atividades realizadas pelas mães em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,110, p = 0,009$).	121
Figura 23 –Diagramas de caixa e bigodes representando a variação dos escores médios das escalas de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP) e de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR) em função dos modelos culturais.....	122
Figura 24 –Frequência relativa de mães autônomas, autônomo-relacionais e interdependentes ao longo dos instrumentos de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP) e de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR).....	122
Figura 25 –Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação interna dos escores médios das <i>Subescalas de Autonomia</i> (diagramas azuis) e <i>Interdependência</i> (diagramas verdes) das escalas que mensuraram as etnoteorias maternas (EMS, ECP e EIAAR).	123
Figura 26 –Histograma da distribuição da amostra quanto ao emprego das práticas de cuidado maternas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,70, p = 0,200$).....	129
Figura 27 –Frequência relativa de mães autônomas, autônomo-relacionais e interdependentes ao longo da Escala de Atividades Realizadas (EAR).	129
Figura 28 – Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação interna dos escores médios das <i>Subescalas de Autonomia</i> (diagrama azul) e <i>Interdependência</i> (diagrama verde) da Escala de Atividades Realizadas (EAR).....	130
Figura 29 –Árvore de decisão realizada através do método CHAID (<i>Chi-square Automatic Interaction Detector</i>) (N=91).	137

- Figura 30 –Quadro resumo dos principais resultados obtidos. Nota-se que enquanto as variáveis destacadas em vermelho foram preditoras da intensidade da DPP (Árvore de Decisão), as demais apenas se associaram à intensidade da DPP (Anovas, Manovas e χ^2). 138
- Figura 31 –Quadro que reúne os resultados desta tese em um esquema gráfico que mistura elementos dos três modelos teóricos que dão suporte a eles (BELSKY, 1984; BELSKY, DRAPER & STEINBERG, 1991; KELLER, 2007; 2010)..... 167

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Levantamento de estudos brasileiros sobre modelos culturais, etnoteorias e práticas parentais.	73
Tabela 2 – Detalhamento das oito etapas utilizadas pelo projeto temático e pelo presente estudo.	85
Tabela 3 – Escala de Metas de Socialização original (KELLER et al., 2006) adaptada para o português em função das dimensões de autonomia e interdependência.	89
Tabela 4 – Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado original (KELLER et al., 2006) adaptada para o português em função das dimensões de autonomia e interdependência.	90
Tabela 5 – Dimensões e itens da versão original das escalas de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR) e de Atividades Realizadas (AR).	91
Tabela 6 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas métricas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).	99
Tabela 7 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas categóricas (frequência e porcentagem).	100
Tabela 8 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas ao histórico familiar (frequência e porcentagem).	102
Tabela 9 – Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas à gravidez, pré-natal, histórico reprodutivo e características infantis (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).	104
Tabela 10 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas à gravidez, histórico psiquiátrico e características infantis (frequência e porcentagem).	105
Tabela 11 – Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).	108
Tabela 12 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos (frequência e porcentagem).	108
Tabela 13 – Resumo das variáveis ecossociais, maternas e infantis estatisticamente significativas em função dos grupos (<i>Legenda: -DPP: Menor intensidade de DPP; e +DPP: Maior intensidade de DPP</i>).	113
Tabela 14 – Tabela de Correlações de Pearson referente às escalas de MS, CP, IAAR e AR.	114
Tabela 15 – Frequência relativa referente aos tipos de modelos culturais empregados.	116

Tabela 16 –Estatísticas descritivas da variável numérica relacionada ao “escore de modelos culturais” (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).	118
Tabela 17 –Tabela da Matriz de Estrutura que apresenta as variáveis ordenadas por tamanho absoluto de correlação dentro da função discriminante.	125
Tabela 18 –Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas às etnoteorias maternas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo). ...	126
Tabela 19 –Tabela da Matriz de Estrutura que apresenta as variáveis ordenadas por tamanho absoluto de correlação dentro da função discriminante.	132
Tabela 20 –Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas à Escala de Atividades Realizadas (EAR) (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).	133
Tabela 21 –Resumo da caracterização geral e específica (-DPP: <i>Menor intensidade de DPP</i> ; e +DPP: <i>Maior intensidade de DPP</i>) da amostra quanto ao emprego dos modelos culturais de <i>self</i> , das etnoteorias e das práticas de cuidado maternas.	135

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1 Um tipo raro de primata: o ser humano.....	22
1.1.1 Um tipo raro de investimento: o investimento parental humano (IP).	23
1.1.2 Variação do IP em função do sexo do cuidador: um tipo intenso de investimento - o investimento materno.....	25
1.1.3 Variação do IP em função de uma variável materna específica: um tipo frágil de investimento - o investimento em face da depressão pós-parto (DPP).....	26
1.1.4 Variação do IP em função do contexto ecossocial: um tipo humano de investimento - o investimento biologicamente cultural.	29
1.2 Estudo do contexto de criação materno-infantil em face de DPP: contribuições da Psicologia Transcultural (PT) e da Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE).....	31
1.2.1 Psicologia Transcultural (PT).	33
1.2.2 Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE).	36
1.2.3 Contribuições da PT e da PDE ao estudo da parentalidade humana: o modelo teórico de Keller (2007; 2010).....	39
1.2.4 Inspirações teóricas para a construção do modelo teórico de Keller (2007; 2010).....	40
1.2.5 O Modelo Ecocultural de Desenvolvimento <i>per se</i> (KELLER, 2007; 2010).....	44
1.3 Grandes temas de interesse.	52
1.3.1 Estratégias de criação/socialização maternas investigadas.....	52
1.3.1.1 Etnoteorias.	53
1.3.1.2 Práticas de cuidado	55
1.3.2 Depressão pós-parto (DPP) investigada em contexto	57
1.3.2.1 DPP e contexto ecossocial	58
1.3.2.2 DPP e modelos culturais de <i>self</i>	61
1.3.2.3 DPP e etnoteorias maternas	63
1.3.2.4 DPP e práticas de cuidado maternas.....	64

2. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICATIVA	68
2.1 Psicologia Transcultural: Valorização das semelhanças e diferenças interculturais em detrimento das particularidades intraculturais?.....	68
2.2 Particularidades intraculturais: O caso do Brasil.....	69
2.3 Particularidades intraculturais: O caso de São Paulo.....	78
2.4 Particularidades intraculturais: O caso do distrito do Butantã.....	79
2.5 Particularidades deste estudo: abordagem focal, longitudinal e sistêmica de grandes temas como DPP, modelos culturais, etnoteorias e práticas maternas..	79
3. OBJETIVOS	81
3.1 Objetivo geral.	81
3.2 Objetivos específicos e hipóteses relacionadas.	81
3.2.1 Objetivo específico relacionado ao contexto ecossocial.	81
3.2.2 Objetivo específico relacionado aos modelos culturais de <i>self</i>	81
3.2.3 Objetivo específico relacionado às etnoteorias maternas.	82
3.2.4 Objetivo específico relacionado às práticas de cuidado maternas.	82
4. MÉTODO	83
4.1 Caracterização da pesquisa.	83
4.2 Participantes.....	84
4.3 Procedimento geral.....	84
4.4 Instrumentos.	86
4.5 Análises Estatísticas.	93
5. RESULTADOS	94
5.1 Caracterização da amostra quanto a condição materna de interesse: DPP.....	94
5.2 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP.	97
5.2.1 Variáveis sociodemográficas.	98
5.2.2 Variáveis relacionadas ao histórico familiar.....	101
5.2.3 Variáveis relacionadas à gravidez, pré-natal, histórico reprodutivo e psiquiátrico, e características infantis.	103

5.2.4 Variáveis relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos.....	105
5.2.5 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP: Resumo.....	113
5.3 Caracterização da amostra quanto aos modelos culturais de <i>self</i>	113
5.4 Caracterização da amostra quanto às etnoteorias maternas.	118
5.5 Caracterização da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.	128
5.6 Caracterização geral e específica da amostra quanto aos modelos culturais de <i>self</i> , etnoteorias e práticas de cuidado maternas: Resumo.....	135
5.7 Variáveis preditoras da intensidade da DPP.....	136
5.8 Resumo geral dos resultados obtidos.	138
6. DISCUSSÃO	139
6.1 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP.	139
6.2 Caracterização da amostra quanto aos modelos culturais de <i>self</i>	148
6.2.1 Caracterização geral da amostra quanto aos modelos culturais de <i>self</i>	149
6.2.2 Caracterização específica da amostra quanto aos modelos culturais de <i>self</i>	150
6.3 Caracterização da amostra quanto às etnoteorias maternas.	152
6.3.1 Caracterização geral da amostra quanto às etnoteorias maternas.	153
6.3.2 Caracterização específica da amostra quanto às etnoteorias maternas.....	155
6.4 Caracterização da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.	158
6.4.1 Caracterização geral da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.	158
6.4.2 Caracterização específica da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.....	160
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).	195
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP)	196
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo	197

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	199
ANEXO E – Variáveis de interesse extraídas das oito etapas do projeto temático da FAPESP.	201
ANEXO F – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	205
ANEXO G – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE)	207
ANEXO H – Escala de Apoio Social (EAS).	209

APRESENTAÇÃO

Tanto minha dissertação de mestrado (DEFELIPE, 2009) quanto esta tese fazem parte de um projeto temático, longitudinal e multicêntrico financiado pela FAPESP (No. 06/59192; período de vigência 2007–2012) que foi chamado por seus fundadores carinhosamente de “Ipê” e formalmente de “*Depressão pós-parto (DPP) como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências*”. Como o próprio título sugere, tinha dois eixos norteadores principais que investigavam: (1) potenciais fatores causais da DPP (gênese); e (2) possíveis efeitos da DPP na interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil posterior (consequências). Teve como coordenadoras as Profas. Dras. Emma Otta e Vera Silvia Raad Bussab (IPUSP¹), a Dra. Maria Teresa Zullini da Costa (Divisão de Pediatria do HU-USP² – *in memoriam*) e a Dra. Maria de Lima Salum e Moraes (IS³). Devido à sua característica multicêntrica, conjugou pesquisadores de várias unidades da USP (Instituto de Psicologia, Instituto de Biociências, Instituto de Ciências Biomédicas, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, e Hospital Universitário), de uma Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa), do Instituto de Saúde de São Paulo e do Departamento de Psicobiologia da UFRN⁴. Por ser longitudinal, acompanhou díades mãe-bebê desde o terceiro trimestre de gestação até o terceiro ano de vida pós-parto. Além disso, vale lembrar que tal projeto era derivado de um projeto maior coordenado pela Profa. Dra. Maria Emilia Yamamoto (UFRN) e financiado pelo CNPq que foi intitulado “*O moderno e o ancestral: a contribuição da Psicologia Evolucionista para a compreensão dos padrões reprodutivos e de investimento parental humano*”.

O projeto temático da FAPESP produziu inúmeros trabalhos (incluindo minha dissertação) que chegaram a uma conclusão mais geral que me marcou enquanto pesquisadora e me conduziu a fundamentar esta tese. Considero essa conclusão como temporária, pois a mesma está em processo constante de validação visto que a ciência é uma roda viva. Tal conclusão sugere a existência de contextos ora de risco (compostos por menor escolaridade, maior número de filhos, presença de histórico psiquiátrico, conflito conjugal, etc.) ora de

¹ Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

² Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

³ Instituto de Saúde de São Paulo.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

proteção (compostos por suporte social, planejamento da gravidez, ambiente familiar saudável, boa qualidade da interação pais-filhos, etc.) associados à DPP que poderiam ora potencializar ora amenizar seus efeitos, respectivamente (FONSECA, SILVA, & OTTA, 2010; SILVA, 2008; VIEGAS et al., 2008). Esta conclusão encontra respaldo no fato destes trabalhos produzirem resultados divergentes quanto aos possíveis efeitos da DPP sobre a interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil. Como exemplo, podemos citar minha dissertação (DEFELIPE, 2009) que encontrou que a DPP afetou a interação mãe-bebê aos quatro meses de modo qualitativo (dado que apenas díades sem DPP apresentaram correlações entre vocalização, sorriso e olhar, enquanto díades com DPP apresentaram correlações apenas entre toque materno e olhar do bebê para mão da mãe) e não quantitativo (dado que díades com e sem DPP não diferiram quanto à frequência de comportamentos interativos exibidos). Fonseca, Silva e Otta (2010), por sua vez, embora não tenham identificado diferenças entre os grupos com e sem DPP quanto à disponibilidade emocional materna, verificaram uma diferença marginal quanto à capacidade que apenas mães sem DPP tinham em estruturar melhor a exploração infantil aos quatro meses. Já Chelini et al. (2010) encontraram que as altas concentrações de cortisol salivar (parto e quatro meses) dos bebês de mães com DPP e as baixas concentrações de DHEAS (hormônio associado à resiliência à depressão) (quatro meses) de suas mães não influenciavam a responsividade mãe-bebê observada aos quatro meses. Além destes e como um exemplo final, Vicente e Bussab (2011) descobriram que embora bebês de 12 meses não tivessem seu vínculo de apego influenciado pela DPP (dado que 82% deles tinha apego seguro), apenas os bebês de mães com DPP costumavam ser mais ansiosos, além de brincar e explorar menos o ambiente.

Fazendo uma leitura integrada dos trabalhos observacionais supracitados aos demais trabalhos do temático que investigavam fatores causais da DPP (CECCHINI, 2009; CHELINI et al., 2010; MENDONÇA, BUSSAB, & SIQUEIRA, 2011; SILVA, 2008; 2013; VIEGAS et al., 2008), nota-se que a DPP é um fenômeno de natureza multideterminada cuja influência sobre a interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil não pode ser definida em termos binários (afeta ou não afeta). A literatura demonstra isso ao não ser consistente e ao encontrar tanto estudos que acham diferenças entre grupos (DPP; não DPP) quanto estudos que não as encontram e que, inclusive, se contradizem (LOVEJOY et al., 2000; PAULI-POTT, 2008; PROJETO TEMÁTICO, no prelo; RUTTER, 1990).

Uma das explicações para estas inconsistências é que os estudos que investigam a DPP, muitas vezes, focam em categorias circunscritas à interação (ex. comportamentos não

verbais: DEFELIPE, 2009; disponibilidade emocional: FONSECA, SILVA & OTTA, 2010; número de atos comunicativos: BROCCHI & BUSSAB, 2011) e não as conjugam com outras categorias do contexto materno mais amplo (ex. SILVA, 2008) que poderiam estar associadas à DPP e que poderiam ajudar a explicar melhor seus efeitos. É a partir desta lacuna que minha tese “toma forma”. Desde o final do meu mestrado, a necessidade de investigar o contexto ecossocial mais amplo de “minhas” mães só cresceu. Essa necessidade se estruturou definitivamente em 2010 quando decidi caracterizar o contexto precoce (primeiros três anos puerperais) de criação materno-infantil da amostra paulistana em questão (Butantã) composto por: (1) DPP; (2) fatores ecossociais de interesse (e.x. nível socioeconômico, local de criação, apoio social); (3) modelos culturais de *self*; e (4) estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias: metas de socialização e crenças sobre práticas; e práticas de cuidado).

Metodologicamente falando, integraram-se conhecimentos prévios (fatores associados à DPP: DEFELIPE, 2009 e PROJETO TEMÁTICO, no prelo) às noções de modulação sociocultural (modelos culturais de *self*) das estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias e práticas de cuidados) coletadas especificamente para esta tese. Já em termos teóricos, as perspectivas evolucionista e transcultural foram adotadas porque ambas consideram cognição e comportamento como inseparáveis e altamente modulados pela história evolutiva e ontogenética de nossa espécie. Tal integração tanto metodológica quanto teórica é extremamente bem vinda, pois nos ajuda a entender melhor e de maneira mais sistêmica todos os aspectos constituintes do contexto materno de cuidados à prole que são objeto de nossa análise.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Um tipo raro de primata: o ser humano.

Humanos são primatas que possuem características únicas relacionadas a seu comportamento parental. Dentre todos os primatas, são os que apresentam a menor taxa de nascimento, a mais longa gravidez e a mais extensa infância (KELLER & CHASIOTIS, 2007; RODRIGUES, 1998). Esta última característica, em especial, está altamente relacionada ao fato dos bebês nascerem virtualmente desprotegidos e fisicamente imaturos no seio de uma espécie que é intrinsecamente biologicamente cultural (BUSSAB & RIBEIRO, 1998; KELLER, 2007; LEAKEY, 1997).

Durante o processo de hominização⁵, alterações de várias ordens (ambientais, anatômicas, fisiológicas, reprodutivas, comportamentais, e culturais – ver DE TONI et al., 2004; ZEVELOFF & BOYCE, 1982) foram responsáveis por esculpir um dos aspectos mais significativos do desenvolvimento humano: a nossa extensa infância. Dentre as inúmeras alterações ocorridas ao longo da evolução humana que a caracterizam, destacam-se: a redução da pélvis decorrente do bipedalismo e o tamanho crescente do cérebro humano.

Fatores como o bipedalismo e a posição ereta do corpo acarretaram uma redução aguda no tamanho do quadril das fêmeas humanas. Com a pélvis reduzida, nossos filhotes - quando comparado aos filhotes de outros primatas - tiveram que nascer com menor idade gestacional para que pudessem ultrapassar o diâmetro mais estreito do canal vaginal (DE TONI et al., 2004). O período de gestação humano de 38 semanas, apesar de ser considerado o mais longo de todos os primatas (KELLER & CHASIOTIS, 2007), não é muito diferente do período de gestação de nossos parentes mais próximos (e.x. chimpanzés têm 32 semanas de gestação e gorilas, 37). Apesar disso, nossos bebês nascem em um estágio de desenvolvimento particularmente precoce (ROSENBERG & TREVATHAN, 2002). Para que nossos recém-nascidos não nascessem tão imaturos, a gestação humana deveria ser de 21 meses e não de apenas nove (MONTAGU, 1989). O período de gestação humano encurtado gerou recém-nascidos que nascem com apenas um terço ou 23% do tamanho do cérebro de

⁵ Processo complexo e multidimensional confeccionado por fatores genéticos, ecológicos, cerebrais, sociais e culturais que provocou o aparecimento do *Homo sapiens* (MORIN, 1979).

um adulto (enquanto o cérebro de um chimpanzé nasce com 40% de seu tamanho final e o de um macaco *rhesus*, 65%: ver GOULD, 1987). Para que o desenvolvimento cerebral completo fosse alcançado, foi necessário que nosso padrão de desenvolvimento fosse retardado e estendido quando comparado ao padrão de nossos ancestrais. Tal lentidão e extensão que caracteriza nosso desenvolvimento foi responsável por proporcionar tanto o aumento de tamanho e complexidade de nossos cérebros, quanto a extensão dos cuidados aos recém-nascidos para além do período pré-natal (BJORKLUND, YUNGER, PELLEGRINI, 2002). Segundo Montagu (1989) esta extensão de cuidados durante o período pós-natal foi chamada de “gestação externa” (*extergestation*) e foi projetada para assegurar uma continuidade de cuidados aos recém-nascidos até o momento em que estes já tivessem duplicado seu peso cerebral, já tivessem seus dentes de leite, já estivessem metabolizando alimentos sólidos e já estivessem engatinhando. Considera-se que esta “gestação externa” ocorra até o final do primeiro ou do segundo ano de vida, período em que o cérebro humano atinge 60% ou 75%, respectivamente, de seu tamanho final (GOULD, 1987; MONTAGU, 1989).

Assim, pode-se dizer que ao longo da evolução humana ocorreu uma retroalimentação entre a intensa busca por cuidado parental (fruto da extrema imaturidade infantil) e a também intensa oferta de cuidado parental aos infantes (seção 1.1.1) que, de modo bidirecional, formataram o padrão ontogenético de altricialidade secundária⁶ típico de nossa espécie (THOMPSON, NELSON & KROVITZ, 2003, p. 174).

1.1.1 Um tipo raro de investimento: o investimento parental humano (IP).

A alocação de tempo, energia e recursos por parte dos organismos é distribuída entre as esferas somática (crescimento, desenvolvimento e manutenção do organismo) e reprodutiva (encontrar um parceiro, gerar e criar descendentes viáveis⁷). Dado que cada uma dessas esferas representa dificuldades únicas e que tempo, energia e recursos são finitos, os organismos devem alocar estes “bens” de maneira ótima entre estas duas esferas (HAGEN, 1999). A tendência do ser humano, assim como de outros organismos, é de resolver em

⁶ Padrão de desenvolvimento típico da espécie humana em que o cérebro cresce, sobretudo durante o período de gestação e durante o primeiro ano de vida, caracterizando assim, recém-nascidos de nossa espécie como seres extremamente dependentes de seus progenitores (CUNHA, 2010, p. 153).

⁷ Ou seja, promotores de sucesso reprodutivo.

primeiro lugar problemas de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento, para depois ocupar-se com a reprodução (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002).

Apesar disso, como a maximização do sucesso reprodutivo é um objetivo último das estratégias de vida humanas, a alocação de tempo, energia e recursos na esfera reprodutiva importa e muito (KELLER & CHASIOTIS, 2007). A alocação dentro desta esfera é mutuamente exclusiva e distribuída entre esforço no acasalamento (achar um companheiro) e esforço parental (gerar e criar descendentes viáveis). Ou seja, o investimento reprodutivo voltado especificamente ao esforço parental só pode ocorrer às custas do esforço no acasalamento (TRIVERS, 1974). Estes dois “esforços” que compõem a esfera reprodutiva estão estritamente ligados à replicação dos genes e, portanto, à aptidão do indivíduo. Apesar dos “esforços” no acasalamento e parental estarem ligados à aptidão individual, em espécies sociais cujos descendentes são altamente dependentes de cuidados intensos e prolongados – como é o caso da espécie humana –, papel crítico foi dado ao “esforço” parental (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002).

O investimento no “esforço” parental ou apenas investimento parental (IP) pode ser definido como qualquer dispêndio de energia, tempo e recursos emitido pelos pais e direcionado a um descendente em particular que é capaz de aumentar as chances de sobrevivência deste descendente. Mais especificamente, para o IP ser considerado grande, este deve diminuir drasticamente a capacidade parental de produzir e/ou de investir em outros descendentes atuais ou futuros. O IP pode se referir desde o investimento metabólico utilizado na formação das células sexuais até outras instâncias de investimento tais como alimentação ou proteção dos descendentes (TRIVERS, 1974).

A extrema imaturidade e dependência do bebê humano com relação ao cuidado parental, assim como os períodos prolongados de infância e juventude, trazem como consequência a necessidade de investimento de ambos os pais (KELLER, 1997). Apesar do esforço parental de pais e mães ser caracterizado por amplo grau de cuidados de ambos (biparentais), há uma assimetria quanto ao IP que se deve às pressões seletivas diferenciais sofridas por machos e fêmeas ao longo da evolução.

1.1.2 Variação do IP em função do sexo do cuidador: um tipo intenso de investimento - o investimento materno.

Tanto para a maioria dos mamíferos quanto para a espécie humana, o investimento voltado aos descendentes é substancialmente maior para fêmeas do que para machos (KELLER & CHASIOTIS, 2007). Na natureza, em geral, o sexo que mais investe e gasta energia na fecundação, reprodução e nos cuidados com a prole apresenta padrões mais seletivos quanto à escolha de parceiros. O sexo que investe menos nestas três esferas (fecundação, reprodução e cuidados com a prole), por sua vez, tende a competir mais intra-sexualmente para ter acesso ao sexo oposto que, por sua vez, torna-se um recurso limitante. Esta tendência se estende aos padrões reprodutivos humanos, sendo o sexo mais seletivo, o feminino, e o menos selecionador, o masculino (TRIVERS & CAMPBELL, 1972).

Na espécie humana, em específico, apesar de mães, pais e demais cuidadores alocarem uma quantidade enorme de tempo, energia e recursos para cuidar de seus descendentes, mães são consideradas as principais cuidadoras em todas as culturas (BOWLBY, 1984; KELLER, 2002). Durante a evolução de nossa espécie, em termos comparativos aos demais primatas, embora tenha havido um aumento da participação dos homens nos cuidados parentais, estes ainda tendem a gastar menos tempo interagindo com suas crianças (GEARY, 1998). Esta maior “devolução” materna pode ser explicada tanto pela certeza da maternidade quanto pelos altos custos energéticos correntes desde a formação do gameta feminino, concepção, gravidez, amamentação e demais cuidados pré e pós-natais (KELLER & CHASIOTIS, 2007).

Embora este IP assimétrico tenha sido filogeneticamente selecionado em nossa espécie, a forma e a intensidade com que os pais decidem investir seus recursos finitos (tempo, energia e recursos) em seus descendentes é baseada em circunstâncias atuais. Sendo assim, antes de investirem na prole, pais e mães seguem um processo de tomada de decisões que não é automático e que pode operar tanto consciente quanto inconscientemente (KELLER & CHASIOTIS, 2007). Tal processo pode levar em consideração variáveis maternas (e.x. idade, paridade, saúde mental), infantis (e.x. indicadores de viabilidade infantil, sexo, ordem de nascimento) e fatores ecossociais (e.x. apoio social, renda, escolaridade, local de criação) vigentes no contexto mais imediato dos indivíduos (HAGEN, 1999; KELLER, 1997; SEIDL-DE-MOURA et al., 2012). Vale lembrar que na presente tese daremos ênfase a certas

variáveis maternas e ecossociais que podem vir a influenciar o IP ou mais especificamente o comportamento materno de cuidados aos descendentes.

1.1.3 Variação do IP em função de uma variável materna específica: um tipo frágil de investimento - o investimento em face da depressão pós-parto (DPP).

Além de o IP poder variar em função do sexo do cuidador e do contexto ecossocial onde o mesmo se insere (seção 1.1.4), tal variação em forma e intensidade pode ocorrer também em função de variáveis maternas, tais como idade, paridade, personalidade, e saúde mental (KELLER, 2000; KELLER & CHASIOTIS, 2007). Segundo Belsky (1984), a saúde mental é um dos preditores mais importantes na promoção do mau ou bom funcionamento parental. Dentre os inúmeros eventos capazes de prejudicar a saúde mental materna, podemos citar as desordens de humor típicas do período puerperal. Dentre essas, a depressão pós-parto, foco desta pesquisa, é um dos fenômenos mais comuns e debilitantes que afetam o funcionamento materno⁸.

O período puerperal representa o palco dos primeiros contatos entre o bebê e o ambiente ecossocial que o rodeia. Neste período, a principal via de comunicação do recém-nascido com este ambiente é representada, na maioria das vezes e em todas as culturas, pela figura materna (DEFELIPE, 2009). O puerpério é um período repleto de grandes exigências tanto para os bebês quanto para suas mães. Os bebês, além de sobreviverem à sua condição de imaturidade, devem aprender no decorrer de poucos meses a se alimentar, a se autorregular, a estabelecer relacionamentos interpessoais, a formar representações mentais de objetos e experiências, etc. (HARKNESS et al., 2007). Suas mães, por sua vez, além de passarem por inúmeras alterações endócrinas e transformações relacionadas a seus papéis sociais (de filha para mãe; de profissional atuante para atuar como mãe), devem aprender ao longo dos meses a executar inúmeras práticas de cuidado, a transmitir conhecimentos e valores adequados a seus filhos, ao mesmo tempo em que “tentam”⁹ ser responsivas, contingentes, sensíveis, e calorosas.

⁸ Vale lembrar que a DPP pode também afetar o funcionamento paterno assim como de toda a família, porém como aqui nos concentraremos no comportamento da mãe, fizemos menção apenas à depressão puerperal materna.

⁹ O verbo tentar aqui está entre aspas porque responsividade, contingência, sensibilidade e calor emocional são tidos como mecanismos interacionais que operam em uma base muito mais intuitiva do que intencional.

É neste cenário sensível, vulnerável e repleto de demandas que se encontram as condições necessárias para uma maior incidência de uma desordem de humor específica: a depressão pós-parto (DPP) (SCHMIDT, PICCOLOTO & MÜLLER, 2005). A DPP é um transtorno mental associado ao puerpério, especificado nos sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria (CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª. Revisão; e DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª. Edição). Pode surgir até a quarta/sexta semana pós-natal (DSM-IV/CID-10) (ANDRADE, VIANA & SILVEIRA, 2006), ou ainda, ter início em outros momentos do primeiro ano após o parto (FRIZZO & PICCININI, 2005). Quanto à sua cronicidade, pode se estender por um período de seis meses a um ano (FRIZZO & PICCININI, 2005), por mais de um ano (SCHMIDT, PICCOLOTO & MÜLLER, 2005) ou por mais de dois (CORREIA, 2006). Possui diferentes taxas de prevalência atingindo desde zero a quase 60% das mães em uma ampla escala de países (HALBREICH & KARKUN, 2006). Caracteriza-se por um conjunto de sintomas que incluem: ansiedade; falta de concentração; humor deprimido; irritabilidade; choro frequente; sentimentos de desamparo e desesperança; falta de energia e motivação; desinteresse sexual; transtornos alimentares e do sono; sensação de incapacidade em lidar com novas situações; além de outras queixas psicossomáticas (SCHWENGBER & PICCININI, 2003).

O adjetivo “pós-parto” implicitamente perpetua uma distinção conceitual entre depressão puerperal e geral. Há muita discussão a respeito da condição singular da DPP. Enquanto alguns pesquisadores argumentam que a DPP não pode ser diferenciada de outras depressões gerais, outros insistem que o diagnóstico pós-parto é distinto. Como representante do primeiro grupo, Whiffen (1992) apesar de encontrar que a DPP se diferencia de outras depressões com relação à severidade, considera que tratá-la diferencialmente baseando-se em apenas um pilar diagnóstico¹⁰ pode ser errôneo. Integrando o segundo grupo, enquanto Bernstein et al. (2008) diferenciam a DPP da geral quanto à sintomatologia, Andrade, Viana e Silveira (2006) e Wisner et al. (1999), apesar de afirmarem que depressão puerperal e geral tem o mesmo quadro clínico, acreditam que a DPP possuiria especificidades relacionadas ao papel e à execução da maternidade (maior exibição de pensamentos de agressividade) (DEFELIPE, 2009). Além dos fatores mencionados acima (sintomatologia e etiologia), outro importante pilar diagnóstico da depressão puerperal é sua cronicidade. Apesar de ser importante e de se encontrarem registros de que a DPP possa durar de seis meses a mais de

¹⁰ Existem vários aspectos referentes ao diagnóstico da depressão, entre eles, sintomatologia, prevalência, cronicidade e etiologia (DEFELIPE, 2009).

dois anos do pós-parto (CORREIA, 2006), não existe consenso na literatura sobre qual seria o período puerperal exato de ocorrência e duração que caracterizaria um episódio depressivo como DPP. Como não existe tal consenso, nesta tese consideraremos a intensidade de episódios depressivos vivenciados ao longo dos três primeiros anos puerperais como intensidade de DPP. Embora consideremos a problemática da DPP ser ou não uma depressão singular, vale lembrar que não temos nem ferramentas suficientes nem o objetivo de solucioná-la.

Além desta ressalva feita quanto à singularidade ou não da DPP, é importante falar também sobre seu caráter (dis)funcional. Apesar de ser caracterizada como um transtorno de humor ou uma psicopatologia que é aparentemente disfuncional, como a DPP é um fenômeno universal¹¹, vale indagar se tal comportamento depressivo apresenta algum valor adaptativo. Dado que bebês exigem grande investimento para sua sobrevivência e visto que as mulheres gastam muito mais energia em processos vitais direcionados à prole do que os homens, mães teriam a necessidade primária de analisar “se vale à pena ou não”¹² investir num futuro descendente. Sendo assim, mães ancestrais, possivelmente, tiveram de avaliar a disponibilidade de suporte social (paterno e familiar) e a viabilidade infantil antes de se dedicarem a longos anos de amamentação e cuidados. É possível que quando “percebiam” baixa viabilidade infantil (ex. nascimento prematuro, intercorrências na gravidez e no parto) e falta de suporte social para auxiliar nos cuidados à prole, tais mães tenderiam a reduzir total ou parcialmente seu investimento (HAGEN, 1999).

Além da mãe, pai, demais familiares e até mesmo outros membros de sua rede social estendida possuem um interesse genético no futuro descendente. Ao reduzir total ou parcialmente seu investimento, as mães deprimidas (inconsciente e indiretamente) ameaçam desistir de um “bem” que beneficia reprodutivamente outros membros de seu grupo social. Ao colocar a aptidão inclusiva¹³ em risco, tal ameaça de desistência dá às mães deprimidas um grande poder de negociação social. Isto acontece porque se tal “ameaça” for cumprida, haverá um alto custo a ser pago tanto pelos pais quanto por outros indivíduos do grupo social (perda da aptidão total) (HAGEN, 1999). Assim, apesar da “desistência” impor altos custos àqueles que o fazem, tal estratégia faz com que os integrantes da rede social (aparentados ou não)

¹¹ Considerar a DPP como um fenômeno universal não significa desconsiderar que os mais diversos ambientes socioculturais (compostos por diferentes estruturas familiares, práticas de criação dos filhos e expectativas sobre parentalidade e desenvolvimento infantil) modulem sua expressão, acarretando, assim, diferentes taxas de ocorrência, cronicidade e severidade de DPP (KUMAR, 1994; ver seção 1.3.2.2).

¹² Tal análise custo-benefício pode não envolver nenhuma intenção moral ou consciência (HAGEN, 1999).

¹³ Falamos em aptidão inclusiva, pois na espécie humana, além dos cuidados parentais diretos, foi exigido que houvesse grande cooperação grupal a fim de auxiliar nos cuidados aos infantes (BUSSAB & RIBEIRO, 1998).

comecem a prestar mais atenção nestas mães podendo vir a assumir muitas de suas responsabilidades. Sendo assim, frente à situação de possível desistência ou depressão materna, membros da rede social que tem o potencial de investir mais, podem vir a fazê-lo. A DPP, portanto, pode ser vista como uma adaptação psicológica¹⁴ capaz de ajudar a mãe a avaliar quando os custos excedem os benefícios, conduzindo-a a reduzir parcial ou totalmente seu investimento no futuro descendente. Tal redução de investimento poderia ou não ajudar a mãe a negociar maiores níveis de investimento de membros de sua rede social estendida (HAGEN, 1999).

Esta análise funcional da DPP proposta por Edward Hagen (1999) complementa a Teoria do Investimento Parental de Trivers (TRIVERS & CAMPBELL, 1972) visto que explica porque as mães vivenciam a depressão. Embora Trivers consiga explicar porque mães podem reduzir total ou parcialmente seu investimento em situações onde os custos excedem os benefícios, ele não é capaz de explicar o “porque” da depressão. Este tipo de formulação nos faz (re)pensar sobre a possível (dis)funcionalidade do comportamento depressivo ao ampliar nossos horizontes proximais adicionando uma explicação última¹⁵ a ele. Análise última esta que, embora não seja diretamente foco desta tese, nos auxilia a tecer raciocínios que nos orientam a compreender melhor as possíveis variações no investimento materno associadas à depressão.

1.1.4 Variação do IP em função do contexto ecossocial: um tipo humano de investimento - o investimento biologicamente cultural.

Voltando à premissa básica de que os indivíduos são concebidos para maximizar sua aptidão, estes só conseguem cumprir esta “meta” avaliando implícita ou explicitamente (KELLER, 2000) quais as opções disponíveis em seu contexto físico, econômico, social e cultural mais imediato. O comportamento é somente ótimo (em termos de aptidão) quando

¹⁴ Como qualquer outra adaptação, uma adaptação psicológica trata-se de um constructo que foi moldado pela seleção natural para solucionar um problema particular (HAGEN, 1999).

¹⁵ Os níveis de explicação ou causação são quatro, dois proximais e dois últimos ou distais. Explicações ou causas proximais dividem-se em: *causas imediatas*, que dizem respeito a como certos estímulos ambientais ou mecanismos fisiológicos, cognitivos e psicológicos desencadeiam uma resposta particular; e *causas ontogenéticas*, que dizem respeito a como tal resposta se desenvolve durante a história de vida do indivíduo. Já explicações ou causas últimas ou distais dividem-se em: *causas funcionais*, que dizem respeito ao valor adaptativo ou a função de determinado comportamento; e *causas filogenéticas*, que dizem respeito a como este comportamento evoluiu ao longo da história filogenética da espécie (DE TONI et al., 2004; VARELLA, 2007).

considerado frente a um ambiente específico. Desta maneira, é necessário sempre considerar possíveis variáveis moduladoras de tal comportamento dito “ótimo” que podem estar imersas no ambiente mais imediato dos indivíduos (LAMB et al., 1987).

O ambiente mais imediato de nossa espécie, caracterizada por ter atingido um nível extremo de sociabilidade graças ao seu intenso e extenso investimento parental, é esculpido por um diálogo contínuo entre biologia e cultura. Como somos seres biologicamente culturais (BUSSAB & RIBEIRO, 1998), nosso comportamento de cuidados à prole é construído através de interações bidirecionais entre influências genéticas e ambientais (ver conceito de epigênese na seção 1.2.2) vivenciadas nas mais diferentes culturas e ecologias em que nos inserimos. Na sociedade humana, além dos cuidados parentais diretos, foi exigida também uma alteração da organização social como um todo, de modo que houvesse uma maior cooperação grupal a fim de auxiliar nos cuidados aos infantes (BUSSAB & RIBEIRO, 1998). A intensificação dos vínculos tanto familiares quanto grupais possibilitou que os infantes já nascessem inseridos numa malha social complexa onde a cultura esculpe suas conexões e é por ela esculpida. O bebê humano, portanto, desde cedo já apresenta uma tendência intrínseca à sociabilidade, buscando no adulto uma “ponte” para conectá-lo ao mundo cultural que o rodeia.

Tal mundo que rodeia bebê e cuidadores possui certas características que refletem a identidade cultural do grupo social em que esta díade está inserida. Nas palavras de Tomasello (2003, p. 110):

Pessoas de dado grupo social vivem de certa maneira, preparam e comem alimentos de certo modo, tem certo conjunto de modos de vida, vão a certos lugares e fazem certas coisas. Pelo fato de os bebês ou crianças serem totalmente dependentes dos adultos, comem dessas maneiras, vivem desses modos e acompanham os adultos quando vão a tais lugares e fazem essas coisas.

O que define ou orienta tal funcionamento ou *modus operandi* social vem a ser a cultura local. Vale destacar que cultura aqui é vista como um processo socialmente interativo de construção que possui dois componentes principais: 1) simbólico: constituído pelas interpretações culturais compartilhadas; e 2) material: constituído pelas atividades ou práticas culturais compartilhadas (GREENFIELD et al., 2003; KELLER, 2007).

Pais e/ou outros cuidadores socializam os jovens com a finalidade de prepará-los para sobreviver e prosperar dentro do grupo cultural em que estão inseridos (LEVINE, 1977). Tal

processo de socialização¹⁶ é guiado pelos componentes simbólico (interpretações) e material (práticas) da cultura local que são socialmente aceitos, valorizados e compartilhados. Em geral, é a cultura simbólica (interpretações) que orienta a cultura material (padrões de práticas e ações) parental (BORNSTEIN et al., 2008). Ou seja, a execução da cultura material ou das práticas só se torna possível porque os pais seguem uma espécie de “roteiro” mental (também chamado de modelo cultural - seção 1.2.5) que define o modo apropriado ou normativo de se realizar tais práticas (DEMUTH, KELLER, & YOVSII, 2012). Tal “roteiro” molda as interpretações parentais que, por sua vez, atuam como mediadores ao influenciarem as práticas de cuidado que são expressas em função das variáveis ecossociais do meio.

Como o IP pode ser influenciado pela composição e estrutura do grupo social de referência em que pais e/ou demais cuidadores estão inseridos (KELLER, 2000), a consideração de variáveis ecossociais presentes no meio e variáveis maternas representativas da cultura simbólica e material parental faz-se necessária. Isto porque ao influenciarem-se mutuamente, tais variáveis acabam por modular a forma e intensidade que mães, pais e demais cuidadores pensam e se engajam tanto nos cuidados infantis mais imediatos quanto no desenvolvimento mais posterior de seus descendentes (RIBAS JR, SEIDL-DE-MOURA, & BORNSTEIN, 2003; SEIDL-DE-MOURA et al., 2012).

Dito isto, como o contexto de criação materno-infantil em face de DPP vem a ser nossa unidade de análise, estudaremos quais variáveis ecossociais (ex. apoio social, local de criação, religião), qual modelo cultural de *self* (ex. autonomia e interdependência¹⁷) e quais variáveis maternas representantes da cultura simbólica (etnoteorias) e material (práticas de cuidado) prioritariamente o constituem.

1.2 Estudo do contexto de criação materno-infantil em face de DPP: contribuições da Psicologia Transcultural (PT) e da Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE).

Dado que o investimento parental humano varia em função do contexto ecossocial, do sexo do cuidador e da DPP e dado que as mulheres são consideradas as principais cuidadoras

¹⁶ O processo de socialização acontece através da participação dos indivíduos em atividades diárias permeadas por metas, valores, crenças e emoções (KELLER, 2007).

¹⁷ Vale lembrar que autonomia também pode ser chamada de independência e interdependência, de relação ou relacionamento.

em todas as culturas, são o sexo que mais investe na esfera parental e são as principais portadoras de DPP, escolheu-se estudar nesta tese o contexto materno de criação/socialização aos descendentes. Mais especificamente, optou-se por estudar o contexto materno de criação/socialização precoce (três primeiros anos após o parto) porque é neste período que: (1) os casos de depressão pós-parto são mais claramente diagnosticados; (2) o investimento parental é decisivo para a sobrevivência dos filhos; e (3) as crianças se desenvolvem enquanto membros de uma cultura distinta por meio da aquisição de competência ambiental e social mediada pelos modelos culturais de *self*, pelas etnoteorias (ou crenças) e práticas de cuidado que são culturalmente compartilhadas nos ambientes em que estão inseridas (KELLER, 2007).

Inúmeras são as variáveis que podem vir a esculpir tal contexto materno de criação/socialização precoce. Estas podem perpassar desde variáveis maternas que afetam o funcionamento psicológico (depressão pós-parto) e/ou que representam a cultura simbólica (modelos culturais e etnoteorias) e material (práticas de cuidado) individual, até variáveis que compõem a estrutura ecossocial dos ambientes em que mães e bebês estão inseridos (e.x. apoio social, local de criação, renda). Isto posto, estudos que se propõem a entender mais efetivamente como certos fenômenos maternos (e.x. depressão pós-parto, etnoteorias, práticas de cuidado) e certas condições ecossociais (e.x. local de criação, apoio social, renda) interagem entre si - como a presente tese o faz -, devem buscar compreendê-los de maneira heurística, procurando integrar conhecimentos filogenéticos (história da evolução da espécie) e ontogenéticos (história ao longo do ciclo vital do indivíduo) humanos. Assim como devem também considerar o contexto familiar mais imediato em que o indivíduo vive, incluindo as práticas de cuidado e as crenças a que é submetido (MACARINI & VIEIRA, 2011). Isto porque, dependendo do conjunto de crenças e práticas de cuidado compartilhado em dada cultura, diferentes trajetórias de desenvolvimento podem ser observadas (HARKNESS & SUPER, 1996).

Duas abordagens distintas, porém complementares se dedicam a investigar a interação entre os aspectos biológico e cultural na edificação do desenvolvimento como um todo e mais especificamente da tarefa ontogenética da parentalidade¹⁸ humana, foco de nossa análise. São elas: a Psicologia Transcultural (PT) e a Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE). Para entender porque a presente tese buscou integrar os conhecimentos oriundos destas duas abordagens é necessário antes de mais nada conhecê-las.

¹⁸ Parentalidade trata-se de um neologismo advindo do termo francês *parentalité* que significa tornar-se pai e/ou mãe (FÉRES-CARNEIRO & MAGALHÃES, 2011).

1.2.1 Psicologia Transcultural (PT).

A Psicologia Transcultural (PT) é um ramo da psicologia que compreende diversas formas de pesquisa comparativa que consideram a cultura como um contexto importante para o desenvolvimento e comportamento humanos. A PT surgiu como uma resposta ao campo da psicologia como um todo que por muito tempo: (a) ignorou a cultura como um componente indispensável à compreensão do comportamento humano; e (b) levou em consideração somente as realidades teórico-práticas euro-americanas (etnocentrismo) (SEGALL, LONNER, & BERRY, 1998). Dentro desta abordagem, a cultura é tratada como um conjunto de variáveis contextuais (políticas, sociais, históricas e ecológicas) que afeta vários aspectos do comportamento e desenvolvimento individual. Como consideram a cultura como uma variável independente e externa aos indivíduos (KELLER & GREENFIELD, 2000), a maioria das pesquisas em PT tende a enxergá-la como um aspecto preditor do comportamento (SEGALL, LONNER, & BERRY, 1998).

A PT possui três objetivos centrais e complementares: 1) testar a generalidade, validade e aplicabilidade dos princípios psicológicos ao aplicá-los em outras culturas antes de torná-los estabelecidos; 2) explorar e descobrir novos aspectos do fenômeno estudado (ex. variações culturais e psicológicas) em termos da cultura local; e 3) integrar o que foi aprendido com estes dois objetivos anteriores a fim de gerar uma psicologia mais geral que tenha validade para uma ampla gama de culturas (BERRY et al., 2002).

No desenvolvimento da PT, podem ser reconhecidas três orientações teóricas denominadas de *absolutismo*, *relativismo* e *universalismo*. O *absolutismo* assume que os fenômenos humanos são basicamente os mesmos em todas as culturas, considerando que a cultura desempenha um papel pequeno ou até mesmo irrelevante na investigação psicológica. Tal orientação costuma fazer uso de instrumentos padronizados que produzem interpretações rasas que não levam em consideração informações culturalmente relevantes (BERRY et al., 2002). O absolutismo foi característico de alguns trabalhos iniciais da PT e é devido a ele que a abordagem transcultural é injustamente criticada até os dias de hoje (SEGALL, LONNER, & BERRY, 1998). Já o *relativismo*, grosso modo, representa tudo àquilo que se opõe ao absolutismo. Neste sentido, tal orientação não se interessa pela busca de similaridades interculturais, pois não assume a existência dos processos básicos espécie-específicos responsáveis por tais similaridades. Apesar desses dois polos opostos, a maioria dos

psicólogos transculturais segue uma terceira orientação chamada de *universalista*. Esta assume que características humanas básicas são comuns a todos os membros da espécie e que a cultura influencia a exibição e desenvolvimento dessas características ao produzir variações intra e entre grupos. As comparações entre os estudos que seguem esta orientação são feitas com muita cautela por meio: (1) do uso de uma ampla e variada metodologia; e (2) de interpretações de possíveis similaridades e diferenças que levam em conta tanto informações culturalmente relevantes quanto o conhecimento dos processos humanos básicos (SEGALL, LONNER, & BERRY, 1998).

A grande maioria da PT, portanto, ao mesmo tempo em que realça a diversidade do comportamento humano, também ressalta suas semelhanças ao acreditar na existência de processos psicológicos subjacentes que são encontrados regularmente ao longo das mais diferentes culturas e que, por isso, são considerados “característicos de nossa espécie” (CHASIOTIS, 2011). Esta crença encontrou suporte na existência de “processos psicológicos comuns aos seres humanos” defendidos também por outras disciplinas correlatas (Figura 1). Disciplinas estas que ao trabalharem ao nível populacional, conseguem ilustrar o contexto mais geral em que o funcionamento e desenvolvimento individual ocorrem, ajudando assim a PT a compreender melhor fenômenos que se restringem ao nível individual (ex. subáreas do desenvolvimento, personalidade, cognição) (rever Figura 1). Ao usar tais disciplinas como referência, a PT “constrói pontes” entre os níveis de análise populacional e individual a fim de compreender de maneira mais sistêmica o comportamento individual *per se* e como ele se relaciona com fenômenos de grande escala (populacionais) (BERRY et al., 2002).

Figura 1 – Relações entre a psicologia transcultural, psicologia geral e outras disciplinas correlatas.

Apesar de muito vigorosa esta abordagem foi e ainda é marcada por algumas limitações conceituais e metodológicas. Primeiramente e conforme já mencionado, desde seus primórdios a PT foi (e ainda é) criticada por aplicar noções teórico-metodológicas euro-

americanas a outros ambientes de pesquisa onde tais noções não faziam muito sentido (orientação absolutista) (SEGALL, LONNER, & BERRY, 1998).

Em segundo lugar, apesar da PT se basear na biologia e de tomar uma perspectiva funcional a fim de especificar a relação entre comportamento e contexto sociocultural (CHASIOTIS, 2011), ela raramente enfatiza as bases biológicas do comportamento. O foco recai geralmente sobre o contexto sociocultural e como este interage com o comportamento. Esta ênfase pode levar a uma visão ofuscada da realidade que somente será aprimorada com a integração do estudo tanto das bases biológicas quanto do contexto sociocultural visto que ambos são intrinsecamente relacionados (BERRY et al., 2002). Além disso, a PT só se ocupa com explicações próximas (do tipo “how”) e não últimas (do tipo “why”). Tanto a pequena ênfase dada às bases biológicas do comportamento quanto a desconsideração de explicações últimas podem ser resolvidas se a PT decidir revisitar a biologia e sua perspectiva evolucionista. Esta reconsideração pode ser extremamente frutífera, pois a perspectiva evolucionista ao oferecer uma visão interacionista (interações gene-ambiente) adiciona uma dimensão histórica não empregada pela PT que se subdivide entre: história ontogenética e filogenética (CHASIOTIS, 2011). Esta visão recentemente levantada por Chasiotis (2011) já era esboçada em meados da década de 90 por Jahoda que “esperava que a PT se tornasse cada vez mais um campo de testes para modelos e teorias evolucionistas”, e por Berry e colaboradores que acreditavam que “levaria poucas décadas até que abordagens evolucionistas pudessem ser devidamente avaliadas e validadas dentro da PT” (BERRY et al., 2002).

Em terceiro lugar, embora a PT tenha feito esforços desde seus primórdios para considerar o desenvolvimento dentro de seu campo, como tais esforços são vistos como parciais e vagarosos alguns autores vêm defendendo uma melhor integração da abordagem ontogenética dentro da pesquisa transcultural (CHASIOTIS, 2011; KELLER & GREENFIELD, 2000). Isto porque, apesar do estudo transcultural do desenvolvimento possuir papel central para muitas áreas da Psicologia do Desenvolvimento, ele possui apenas um papel marginal para a própria PT (KELLER & GREENFIELD, 2000).

Para finalizar, como uma das bases teórico-medológicas desta tese está ancorada na PT, optamos neste subitem por explicar o que ela é, como surgiu, quais seus objetivos, suas principais orientações teóricas, e suas possíveis limitações. Houve uma preocupação especial em salientar a orientação universalista dentro desta abordagem, pois é justamente ela que tem sido adotada por teóricos evolucionistas preocupados em reposicionar o desenvolvimento de

figurante a protagonista, buscando compreendê-lo integralmente a partir de suas esferas ontogenética e filogenética (KELLER & GREENFIELD, 2000; MARTINS, 2009). Tais estudiosos se agrupam em uma recente subdisciplina intitulada Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE) que, conforme já mencionado, vem a ser o segundo pilar norteador deste trabalho.

1.2.2 Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE).

A Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista (PDE) pode ser vista como uma perspectiva teórica que aplica os princípios básicos da Teoria da Evolução de Darwin – particularmente os da seleção natural¹⁹ - para explicar o desenvolvimento humano contemporâneo (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002; HÉRNANDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). A PDE envolve o estudo de mecanismos genéticos e ambientais que dão suporte ao desenvolvimento universal de competências sócio-cognitivas e de processos epigenéticos²⁰ evoluídos responsáveis por adaptar tais competências às condições locais (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2000; GEARY & BJORKLUND, 2000; HÉRNANDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). Esta abordagem supõe que comportamentos e cognições que caracterizam tanto adultos quanto crianças são fruto de pressões seletivas sofridas ao longo da história filogenética e ontogenética humana (HÉRNANDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). Ademais a PDE considera que os aspectos da infância possuem tanto uma função adaptativa atual (*adaptações ontogenéticas*: funcionais somente em uma fase particular do desenvolvimento) quanto futura (*adaptações deferidas*: servem como preparação para vida adulta) (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002; HERNÁNDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003).

A PDE ao aplicar o pensamento evolucionista ao estudo do desenvolvimento acredita que o entendimento dos “porquês” nos ajuda a adquirir uma melhor compreensão dos “comos” e dos “o quês” ontogenéticos (GEARY & BJORKLUND, 2000). Para obter tal integração, esta subdisciplina utiliza duas disciplinas principais como base: (1) a Psicologia

¹⁹ A seleção natural é um processo responsável pelo aparecimento de estruturas, físicas ou comportamentais, altamente funcionais que molda as populações de todas as espécies (STRAUSS & WAIZBORT, 2008).

²⁰ Responsáveis pela emergência de novas estruturas e funções durante o curso do desenvolvimento através de uma relação bidirecional entre todos os níveis de fatores inatos e aprendidos do indivíduo (HERNÁNDEZ-BLASI & PELLEGRINI, 2003).

do Desenvolvimento (PD); e (2) a Psicologia Evolucionista (PE). Apesar de a PD ter uma base evolucionista impressa nos escritos de muitos de seus pioneiros (e.x. Baldwin e Stanley Hall) e de seus seguidores (ex. Vygotsky, Piaget, Werner, e Bowlby) e da PE teoricamente considerar a ontogênese como unidade de análise visto que se preocupa com causas próximas e últimas, teóricos da PD e da PE concordam que orientações evolucionistas se preocupam apenas superficialmente com questões ontogenéticas (BJORKLUND & HERNÁNDEZ-BLASI, 2005; BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002; HERNÁNDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). Isto porque a PE tem focado apenas nas causas imediatas (causa próxima) e funcionais (causa última) do comportamento, enquanto tem ignorado suas causas ontogenéticas (causa próxima) e filogenéticas (causa última) (HERNÁNDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). É a partir desta “deficiência” da PE que a PDE “entra em cena” levando em consideração a inseparabilidade entre filogênese e ontogênese, i.e., acreditando que o desenvolvimento ocorre ontogeneticamente em um tempo e contexto específicos, mas que, antes disso, é fruto da evolução filogenética corrente na espécie humana (SEIDL-DE-MOURA et al., 2004).

Tomar a perspectiva da PDE significa levar em consideração: (1) como as *interações gene-ambiente* são interpretadas; (2) o *papel dos mecanismos de domínio-geral para explicar o comportamento*; (3) a *significância das diferenças individuais*; (4) o *papel do comportamento e desenvolvimento na evolução*; e (5) a reconsideração das *cognições de ordem superior* dentro da perspectiva evolucionista (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002).

Como as *interações gene-ambiente* são centrais à PDE vale se estender um pouco mais sobre este item. Ao contrário da PE, a PDE explica como mecanismos evoluídos interagem com ecologias locais na produção de comportamentos através de uma perspectiva interacionista entre genes e ambiente consistente com a abordagem dos sistemas de desenvolvimento (*developmental systems approach*) (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002; GOTTLIEB, 2000; HERNÁNDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003). Esta abordagem enfatiza o conceito de epigênese como a emergência de novas estruturas e funções durante o curso do desenvolvimento, através de uma relação bidirecional entre todos os níveis de fatores inatos e aprendidos do indivíduo. A partir desta perspectiva, o funcionamento em um nível de organização (e.x. ambiente interno do indivíduo representado pelos genes) é capaz de influenciar o funcionamento de níveis adjacentes (e.x. ambiente externo do indivíduo representado pela cultura) produzindo, portanto, um desenvolvimento substancialmente plástico (HERNÁNDEZ-BLASI & BJORKLUND, 2003) (Figura 2: próxima página).

Figura 2 – Esquema gráfico que representa a epigênese probabilística proposta na abordagem dos sistemas de desenvolvimento. O diagrama mostra a natureza completamente bidirecional de influências genéticas, neurais, comportamentais e ambientais ao longo do desenvolvimento individual (GOTTLIEB, 2000).

A plasticidade do desenvolvimento se considerada ao extremo, poderia nos fazer questionar a existência de padrões gerais que o orientam. Porém, apesar das experiências serem únicas e extremamente plásticas e dos genes (ou os sistemas de desenvolvimento) serem expressos diferencialmente em diferentes ambientes, quase todos os membros de uma espécie (humana ou outra) se desenvolvem de acordo com um padrão espécie-específico. Ou seja, na medida em que um organismo cresce sob condições semelhantes àquelas em que sua espécie evoluiu, seu desenvolvimento seguirá um padrão típico da espécie. Padrão este que é herdado através não apenas de um genoma como também de um ambiente típico da espécie. (BJORKLUND & HERNÁNDEZ-BLASI, 2005).

Em relação ao *papel dos mecanismos de domínio-geral para explicar o comportamento*, apesar de concordar com a PE que mecanismos de domínio-específico são subjacentes à maioria dos comportamentos e cognições, a PDE argumenta adicionalmente que como a seleção natural também moldou de maneira similar mecanismos de domínio-geral (ex. memória de trabalho, velocidade de processamento) estes devem ser mais bem estudados. Quanto à *significância das diferenças individuais*, a PDE além de considerar os universais humanos (prioritariamente enfatizados pela PE), também está preocupada em investigar os diferentes padrões de desenvolvimento que refletem diferentes pressões seletivas existentes nos mais variados ambientes em que os indivíduos se inserem. Quanto ao *papel do comportamento e desenvolvimento na evolução*, além da PDE investigar como as pressões seletivas produzem adaptações e como tais adaptações influenciam o comportamento atual (principal foco da PE), ela também está interessada em investigar mais especificamente como processos ontogenéticos podem afetar a evolução principalmente porque os considera como

forças motrizes de evolução. Por fim, com relação às *cognições de ordem superior*, como a PE raramente as considera, a PDE - em grande parte por causa da influência de Piaget e Vygotsky ao estudarem cognição infantil - enxerga tais mecanismos cognitivos de alta ordem como sendo extremamente importantes ao funcionamento humano de modo que devam ser mais bem examinados sob a ótica evolucionista (BJORKLUND & PELLEGRINI, 2002).

Em resumo e desconsiderando os pormenores, pode-se dizer que assim como na PT, a PDE possui uma preocupação especial em (re)considerar o desenvolvimento como produto e substrato de uma relação intensa e bidirecional entre aspectos biológicos, ecológicos e culturais.

1.2.3 Contribuições da PT e da PDE ao estudo da parentalidade humana: o modelo teórico de Keller (2007; 2010).

Conforme já mencionado (item 1.2), esta tese buscou integrar conhecimentos oriundos tanto da PT (orientação universalista) quanto da PDE. Por isso, foi feita nas seções anteriores (1.2.1 e 1.2.2) uma rápida descrição das principais características dessas duas abordagens para que pudéssemos enxergar potenciais paralelismos. Respeitadas suas diferenças, ao colocá-las lado a lado, percebemos que PT e PDE emprestam aspectos teóricos e metodológicos uma a outra. Enquanto a orientação universalista da PT empresta à PDE um ótimo “banco de dados” para que esta possa validar suas hipóteses voltadas aos universais e variabilidades individuais humanas, a PDE auxilia a PT a injetar novo fôlego ao campo do estudo transcultural do desenvolvimento ao reconsiderar o desenvolvimento enquanto um processo mutuamente influenciado por biologia, ecologia e cultura.

Além dessas contribuições mais gerais, como focamos na tarefa ontogenética da maternidade, vale enfatizar quais seriam as possíveis contribuições da PT e da PDE ao estudo da parentalidade humana. Nesse sentido, tanto PT quanto PDE enxergam a parentalidade como uma atividade cultural que ocorre ontogeneticamente em um tempo e contexto específicos (KELLER, 2007), enquanto somente a PDE a enxerga como um investimento que molda as estratégias reprodutivas dos indivíduos e que é fruto da evolução filogenética corrente na espécie humana (MACARINI & VIEIRA, 2011). Isto posto, para compreender melhor o contexto materno precoce de criação/socialização aos descendentes de nossa

amostra, adotou-se um modelo teórico que, por se encontrar na intersecção da PT e da PDE, unifica as visões dessas duas abordagens quanto à parentalidade humana. Tal modelo foi desenvolvido pela Heidi Keller que se considera uma pesquisadora que segue uma perspectiva evolucionista transcultural (KELLER, 2007).

1.2.4 Inspirações teóricas para a construção do modelo teórico de Keller (2007; 2010).

O modelo teórico de Keller (2007; 2010) adotado nesta tese, além de se encontrar na intersecção da PT e da PDE e de estabelecer pontes com discussões anteriores das "síndromes culturais" do individualismo e coletivismo (ver HOFSTEDE, 1991) e da construção cultural do *self* autônomo e interdependente (ver MARKUS & KITAYAMA, 1991), se baseia principalmente em quatro abordagens teóricas: ecocultural²¹, evolucionista, sociohistórica e abordagem de valores. Apesar de receber influências dessas quatro linhas teóricas, como a abordagem ecocultural e evolucionista são mais centrais a seu desenvolvimento, não nos demoraremos aqui explicando as outras duas perspectivas²² (ver GREENFIELD et al., 2003). Como a abordagem evolucionista já foi explicada anteriormente (PDE: seção 1.2.2), trataremos nesta seção o que vem a ser a abordagem ecocultural e quais seriam seus principais pontos de interesse e de convergência com a abordagem evolucionista que influenciaram a construção do modelo de Keller (que somente será explicado na seção 1.2.5).

A abordagem ecocultural vê o desenvolvimento da criança e a aquisição da cultura como fruto da interação entre potencialidades biológicas e ambientais humanas (WHITING, 1977). Do ponto de vista ecocultural, condições econômicas e ambientais particulares criam diferentes estruturas sociais que são capazes de promover diferentes trajetórias de desenvolvimento. Trajetórias estas que surgem como adaptações a diferentes condições e restrições do ambiente (LEVINE, 1977). Ambiente que, por sua vez, pode ser “lido” de forma mais distal (ao incluir variáveis do ambiente físico como economia e tamanho da comunidade) ou mais proximal (ao incluir variáveis maternas como carga de trabalho, composição familiar e rede de apoio) (GREENFIELD et al., 2003).

²¹ A abordagem ecocultural é também conhecida como psicocultural, pois este último é o termo originalmente usado pelos Whittings para defini-la (KELLER, 2010).

²² Resumidamente, enquanto a abordagem sociohistórica enfatiza a influência de fatores sociais sobre a dimensão histórica, a abordagem de valores enfatiza a influência dos valores culturais sobre a *psique* humana (GREENFIELD et al., 2003).

Esta abordagem foi inaugurada por John e Beatrice Whiting que foram importantes pesquisadores no campo da antropologia psicológica. Eles foram pioneiros no estudo comparativo transcultural que buscava compreender os fatores universais e culturalmente específicos relacionados à criação e ao desenvolvimento da criança e do adolescente. Suas principais contribuições dizem respeito à *unidade de funcionamento humano*, ao *ambiente de aprendizagem cultural* e ao *modelo para a pesquisa psicocultural*²³.

Os Whitings acreditavam que as pessoas em todo o mundo compartilham uma biologia e um passado evolutivo comuns que lhes fornecem um “kit” exclusivamente humano de adaptação aos mais diversos ambientes. Apesar de acreditarem nesta *unidade de funcionamento humano* que produz os mesmos tipos de necessidades psicobiológicas, cognitivas e motivacionais (ex. constituir famílias, criar filhos), eles também acreditavam em uma extraordinária variedade de “funcionamentos” humanos visto que as pessoas são socializadas dentro de diferentes geografias, economias, sociedades e períodos históricos.

Além disso, uma de suas contribuições mais importantes foi a criação do conceito *ambiente de aprendizagem cultural*. Este se referia a todas as dimensões (macro e micro) do contexto diário (ex: *contextos sociais*: número de cuidadores; *estratégias de socialização*: técnicas disciplinares; e *atividades decorrentes dessas estratégias*: tarefas atribuídas às crianças) responsáveis por criar padrões normativos de socialização e desenvolvimento infantil. Em outras palavras, o *ambiente de aprendizagem cultural* pode ser entendido como "uma atividade em andamento delimitada por um espaço fisicamente definido, executada por um grupo característico de pessoas, e padronizada por um conjunto normativo de comportamento" (WHITING, 1980).

Este ambiente de aprendizagem cultural, por sua vez, fazia parte de um sistema mais amplo que John W. M. Whiting (1977) intitulou de *Modelo para a Pesquisa Psicocultural* (Figura 3: próxima página). Tal modelo é linear e postula que o ambiente e a história de determinado local determinam os sistemas de manutenção que incluem a economia e as variáveis mais elementares da estrutura social. Estas condições socioeconômicas básicas, por sua vez, delimitam a disposição das pessoas no espaço, o tipo de casas, e a composição familiar. Estas últimas, por conseguinte, definem os parâmetros para as práticas de criação dos filhos inseridas aqui no termo “guarda-chuva” já mencionado e conhecido como *ambiente de aprendizagem cultural infantil*. Tal ambiente, consequentemente, influenciaria tanto o desenvolvimento infantil quanto a psicologia posterior do adulto (ex. características

²³ Psicocultural trata-se do termo originalmente utilizado pelos Whitings na definição de sua abordagem atualmente mais conhecida como ecocultural (KELLER, 2010).

aprendidas e inatas) que, por sua vez, produziria um sistema amplo de símbolos que englobam padrões de crenças espirituais, rituais de artes e recreação, jogos e brincadeiras, etc. (EDWARDS & BLOCH, 2010) (rever Figura 3).

Figura 3 – Modelo para a Pesquisa Psicocultural (WHITING, 1977).

Apesar do *Modelo para a Pesquisa Psicocultural* dos Whittings não ser atualmente incluído em textos ou artigos de referência, ele ainda exerce muita influência na psicologia e antropologia contemporâneas. Um forte exemplo de sua influência dentro da psicologia vem a ser o *Modelo Ecocultural de Desenvolvimento* de Keller (2007; 2010) adotado nesta tese. Tal modelo, ao seguir a linha do modelo dos Whittings, foi inicialmente considerado hierárquico e linear (KELLER, 2007) para, posteriormente, ser (re)avaliado pela própria autora como “linear, porém não direcional” (Informação verbal²⁴). Ou seja, apesar de seguir uma estrutura semelhante ao dos Whittings, o modelo de Keller seria mais fluido e teria como objetivo investigar as inter-relações existentes entre contexto sociocultural (geografia e/ou clima, parâmetros populacionais, estrutura socioeconômica, modelos culturais de *self*), estratégias de socialização parentais e desenvolvimento infantil (ver próxima seção) (MACARINI, 2009).

Além disso, no modelo de Keller o conceito de *ambiente de aprendizagem cultural* dos Whittings é representado pelo ambiente que as comunidades culturais promovem ao projetarem trajetórias de desenvolvimento particulares para suas crianças que são entendidas

²⁴ Informação fornecida por Heidi Keller em e-mail em 16 de fevereiro de 2013.

como soluções culturais para tarefas de desenvolvimento universais (KELLER, 2007). Tais trajetórias ontogenéticas são culturalmente norteadas de modo a definirem e valorizarem diferentes conjuntos de habilidades que as crianças devem dominar para ter sucesso em tais sociedades (competências específicas além das universais). As trajetórias culturais consistem, portanto, de uma série organizada de crenças e práticas que formatam um caminho através do qual as crianças consigam realizar as três tarefas de desenvolvimento básicas voltadas à formação de relacionamentos, aquisição de conhecimento e equilíbrio entre as propensões de autonomia e interdependência (ver seção seguinte) (EDWARDS & BLOCH, 2010).

Por último, porém não menos importante, vale salientar que o modelo de Keller embora se baseie no modelo dos Whittings, vai além deste ao estabelecer pontes entre conceitos ecoculturais e evolucionistas contemporâneos. Esta integração somente pôde ser realizada de maneira frutífera por esta autora, pois apesar das abordagens ecocultural e evolucionista partirem de perspectivas teóricas diferentes, ambas possuem pontos de convergência ao: (1) *acreditarem que a ecologia é o ponto de partida que norteia o comportamento e o desenvolvimento dos indivíduos*; (2) *buscarem encontrar padrões universais e particularidades contextuais “tendo em mente” que existe um número limitado de fenótipos que um simples genótipo pode produzir*; e (3) *darem destaque especial ao período da infância (primeiros 10 anos de vida), pois é nele que ocorrem processos de aprendizagem substanciais que acarretam consequências significativas para o adulto (ex. adoção de valores e de estilos comportamentais e reprodutivos)* (KELLER, 2010).

Em suma, além de visualizar seus potenciais paralelismos e, conseqüentemente, estabelecer pontes entre as abordagens ecocultural e evolucionista para construir seu modelo teórico, Keller conseguiu ainda incorporar a explicação última da teoria evolucionista à análise proximal feita com riqueza e densidade de detalhes pela perspectiva ecocultural (EDWARDS & BLOCH, 2010). Esta integração tanto das abordagens quanto dos níveis de explicação tornou o modelo de Keller mais capacitado para entender o desenvolvimento humano de maneira mais sistêmica (KELLER, 2010).

1.2.5 O Modelo Ecocultural de Desenvolvimento *per se* (KELLER, 2007; 2010).

Após ter discorrido sobre as principais inspirações teóricas e seus pontos de convergência para a construção do modelo de Keller, descreveremos agora tal modelo. Por entender que a junção das perspectivas ecocultural e evolucionista nos conduz a uma melhor compreensão do desenvolvimento humano, Keller criou este modelo integrando a força dessas duas abordagens (KELLER, 2010). Inicialmente ele era mais parecido com o modelo dos Whittings (Figura 3: pg. 42), pois incluía em seu esquema gráfico quadrantes que se referiam à estrutura do ambiente físico, populacional e socioeconômico (Figura 4).

Figura 4 – Modelo de Pesquisa Ecocultural Evolucionista (KELLER, 2011).

Posteriormente, este modelo foi refinado e ganhou a interface atual (Figura 5: próxima página). Nesta, os três quadrantes que representavam ambiente físico, populacional e socioeconômico (Figura 4) se resumem a um único quadrante chamado contexto ecossocial (rever Figura 5); e a estratégia de socialização parental representada por um quadrante no modelo antigo (Figura 4) é pormenorizada em três quadrantes que representam três diferentes tipos de estratégias de socialização parentais: metas de socialização, crenças sobre práticas e comportamento parental *per se*²⁵ (rever Figura 5).

²⁵ Maiores detalhes do que vem a ser cada uma dessas estratégias será explicitado na seção 1.3.1.

Figura 5 – Modelo Ecocultural de Desenvolvimento adaptado de Keller (2010).

O *Modelo Ecocultural de Desenvolvimento de Keller* (2007; 2010) basicamente conceitua qual o papel da cultura nas estratégias de criação/socialização parentais e no desenvolvimento infantil. Desenvolvimento infantil que é entendido como um combinado de tarefas ontogenéticas que, por serem construídas em contexto (trajetórias culturais), são capazes de gerar fenótipos variados a partir de genótipos específicos (KELLER, 2010). Tal modelo entende que tanto as tarefas ontogenéticas universais quanto os modos de aprendizagem culturais específicos evoluíram tanto filogenética (ao longo da história evolutiva da espécie) quanto ontogeneticamente (ao longo do ciclo de vida e das diferentes épocas históricas vivenciadas pelos indivíduos).

Estando em consonância com a teoria evolucionista e a abordagem ecocultural, este modelo começa com o *contexto físico e geográfico* como provedor de potencialidades e/ou restrições para a exploração dos recursos. Formas particulares de organizações sociais se desenvolvem como respostas adaptativas a tais condições ambientais, especialmente aquelas voltadas às estratégias comportamentais universais de competição e cooperação. A *competição* é uma estratégia adaptativa característica de comunidades compostas por famílias nucleares de classe média que vivem em contextos urbanos ricos, escolarizados e altamente impessoais típicos de sociedades industrializadas ocidentais onde a independência intergeracional material e psicológica é crucial para sobrevivência familiar. Comunidades urbanas de classe média na Alemanha, na Grécia e nos Estados Unidos da América exemplificariam estes contextos (KELLER et al., 2006). Já a *cooperação* é uma estratégia adaptativa típica de comunidades constituídas por famílias que vivem em contextos rurais

face-a-face ou em contextos urbanos mais impessoais, ambos caracterizados por baixos índices socioeconômicos (SES) e pela interdependência intergeracional material e psicológica ser crucial para sobrevivência familiar. As comunidades *Nso* de Camarões e *Gujarati* da Índia representariam tais contextos (KELLER, 2007; KELLER et al., 2006). Vale notar ainda que existem ambientes que combinam características desses outros dois contextos governados pelas estratégias de competição e cooperação. Estes costumam ser compostos por comunidades constituídas por famílias de classe média que vivem em zonas urbanas típicas de sociedades com uma herança cultural inter-relacional onde há uma diminuição da interdependência material (crescimento econômico emergente) e continuidade da interdependência psicológica intergeracional (KELLER, 2007; KELLER & CHASIOTIS, 2007). Comunidades urbanas de classe média na Turquia, Índia, China, México, Costa-Rica e Brasil retratariam estes ambientes (KELLER et al., 2006; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a).

Estes três contextos regidos pelas estratégias de cooperação e competição diferem substancialmente com relação a suas características sociodemográficas e suas, consequentes, estratégias reprodutivas. Quanto mais cooperativo, agrário, familiar e escasso em educação formal é o contexto, mais ele é composto por indivíduos que iniciam sua vida reprodutiva mais cedo e tem, portanto, mais filhos (estratégia *r*). Em contrapartida, quanto mais competitivo, urbano, anônimo e rico em educação formal é o contexto, mais ele é composto por indivíduos que iniciam sua vida reprodutiva mais tarde e tem, portanto, menos filhos (estratégia *K*).

A adoção e perpetuação intergeracional dessas estratégias comportamentais (cooperação e/ou competição) e reprodutivas (estratégias *r* e *K*) particulares se dá através do processamento de informações socioculturais relevantes do meio feito por estruturas mentais humanas. Tais estruturas ou módulos mentais (como são conhecidas pela psicologia evolucionista), ao processarem tais informações, acabam por incorporá-las e torná-las profundamente internalizadas em nossa *psique*. Durante este processo de internalização que ocorre ao longo das inúmeras experiências de socialização individuais (QUINN & HOLLAND, 1987, *apud* LIVAS, 2008), as estratégias comportamentais e reprodutivas supracitadas acabam também introjetadas na psicologia dos indivíduos. Após sua introjeção, passam a funcionar como “roteiros” ou “scripts” que filtram estratégias parentais adequadas voltadas à criação/socialização infantil através de um conjunto amplo de ideias, valores e costumes voltados à parentalidade e família (HARKNESS et al., 2007; KELLER, 2007; QUINN & HOLLAND, 1987, *apud* LIVAS, 2008). Como tais “roteiros” ou “scripts” contêm

informações socioculturais relevantes aos indivíduos, os mesmos vêm sendo intitulados pela literatura da área como *modelos culturais de self*²⁶.

Estes diferentes modelos culturais de *self* são regidos por duas propensões humanas básicas de *autonomia* ou *interdependência*. Enquanto é possível associar a primeira propensão (autonomia) à estratégia comportamental de competição e à estratégia reprodutiva *K*, a segunda (interdependência) pode ser associada à estratégia comportamental de cooperação e à estratégia reprodutiva *r*. Embora os modelos culturais de *self* possam ser descritos como mutuamente exclusivos (i.e: o que em um é considerado uma norma cultural em outro pode representar uma condição patológica) (KELLER, 2007), achados desta literatura indicam que esta divisão em duas propensões humanas básicas ou em dois modelos culturais prototípicos não é suficiente para explicar variações entre e intra culturas relacionadas às estratégias de criação/socialização parentais (KAGITIÇIBASI, 1996; SUIZZO, 2004). Desde que autonomia e interdependência são dimensões independentes, o melhor seria assumir que tais propensões possam coexistir em algum grau em todas as culturas e indivíduos (KAGITIÇIBASI, 1996). Ao coexistirem, diferentes combinações ou misturas dessas duas dimensões, seriam capazes de produzir um terceiro modelo culturalmente distinto de parentalidade ou de *self* cunhado de autônomo-relacional²⁷. Tal modelo se caracterizaria por englobar um espectro de possibilidades combinatórias entre as estratégias comportamentais de cooperação e competição e as estratégias reprodutivas *r* e *K* já mencionadas (ABELS et al., 2005; KAGITCIBASI, 2005; KÄRTNER et al., 2007; KELLER, 2002; 2007; KELLER et al., 2003; 2004; 2006; SUIZZO, 2004). Importa notar que a constatação da independência entre as dimensões de autonomia e interdependência amplia as possibilidades de análises conjugadas sobre a importância de cada dimensão, problematizando, assim, a classificação aparentemente estanque dos três modelos culturais de *self* explicitados a seguir.

O *modelo cultural de self autônomo* concebe o indivíduo como um elo separado, capaz de exercer controle sobre suas ações. Pais e demais cuidadores deste modelo orientam o desenvolvimento de indivíduos autossuficientes, autoconfiantes, competitivos, singulares, assertivos e que possuem opiniões próprias. Neste modelo, filhos são vistos como custos, pois não dão nenhum suporte econômico aos pais que, por sua vez, possuem fontes alternativas de

²⁶ Kagitçibasi (1996) entende *self* como um constructo que engloba a noção de indivíduo e, em alguma extensão, sua personalidade.

²⁷ Embora este modelo também possa ser chamado de independente-interdependente (KELLER, 2007) ou de modelo de interdependência psicológica (KAGITIÇIBASI, 1996), para fins de simplificação e adequação para o português do termo em inglês mais usado para identificá-lo (*autonomous-relatedness*), o chamaremos de modelo autônomo-relacional.

apoio à velhice. Assim, além da independência dos pais aos filhos tornar-se necessária e valorizada, ela acaba impulsionando os jovens a perseguirem objetivos individuais ao invés de comunitários. Deste modo, desde o nascimento as crianças são tratadas como parceiros interpessoais independentes cujos desejos e preferências são reconhecidos na comunicação dialógica cuidador-bebê. Esta educação centrada na criança é traduzida por uma estratégia comportamental em que cuidador e criança gastam um tempo significativo e exclusivo um com o outro. Tal estratégia comportamental é caracterizada pelo *estilo parental distal* onde há predominância do contato face-a-face, da estimulação *via* objeto, do distanciamento interpessoal e da contingência distal (contato de olhar, sorriso e mamanhês²⁸) voltada aos sinais infantis positivos (KELLER, 2007).

O *modelo cultural de self interdependente* concebe o indivíduo como um coagente, capaz de subjugar suas ações em prol do grupo (KELLER et al., 2003). Pais e demais cuidadores deste modelo orientam o desenvolvimento de indivíduos obedientes que buscam relacionar-se harmoniosamente, que aceitam hierarquia (principalmente governada por idade e gênero), e que valorizam a cooperação e a conformidade às normas e valores do grupo (KELLER, 2007; 2010). Neste modelo, filhos são considerados bens, pois desde cedo contribuem para a economia familiar e asseguram o valor que os mais velhos possuem na sociedade. Deste modo, a independência dos pais aos filhos não é funcional (não sendo, portanto, valorizada), pois pode ameaçar a sobrevivência familiar visto que uma criança independente pode deixar a família para apenas se dedicar a interesses pessoais. Em decorrência disso, a interdependência material e psicológica é passada de pais a filhos e é crucial para sobrevivência. Assim, desde o nascimento as crianças são vistas como aprendizes que não possuem nem desejos nem preferências e que precisam ser treinados e controlados por seus pais, pois são eles que sabem o que é bom para os filhos. Esta educação centrada nos pais é traduzida por uma estratégia comportamental em que cuidador e criança não são individualizados e gastam todo seu tempo em atividades compartilhadas. Tal estratégia comportamental é caracterizada pelo *estilo parental proximal* composto pelo contato e estimulação corporal, pela proximidade interpessoal e pela contingência proximal (toque) voltada aos sinais infantis negativos (KELLER et al., 2006). Apesar da atenção exclusiva (ex. troca face-a-face, estimulação *via* objeto) não ser predominante neste modelo, cuidadores quando a empregam, priorizam emocionalidade positiva e calor emocional através de diálogos

²⁸ Mamanhês é um tipo de fala prototípica materna cadenciada, aguda, repetitiva, afetuosa e contingente voltada às sinalizações infantis (DEFELIPE, 2009).

compostos por muitas vocalizações curtas e poucas mensagens verbais longas (KELLER, 2007; KELLER et al., 2003).

Por fim, existe ainda o modelo cultural de self autônomo-relacional que possui características dos dois modelos anteriores, pois embora seja oriundo da cultura de interdependência, devido a um processo de transição, adquiriu características típicas da cultura de autonomia (crescimento econômico emergente e diminuição da interdependência material). Sendo assim, pais e demais cuidadores deste modelo orientam o desenvolvimento de indivíduos que sejam autônomos em suas ações e interdependentes em sua proximidade interpessoal. Sua estratégia de criação/socialização é caracterizada pela coocorrência dos estilos parentais distal (troca face-a-face e estimulação *via* objeto) e proximal (contato e estimulação corporal) (KELLER, 2007; KELLER et al., 2005a), respectivamente observados nos modelos autônomo e interdependente supracitados.

Tendo descrito o que são os modelos culturais de self autônomo, interdependente e autônomo-relacional, vale relembrar aqui que tais modelos funcionariam como “roteiros” que filtram estratégias de criação/socialização parentais que, por sua vez, seriam capazes de orientar o desenvolvimento infantil. Especificamente no modelo de Keller (Figura 5, pg. 45), tais estratégias de criação/socialização parentais são hierarquicamente organizadas e desmembradas em: metas de socialização, crenças sobre práticas e comportamento parental *per se*. Resumidamente, as metas de socialização representam o nível mais abstrato do sistema composto pelos ideais relacionados ao desenvolvimento infantil que os pais querem alcançar para seus filhos. Tais metas são traduzidas em um sistema de ideias, crenças sobre práticas ou etnoteorias parentais que, por sua vez, além de informar e orientar o comportamento parental *per se*²⁹, selecionam também os contextos de criação infantis (KELLER, 2011; KELLER & OTTO, 2009; KELLER et al., 2006) (para maiores informações sobre o que vem a ser cada uma destas estratégias ver seção 1.3.1).

Mais importante do que propor duas trajetórias culturais de desenvolvimento ideais ou prototípicas que refletem diferentes cenários de investimento norteados ora pela autonomia (competição) ora pela interdependência (cooperação), Keller propõe que tanto a criação/socialização dos filhos quanto o desenvolvimento infantil devem ser analisados em contexto, buscando considerar um conjunto de fatores ecológicos, sociais, demográficos, culturais e interpessoais (GREENFIELD et al., 2003). Isto porque é somente através desta

²⁹ O comportamento parental *per se* é expresso através dos seguintes sistemas de cuidados parentais universais: cuidado primário; contato e estimulação corporal; estimulação face-a-face e *via* objeto; e envelope narrativo (seção 1.3).

análise feita em contexto que conseguiremos enxergar as múltiplas combinações ontogenéticas viáveis (sejam elas saudáveis ou patológicas) que podem ser produzidas a partir destas duas trajetórias culturais iniciais (KELLER, 2010).

Apesar de concordar que qualquer mudança observada no contexto ecossocial mais amplo pode promover potenciais transformações nos relacionamentos estabelecidos entre os indivíduos (ex. relação mãe-criança), esse modelo verifica, prioritariamente, a influência da cultura sobre a expressão das estratégias parentais voltadas à criação/socialização infantil. Em outras palavras, embora admita que as diferentes concepções culturais de *self* sejam mediadas pela experiência emocional individual e vice-versa (KELLER & OTTO, 2009), este modelo não situa sua análise no nível psicológico do indivíduo (KAGITIÇIBASI, 1996). Segundo a própria autora, seu modelo não aborda o papel de certas condições individuais (ex. saúde mental dos pais expressa aqui pela DPP) na produção de estratégias de criação/socialização e/ou trajetórias de desenvolvimento infantil particulares (Informação verbal)³⁰.

Dito isto, como um dos principais objetivos desta tese foi verificar a influência de um fator psicológico materno (intensidade da DPP) na expressão de certas estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias - metas de socialização e crenças sobre práticas - e práticas de cuidado), levando-se em consideração as dimensões de autonomia e interdependência, fez-se uma releitura do modelo de Keller (2007; 2010) através do modelo de Determinantes do Cuidado Parental de Belsky (1984) (Figura 6: próxima página). Esta releitura, ao mesmo tempo em que mantém o contexto ecossocial e os modelos culturais de *self* como guias das estratégias de criação/socialização maternas, adiciona a condição individual materna como uma terceira dimensão orientadora dos processos de criação/socialização. Dentre as inúmeras condições individuais maternas que poderiam ser consideradas, selecionamos a saúde mental materna (intensidade da DPP), pois ela representa um dos determinantes mais importantes do mau ou bom funcionamento materno e/ou familiar (BELSKY, 1984). Segundo Belsky (1984), apesar de o funcionamento parental ser influenciado por três categorias de determinantes, as *características ontogenéticas e psicológicas individuais* (personalidade e saúde mental) representam a categoria mais relevante, seguida pelas *fontes contextuais de estresse/suporte* (advindas de relações maritais, sociais e/ou de trabalho) e pelas *características infantis* (sexo e temperamento) (Figura 6). Deste modo, pais com uma personalidade positiva e/ou portadores de boa saúde mental teriam maior capacidade de compensar desafios advindos de fontes contextuais de estresse e de

³⁰ Informação fornecida por Heidi Keller em e-mail em 16 de fevereiro de 2013.

certos tipos de características infantis, quando comparados àqueles que enfrentam dificuldades associadas à sua personalidade e/ou saúde mental.

Figura 6 - Modelo de Determinantes do Cuidado Parental (BESLKY, 1984) (legenda: **vermelho** = características ontogenéticas e psicológicas individuais; **laranja** = fatores contextuais de estresse/suporte; e **verde** = características infantis).

Dito isto, nossa releitura do modelo de Keller (2007; 2010) baseada no modelo de Beslky (1984) teria a configuração da Figura 7.

Figura 7 – Releitura do Modelo Ecocultural de Desenvolvimento (KELLER, 2007; 2010) a partir de conceitos extraídos do Modelo de Determinantes do Cuidado Parental (BESLKY, 1984).

Dado que a DPP pode perturbar as interações entre mãe-criança, mãe-família e mãe-sociedade, esta releitura buscou investigar “como certos padrões interacionais (como aqueles característicos de díades deprimidas) podem afetar certas estratégias de criação/socialização maternas de maneira diferencial” (KAGITIÇIBASI, 1996). Deste modo, nesta releitura (Figura 7) tanto a condição individual materna (intensidade da DPP) quanto os modelos culturais de *self*, ao mesmo tempo em que são influenciados pelo contexto ecossocial (ex. escolaridade, renda, composição familiar), influenciam a expressão das estratégias de criação/socialização maternas (metas de socialização, crenças e práticas de cuidado) (SIGEL & MCGILLICUDDY-DELISI, 2002). Estratégias de criação/socialização maternas estas que, impactadas ou não pela DPP, afetam o desenvolvimento das crianças. Por fim, importa notar ainda que tal releitura estaria aberta à investigação da bidirecionalidade dos efeitos entre as variáveis de interesse.

1.3 Grandes temas de interesse.

Como um dos objetivos dessa tese foi verificar a influência da intensidade da DPP na expressão de certas estratégias de criação/socialização maternas realizadas ao longo dos três primeiros anos do pós-parto, a seguir explicitaremos: (1) quais estratégias de criação/socialização foram investigadas e o que vem a ser cada uma delas (item 1.3.1); e (2) como a DPP pode vir a se relacionar com o contexto ecossocial, com os modelos culturais de *self*, e com as estratégias de criação/socialização maternas (item 1.3.2).

1.3.1 Estratégias de criação/socialização maternas investigadas.

Estas podem dividir-se em etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) e práticas de cuidado maternas.

1.3.1.1 Etnoteorias.

A análise das etnoteorias parentais tem emergido como uma área vital para a compreensão do desenvolvimento humano, pois: (1) representam uma forma interessante de cognição parental que auxilia na estruturação tanto das práticas parentais quanto dos ambientes de criação infantis; e (2) exercem forte influência na saúde e desenvolvimento infantil (HARKNESS & SUPER, 1996; MACARINI, 2009). Como estamos lidando com uma literatura bastante plural quanto às suas terminologias, existem outros termos que também designam o conceito de “etnoteorias” a que nos referimos (SEIDL-DE-MOURA et al., 2004). São eles: “ideias”, “cognições”, “processos cognitivos”, “expectativas”, “sistema cultural de crenças”, e/ou apenas “crenças” (GOODNOW & COLLINS, 1990; HARKNESS & SUPER, 1996; PALÁCIOS, 1990, *apud* KOBARG & VIEIRA, 2008). Apesar disso, o termo “etnoteorias” foi selecionado, pois o mesmo é utilizado pela autora do modelo que adotamos nessa tese.

As etnoteorias parentais são concebidas como um conjunto de crenças específicas compartilhadas por cuidadores de um mesmo grupo cultural sobre as metas de desenvolvimento infantil e sobre as práticas de criação/socialização parentais que serão responsáveis por alcançar tais metas (GREENFIELD & KELLER, 2004). Tais etnoteorias são vistas como representações coletivas que funcionam como “receitas” para maximização de recursos ao capacitarem os indivíduos a usarem estratégias de criação/socialização comprovadas. Tais estratégias comprovadas reduzem os custos da parentalidade, pois não precisam ser (re)inventadas individualmente. As etnoteorias que valorizam somente as “estratégias de criação/socialização comprovadas” podem estar explícitas ou implícitas na atividade cotidiana, nos julgamentos, nas escolhas e nas decisões dos cuidadores do que é certo e errado e de como devem agir. A ótica evolucionista considera as etnoteorias como uma consequência das estratégias reprodutivas humanas que, apesar de variarem ao longo das diferentes culturas, épocas históricas, estratos socioeconômicos e sexos, tendem a ser estáveis ao longo de muitas gerações (HARKNESS & SUPER, 1996; KELLER, 2007).

As etnoteorias tratam-se de um constructo “guarda-chuva” que engloba aspectos específicos da parentalidade humana tais como: metas de socialização; crenças sobre práticas de cuidado; e critérios utilizados para avaliar a natureza e o comportamento das crianças (PIOVANOTTI, 2007). Dentre estes, neste trabalho analisaremos apenas os dois primeiros

(*metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado*). As *metas de socialização* servem como veículos através dos quais emoções, motivações e valores são traduzidos em ação. Elas captam os ideais ou as prioridades que os grupos culturais definem como parâmetros desejáveis ou formas ideais de “ser” dentro de seus ambientes particulares (KELLER, 2007). Nas palavras de Darling e Steinberg (1993), estas metas são caracterizadas pelo que os cuidadores desejam e valorizam para o futuro de seus filhos em termos de consequências para seu desenvolvimento. Já as *crenças sobre práticas de cuidado* descrevem as ideias ou interpretações que mães e/ou demais cuidadores possuem em prol de alcançar as metas de socialização supracitadas. Tais ideias formatam o modo de alcançar as metas de socialização infantis através da menor ou maior importância que os cuidadores dão a determinadas práticas de cuidado (SILVA & MAGALHÃES, 2011). Sendo assim, *metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado* estão interligadas uma vez que para que uma meta seja estabelecida, o progenitor deve realizar constantes avaliações sobre quais práticas de cuidado devem ser valorizadas em determinado ambiente (PIOVANOTTI, 2007). Tanto as *metas de socialização* quanto as *crenças sobre práticas de cuidado* variam em função do contexto ecossocial mais amplo e mais imediato de criação infantil (MACARINI et al., 2010).

Importante notar ainda que, embora as etnoteorias possam ser consideradas responsáveis pela estruturação das práticas parentais, ainda existe uma lacuna na literatura que não consegue responder como as etnoteorias efetivamente se relacionam às práticas. O campo de pesquisa que versa sobre estas questões e que tem 50 anos ou mais de duração é marcado por uma tensão contínua entre aqueles que acreditam e aqueles que duvidam que o comportamento possa ser previsto e mais bem entendido com base nas etnoteorias parentais. Esta tensão é frequentemente inflamada pelo dilema, muitas vezes insolúvel, de que “o que os pais dizem que acreditam” nem sempre representa “o que eles fazem” (LIEBAL et al., 2011). Até o presente momento, pouca pesquisa empírica tem sido feita para traçar quais as ligações específicas existentes entre etnoteorias, comportamento (prática) e trajetórias diferenciais de desenvolvimento para crianças e famílias como um todo (HARKNESS et al., 2007, p. 9; MARTINS, 2009).

1.3.1.2 Práticas de cuidado.

A necessidade parental de cuidar, educar e promover o desenvolvimento dos filhos resulta em um conjunto característico de comportamentos nomeado pela literatura de formas distintas através dos seguintes termos: estilos parentais, práticas educativas, práticas de cuidado(s), cuidados parentais, práticas parentais, sistemas parentais, dentre outros (MACARINI et al., 2010).

Na década de 60, os primeiros estudos sobre comportamento parental enfatizavam diferentes estilos parentais que traduziam diferentes modos de controle aplicados à criação dos filhos (ex. BAUMRIND, 1966³¹). Já na década de 70, os estudos relacionados às práticas educativas parentais ganharam impulso (ex. HOFFMAN, 1975³²). E, por fim, a partir da década de 90, além de investigar o comportamento parental *per se* (seja *via* estilos ou práticas educativas), os estudos passaram a considerar o contexto cultural bem como as características ecológicas desse contexto (condições físicas e sociais) no qual o comportamento parental acontece. É nesse cenário que surgem trabalhos como os de Harkness e Super (1992), Darling e Steinberg (1993) e Keller (2002) que, grosso modo, acreditam que o crescimento da criança se dá em contexto (KELLER, 2002) ou em um nicho de desenvolvimento (HARKNESS & SUPER, 1992) que, por sua vez, é afetado por três componentes principais: o ambiente físico e social no qual a criança vive; os costumes de cuidado direcionado às crianças que são regulados culturalmente; e a psicologia dos cuidadores ou etnoteorias parentais (MACARINI et al., 2010).

Seguindo a mesma linha dos trabalhos realizados a partir da década de 90, investigamos um conjunto específico de comportamentos maternos voltado à criação/socialização infantil (BORNSTEIN, HAHN & HAYNES, 2011) traduzido pelas práticas de cuidado maternas. Práticas de cuidado estas que, de acordo com o modelo teórico de “Componentes da Parentalidade” (KELLER, 2002; 2007), devem ser consideradas em contexto e à luz da evolução (KELLER, 2002). Tal modelo postula que nós possuímos um repertório comportamental inato de “oferta de cuidados parentais” que teria se desenvolvido

³¹ Baumrind (1966) identificou três principais estilos de controle parental: (1) autoritário: caracterizado por maior controle, regras impostas e pouco apoio à criança; (2) permissivo: descrito por pouco controle, poucas exigências e bastante apoio à criança; e (3) autoritativo: definido por controle, apoio à criança, e incentivo à autonomia.

³² Hoffman (1975) definiu duas categorias relacionadas às práticas disciplinares: (1) indutivas: sinalizam à criança a consequência de seus atos, levando-a à reflexão; e (2) coercitivas: incluem atitudes disciplinares que envolvem força, punição física e privações.

filogeneticamente ao longo da evolução humana, aumentando as chances de sobrevivência dos descendentes, promovendo vinculação afetiva pais-prole e permitindo uma inserção adequada ao contexto cultural mais imediato. Tal programa inato de oferta de cuidados parentais seria traduzido através de sistemas de cuidados parentais cuja expressão pode diferir substancialmente em função de prioridades individuais e/ou locais (ROSABAL-COTO, 2004). Seis seriam os sistemas de cuidados parentais universais descritos pelo modelo de “Componentes da Parentalidade”: 1. cuidados primários; 2. contato corporal; 3. estimulação corporal; 4. estimulação *via* objeto; 5. interação face-a-face; e 6. envelope narrativo (KELLER, 2002; 2007). Vale lembrar aqui que, com exceção do sistema de envelope narrativo³³, todos os outros sistemas parentais foram investigados no presente estudo.

O *sistema de cuidados primários* promove cuidados em termos de alimentação, proteção e higiene. Corresponde ao esforço parental filogeneticamente mais antigo da espécie humana. Sua função psicológica preponderante é reduzir o estresse. Além disso, ao receber este tipo de cuidado, a criança desenvolve confiança e segurança pela proteção e disponibilidade do cuidador. O *sistema de contato corporal*, por sua vez, fornece cuidados diretamente associados às ações de carregar o bebê no colo e de estar em contato mais geral com o bebê, aquecendo-o, protegendo-o, etc. Sua função psicológica é vivenciar calor emocional, garantindo sentimentos de coesão social e de pertencimento ao grupo (KELLER, 2007). O calor emocional contribui para que a criança assimile regras e valores dos pais, ajudando-a a se inserir em seu grupo familiar e social como um *self* coagente que prioriza harmonia e hierarquia social (MACARINI & VIEIRA, 2011). Já, o *sistema de estimulação corporal* é caracterizado pelo toque e por outros movimentos corporais de estimulação que promovem o desenvolvimento motor da criança. Sua função psicológica é intensificar a autopercepção corporal, promovendo assim, a descoberta física do bebê em relação ao meio e a si próprio. O *sistema de estimulação via objeto*, por sua vez, se refere às atividades lúdicas mediadas por objetos realizadas pelos cuidadores que promovem maior entendimento infantil sobre o mundo dos objetos e ambiente físico em geral. Sua função psicológica é promover a cognição infantil, tornando a criança gradualmente independente de seus relacionamentos sociais (KELLER, 2007). Por fim, o *sistema de interação face-a-face* consiste em uma troca altamente estimulante, carregada de sentimento e composta por curtos eventos interativos que

³³ O envelope narrativo trata-se de um sistema parental composto por práticas discursivas e narrativas parentais voltadas à comunicação com seus bebês, cuja função psicológica é estimular a construção da noção de *self* na criança (KELLER, 2007; MACARINI & VIEIRA, 2011). Este sistema não foi investigado pelo fato de não ter sido mensurado nas escalas de “Importância Atribuída às Atividades Realizadas” e de “Atividades Realizadas” utilizadas nesta tese.

expõem o bebê a altos níveis de informação sociocognitiva (SCHORE, 2001). Este sistema promove a agência do *self* em emergência através da percepção da contingência, do desenvolvimento da comunicação não verbal e verbal e da capacidade de autorregulação infantil (FELDMAN, GREENBAUM, & YIRMIYA, 1999). O calor emocional também é comunicado nesta troca, principalmente através do compartilhamento de emoções positivas (KELLER et al., 1999).

Conforme já mencionado, embora estas práticas de cuidado sejam universais, ao serem moduladas individual e contextualmente, elas podem formatar dois estilos parentais básicos que refletem variações intra e interculturais baseadas nos “modelos culturais de *self*” adotados. São eles: 1) *estilo parental distal*: constituído por práticas autônomas como estimulação face-a-face e *via* objetos; e 2) *estilo parental proximal*: composto por práticas interdependentes caracterizadas pelos sistemas de contato e estimulação corporal (rever seção 1.2.5).

1.3.2 Depressão pós-parto (DPP) investigada em contexto.

Estudos que investigam a DPP, em sua grande maioria, examinam os fatores de risco que a ocasionam (BECK, 1998; 2002b; CORREIA, 2006; DANACI et al., 2002; FIELD et al., 1990; MARTINEZ-SCHALLMOSER, TELLEEN & MACMULLEN, 2003; PAYKEL et al., 1980; ROBERTSON et al., 2004; SCHMIDT, PICCOLOTO, MÜLLER, 2005; SILVA, 2008) e que, juntamente com ela (fatores de risco associados), acarretam potenciais prejuízos para a funcionalidade materna (STERN, 1997), para a relação mãe-bebê (COHN et al., 1986; DEFELIPE, 2009; FIELD et al., 1985; FONSECA, SILVA, & OTTA, 2010; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; MILGROM, WESTLEYI & McCLOUD, 1995; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHWENGBER, 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2003; ZLOCHOWER & COHN, 1996) e para o desenvolvimento infantil posterior (CUMMINGS & DAVIES, 1994; HAY, 1997; MURRAY & COOPER, 1997a). Neste estudo, como investigamos quais as possíveis relações existentes entre DPP, contexto ecossocial (variáveis ecossociais, maternas e infantis), modelos culturais de *self* (autônomo, interdependente e/ou autônomo-relacional), etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) e práticas de cuidado

maternas, decidimos subdividir os achados da literatura relacionados aos temas de interesse supracitados em função da DPP.

1.3.2.1 DPP e contexto ecossocial.

A DPP pode afetar negativamente a parentalidade através dos danos que pode causar à capacidade parental de fornecer um contexto de criação infantil apropriado (OYSERMAN et al., 2005). Inúmeros são os fatores que promovem estresse contextual que têm sido associados a situações de adversidade social e pessoal (COOPER & MURRAY, 1997) e, mais especificamente, a uma elevada incidência de DPP (KUMAR & ROBSON, 1984). Uma profusão de estressores é capaz de ser encontrada nos mais diferentes contextos, podendo, deste modo, vir a agir sinergicamente com a DPP. Este sinergismo pode potencializar a influência negativa ocasionada pela DPP sobre a interação pais e filhos e sobre o desenvolvimento infantil posterior (PAULI-POTT, 2008). Estudos recentes têm chamado a atenção para a importância destes fatores de risco associados à DPP, pois os mesmos poderiam explicar melhor as diferenças entre os grupos (controle e experimental) do que o próprio diagnóstico de DPP (DEFELIPE, 2009).

Como exemplos de fatores que são considerados fontes contextuais de estresse capazes de promover e/ou potencializar a DPP, podemos citar: 1) pobreza (baixo índice socioeconômico); 2) conflito conjugal; 3) maior número de pessoas morando na mesma casa da mãe; 4) morte de uma pessoa querida; 5) divórcio; 6) perda do emprego; 7) falta de suporte social (considerando o suporte fornecido pelo companheiro, parentes, amigos ou associados); 8) ambiente afetivo familiar empobrecido durante a infância; 9) saúde deficiente; 10) estresse psicológico; 11) histórico psiquiátrico; 12) adversidade social etc. (CAMPBELL & COHN, 1997; CHUNG et al., 2004; FIELD et al., 1990; HALBREICH & KARKUN, 2006; ROBERTSON et al., 2004; SILVA, 2008).

Trabalhos realizados em amostras de alto risco³⁴ encontraram que a adversidade social (definida como falta de suporte social, morte na família, ter três ou mais crianças morando na mesma casa, estar desempregada, dentre outros) é tão relevante quanto a DPP na emergência de potenciais prejuízos interacionais e ontogenéticos infantis (COHN et al., 1986; FIELD, et

³⁴ Amostras de alto risco caracterizam um estrato da população com alto índice de estressores, tais como baixa renda/escolaridade, baixo suporte social, presença de histórico psiquiátrico, dentre outros.

al., 1985; 1988; 1990). Para citar alguns exemplos pontuais destes estudos, Teti e Gelfand (1991) encontraram que dentro de uma amostra de mães com indicadores de DPP³⁵, déficits voltados à alimentação e à brincadeira foram significativamente relacionados à presença de adversidade social. Murray et al. (1996), por sua vez, constataram que mães não deprimidas que vivenciavam situações sociais adversas apresentavam déficits interacionais semelhantes aos de mães com DPP. E, por fim, Stein e colaboradores (1991) encontraram que o relacionamento com a criança só era afetado quando, junto com a DPP, a mãe estivesse passando por dificuldades conjugais, financeiras e/ou no trabalho. Em contraste, trabalhos conduzidos com amostras de baixo risco mostraram que, apesar de díades deprimidas enfrentarem dificuldades, estas eram significativamente menos extremas quando comparadas àquelas vivenciadas por amostras de alto risco (COHN et al., 1990; MURRAY et al., 1996). A partir de tal conclusão, a literatura que trabalha com amostras de alto risco conclui que: (1) a adversidade social pode prejudicar as interações mães e filhos e se acumular em amostras de deprimidas (MURRAY & COOPER, 1997b); (2) a DPP pode produzir efeitos mais prejudiciais quando associada a outros fatores psicossociais de risco (CAMPBELL & COHN, 1997); e (3) estes fatores psicossociais de risco podem ser considerados mais importantes do que a própria DPP *per se* (HAY, 1997; WEINBERG & TRONICK, 1998).

Além dos fatores contextuais de estresse supracitados, existem também fontes contextuais de suporte (BELSKY, 1984) que podem amenizar os potenciais efeitos prejudiciais da DPP. Como exemplos, podem ser citados o suporte social, a religião e o alto índice socioeconômico. Em relação ao primeiro fator protetivo da DPP, Harkness (1987) e Stewart e Jambunathan (1996) concluíram que a prática de um mês de descanso após o parto e o suporte familiar (oriundo da mãe ou da sogra) amenizavam a DPP em mães africanas e americanas de classe média, respectivamente. Aqui vale fazer uma ressalva: apesar de o suporte social ser um potencial fator protetivo da DPP, vale lembrar que quando este suporte é fornecido por uma pessoa que a mãe não tem uma boa relação (mesmo que esta pessoa seja a própria mãe ou a sogra da puérpera), o mesmo pode ser responsável por potencializar a DPP (LEE et al., 2000). Além disso, segundo nos lembram Stuchbery, Matthey e Barnett (1998), não é nem a quantidade nem a qualidade do suporte social, mas sim as percepções maternas relacionadas a ele que irão predizer a DPP.

³⁵ Embora tenhamos usado uma escala de rastreamento da DPP e de nossa amostra ser, portanto, subclínica, para fins de simplificação os termos “mães com indicadores de DPP” ou “mães potencialmente deprimidas” a partir daqui serão substituídos por “mães com DPP” e “mães deprimidas”, respectivamente (ver seção 4).

Quanto ao segundo fator protetivo da DPP, Dankner e colegas (2000) encontraram que a religiosidade associada à estruturação social, característica de comunidades israelitas, mitigavam a DPP. Cartwright-Jones (2002), por sua vez, apontou que práticas religiosas islâmicas, judaicas, hindus e cristãs faziam parte do sistema de manejo da DPP na Índia, Norte da África e Oriente Médio. Isto porque, serviam como suporte físico e emocional às novas mães, ao ajudá-las em sua reintegração dentro da comunidade após a recuperação do parto. Corroborando estes achados, Mann et al. (2008) encontraram que mulheres que participavam de atividades religiosas pelos menos algumas vezes por mês tinham menor probabilidade de exibir altos escores de DPP.

Com relação ao terceiro fator protetivo, Marmot (2002) concluiu que quanto maior a renda pessoal, maior a probabilidade das pessoas relatarem mais saúde e menos depressão geral. Scarinci e colaboradores (2002), ao investigarem especificamente a DPP, concluíram que: (1) quanto maior a renda e a escolaridade, menores eram os indicadores de DPP; e (2) apesar de escolaridade e renda influenciarem a DPP, alta renda foi a maior responsável por mitigá-la. Miyake e colaboradores (2011), por sua vez, ressaltaram a importância do fato das mães terem um emprego na redução do risco da DPP. E, por fim, Patel, Rodrigues e DeSouza (2002) sugeriram que todos os fatores sociais supracitados (emprego, alta renda e alta escolaridade) amenizavam conjuntamente a emergência da DPP. Assim, dependendo da presença ou ausência, da quantidade e de como se relacionam entre si, estes fatores de estresse e/ou suporte são capazes de construir contextos psicossociais de risco e de proteção que potencializam e/ou amenizam os efeitos prejudiciais da DPP (ver Figura 8).

<u>Contexto de risco</u>	<u>Contexto de proteção</u>
1) baixo índice socioeconômico; 2) conflito conjugal; 3) maior densidade habitacional; 4) morte de uma pessoa querida; 5) divórcio; 6) perda do emprego; 7) falta de suporte social; 8) ambiente familiar ruim durante a infância; 9) saúde deficiente; 10) estresse psicológico; 11) histórico psiquiátrico; 12) viver em condições de adversidade social	1) alto índice socioeconômico; 2) boa relação conjugal; 3) menor densidade habitacional; 4) não ter perdido nenhum ente querido; 5) não ter se divorciado recentemente; 6) estar empregada; 7) presença de suporte social (incluindo religião); 8) bom ambiente familiar durante a infância; 9) boa saúde; 10) ausência de histórico psiquiátrico; 11) não viver em condições de adversidade social

Figura 8 - Esquema gráfico reunindo alguns fatores contextuais de risco e de proteção que são encontrados na literatura. Apenas alguns deles (em negrito) foram exemplificados no texto devido a uma questão de espaço. As cores vermelha e verde representam maior e menor chance de se encontrar DPP nos contextos de risco e de proteção.

1.3.2.2 DPP e modelos culturais de *self*.

Fatores contextuais causadores de estresse e/ou suporte como os apontados acima, podem se associar diferencialmente à DPP dependendo das mais variadas ecologias, sociedades e culturas. Conforme já mencionado, diferenças interculturais observadas na organização das estruturas familiares, nas práticas de criação dos filhos, nas expectativas sobre parentalidade e desenvolvimento infantil podem modular a expressão de diferentes taxas de ocorrência, cronicidade e severidade da DPP encontradas entre as mais diferentes culturas. Modulação sociocultural da DPP esta que, segundo Kumar (1994), tem sido considerada anedótica dado que a literatura da área precisaria investir e muito em pesquisas interculturais sistemáticas que busquem compreender melhor quais os possíveis efeitos das variações intra e interculturais sobre a emergência da DPP (BINA, 2008).

A literatura que investiga diferenças culturais entre sociedades ocidentais, orientais e tribais e que busca relacioná-las à DPP pode ter exagerado em afirmar que a DPP é uma síndrome essencialmente cultural. Isto pode se dever ao fato desta literatura ter se estagnado na antiga dicotomia *biologia versus cultura* e não ter absorvido o fato de que *biologia* e *cultura* possuem natureza complementar e bidirecional. A partir do momento que os estudos fizeram uso desta “nova compreensão”, ao invés de ficarem preocupados em definir a natureza do fenômeno (se era um fenômeno de origem biológica, cultural ou biologicamente cultural), passaram a formular questões mais interessantes e informativas relacionadas às causas e à função da DPP (TRACY, 2005).

Levando-se em conta a bidirecionalidade existente entre ambiente sociocultural e *biologia/psicologia* e a ausência de estudos mais sistemáticos que versem sobre os possíveis efeitos da cultura na emergência da DPP, buscou-se investigar neste trabalho as possíveis inter-relações existentes entre certas dimensões psicológicas moldadas pela cultura (representadas pelos *modelos culturais de self*) e a DPP. Até o presente momento, sabe-se que nenhum estudo analisou diretamente a relação entre as dimensões psicológicas representadas pelos *modelos culturais de self* e a DPP. O que se tem visto que guarda alguma relação com isso são estudos isolados que: (1) Tentam relacionar a DPP com seus contextos de emergência (ex. sociedades ocidentais *versus* orientais) sem mensurar diretamente a dimensão dos modelos culturais de *self* (BINA, 2008; FELDMAN & MASALHA, 2007; SHARMA & FISCHER, 1998); e (2) Relacionam diretamente a DPP a dois tipos de personalidade

(autônoma e sociotrópica) análogas às dimensões psicológicas representadas pelos *modelos culturais de self* (BEDEL, 2006; MASI, SPENCE, & OEI, 2007).

O primeiro bloco de estudos supracitado é constituído tanto por estudos que afirmam que a prevalência de DPP é semelhante ao longo das mais diferentes culturas (ex. COX, 1999; DANACI et al., 2002; GHUBASH & ABU-SALEH, 1997) quanto por estudos que afirmam que a prevalência de DPP é menor em grupos culturais ou sociedades que fornecem alto suporte social à nova mãe (BINA, 2008; FELDMAN & MASALHA, 2007; SHARMA & FISCHER, 1998). Como estes estudos, porém, não analisam as dimensões de autonomia e interdependência, não se sabe se tais sociedades identificadas por receber mais suporte social e por apresentar menores taxas de DPP seriam caracteristicamente mais interdependentes.

Já o segundo bloco de estudos foi iniciado por Beck (através de sua Terapia Cognitiva da Depressão em 1983) e costuma analisar a associação entre dois tipos de personalidade na emergência da depressão, seja ela geral ou pós-parto. O surgimento desta distinção entre dois tipos diferentes de personalidade (autônoma e sociotrópica) surgiu da observação de que nem todos os indivíduos que estão expostos a situações de vida estressantes chegam a desenvolver depressão. Ao invés disso, o impacto da adversidade seria maior somente nos indivíduos que são mais vulneráveis a certos tipos de situação (MASI, SPENCE, & OEI, 2007). Indivíduos com personalidade *autônoma*, caracterizados por serem muito independentes, autossuficientes e investirem na autorrealização pessoal, estariam mais sujeitos a desenvolver depressão em resposta a “perda” efetiva ou percebida da independência, controle e autorrealização. Enquanto que aqueles com personalidade *sociotrópica*, caracterizados por darem valor às relações de proximidade, bem como ao amor e aceitação por parte dos outros, estariam mais sujeitos a desenvolver depressão em resposta a “perda” efetiva ou percebida de seus relacionamentos interpessoais (BECK, 2002a). Desta maneira, esta abordagem torna-se elucidativa para o presente trabalho, pois, ao investigar a emergência da DPP através de duas personalidades distintas (*autônoma e sociotrópica*) (BEDEL, 2006; MASI, SPENCE, & OEI, 2007) e análogas às dimensões psicológicas prescritas pelos modelos culturais (*autonomia e interdependência*) (HARKNESS & SUPER, 1992; KAGITÇIBASI, 1996; KELLER et al., 2006), estabelece uma ponte entre estas duas abordagens.

Resumidamente, como não há literatura que tenha relacionado diretamente as dimensões psicológicas representadas pelos *modelos culturais de self* (autonomia e interdependência) à emergência de DPP, buscaremos respaldo nestes dois blocos de estudos para fundamentar nossos achados.

1.3.2.3 DPP e etnoteorias maternas.

Ser mãe, além de altamente valorizado em nossa cultura, é considerado uma importante função social que caracteriza a vida adulta de inúmeras sociedades (SMITH & NICHOLLS, 2002). Mães, como membros de sua cultura, tendem a compartilhar certas expectativas sociais voltadas a seus papéis sociais, às práticas de cuidado e às metas de socialização infantis consideradas adequadas a seu contexto sociocultural (LONGSDON, WISNER, & PINTO-FOLTZ, 2005; OYSERMAN et al., 2005). Estas “etnoteorias” maternas compartilhadas (metas de socialização e crenças sobre práticas) influenciam, portanto, as atividades voltadas à criação/socialização infantil como um todo.

Mulheres portadoras de desordens de humor tais como a DPP, embora possuam as mesmas chances de terem filhos que as demais, podem apresentar maiores dificuldades na hora de desempenhar a maternidade. A interação entre maternidade e DPP se dá de maneira complexa e bidirecional. As alterações mais comuns causadas pela DPP sobre o funcionamento materno são: (1) humor depressivo, irritável, instável, ou suicida; (2) percepção alterada *via* alucinações, delírios, ou paranoia; (3) perda de memória; (4) comportamento desorganizado, caótico, ou obsessivo; (5) falta de confiança nas próprias habilidades (principalmente no exercício da maternidade); (6) sociabilidade reduzida; dentre outras (SMITH & NICHOLLS, 2002) (rever item 1.1.3).

Todas estas alterações afetivas, comportamentais e/ou cognitivas podem vir a atrapalhar a funcionalidade materna. Dentre os aspectos que compõem a funcionalidade materna, a atitude negativa generalizada voltada para si e para os outros vem a ser um dos principais aspectos que podem ser afetados pela DPP. Assim, mães potencialmente deprimidas tendem a enxergar a si próprias e seus bebês de maneira muito severa. Estas mães além de relatarem sentimentos de culpa, ressentimento e ambivalência voltados a seus filhos e a outros membros de sua família, acabam demonstrando uma perda geral de afeto por todos eles (TETI & GELFAND, 1991). Desta maneira, a DPP, ao se associar a sentimentos de desesperança, impotência, incompetência e ineficácia, pode vir a afetar tanto as etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) quanto as práticas de cuidado maternas (McLENNAN & KOTELCHUCK, 2000; OYSERMAN et al., 2005; SIGEL & MCGILLICUDDY-DELISI, 2002, pgs. 494-496). Considerando que poucos estudos tentaram estabelecer uma “ponte” entre DPP e etnoteorias maternas (HARKNESS et al., 2007;

OYSERMAN et al., 2005), justifica-se a análise das potenciais inter-relações existentes entre DPP, metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado.

1.3.2.4 DPP e práticas de cuidado maternas.

Evidências da literatura demonstram que a DPP pode perturbar a expressão de todos os sistemas de práticas de cuidado maternas abordados neste estudo (cuidado primário, contato e estimulação corporal, estimulação *via* objeto, e interação face-a-face). Além disso, há evidência de que a DPP também pode alterar a expressão dos mecanismos interacionais envolvidos na regulação destes sistemas (ex. *atenção e contingência*: FIELD et al., 1985; *contingência*: BEEBE et al., 2008; *sensibilidade*: DAWSON et al., 2001; *calorosidade*: PAULSON, DAUBER, & LEIFERMAN, 2006). Como daremos ênfase aos sistemas de práticas de cuidado maternas, o leitor que tiver curiosidade sobre as possíveis perturbações causadas pela DPP sobre a expressão dos mecanismos interacionais favor procurar pelos estudos descritos entre parênteses.

O sistema de cuidado primário (socorrer quando a criança está chorando; alimentar; manter limpa; cuidar para que durma e descanse; não deixar que passe frio ou calor) pode ser perturbado pela DPP. Em relação a essas potenciais perturbações, Schuetze e Zeskind (2001) descobriram que mães deprimidas se mobilizavam menos para atender às necessidades infantis, pois percebiam o choro de seus bebês como menos urgente e queixoso. Outros estudos encontraram que mães com DPP além de amamentarem menos seus bebês (frequência e duração), paravam de amamentá-los significativamente mais cedo (FIELD, HERNANDEZ-REIF, & FEIJÓ, 2002; HENDERSON et al., 2003). Em contrapartida, Ramsay et al. (2002) apontaram que mães deprimidas tinham maior probabilidade de usar formas compensatórias de alimentação (ex: uso integral ou parcial da mamadeira). Lopes e colaboradores (2010) ao encontrarem associação entre DPP e perturbações do sono infantil, atribuíram este resultado ao fato de mães deprimidas terem mais dificuldades para regular o afeto, compreender e responder adequadamente às necessidades infantis, sendo consideradas como mais inconsistentes e ineficazes no manejo com a criança. Ademais, foi encontrado que mães com DPP colocavam menos seus bebês na posição dorsal para que eles pudessem dormir e descansar (CHUNG et al., 2004) e tinham maiores dificuldades em dar banho neles

(RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002). Outros pesquisadores também identificaram uma relação significativa entre DPP e: 1) maior índice de hospitalização infantil e punição física; e 2) menores taxas de imunização atualizadas, idas ao dentista, e uso de equipamentos ligados à segurança da criança (bebês-conforto adaptados ao carro, alarmes antifumaça, tampas de plástico de segurança, fitas ou outros revestimentos que encapem tomadas elétricas) (KAVANAUGH et al., 2006; LEIFERMAN, 2002; MANDL et al., 1999; McLENNAN & KOTELCHUCK, 2000; MINKOVITZ et al., 2005). Em suma, apesar de todas estas evidências sugerirem que mães com DPP, em algum grau, se engajam menos em práticas voltadas à saúde e aos cuidados primários infantis, ainda não está claro nem sistematizado como a DPP afeta tais práticas (CHUNG et al., 2004).

Os sistemas de contato e estimulação corporal (carregar no colo; ter sempre por perto; abraçar e beijar; dormir junto; tentar evitar que se acidente; fazer cócegas; fazer massagem; deixar livre para fazer atividades físicas; brincar de luta) também podem ser perturbados em face da DPP. Como exemplo de tais perturbações, dois estudos encontraram que enquanto mães deprimidas tocavam menos seus bebês (COHN et al., 1986), estes, por sua vez, se aconchegavam menos em seus colos (RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002). Field, Hernández-Reif e Diego (2004), por sua vez, afirmaram que mães que costumavam massagear seus bebês possuíam menores índices de DPP. Outros trabalhos notaram ainda que mães deprimidas ao passarem menos tempo acariciando, beijando e/ou abraçando seus bebês apresentavam menor nível de atividade psicomotora voltada ao contato e à estimulação corporal (COHN et al., 1990; FIELD et al., 1985; 1988; NUNES, FERNANDES & VIEIRA, 2007; SCHWENGBER & PICCININI, 2003). Por fim, apesar de a literatura supracitada encontrar que mães deprimidas tendem a manter um menor contato corporal e a estimular menos seus bebês, existe outro bloco de estudos que ou não encontra tal diferença em função da DPP (ver LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996) ou encontra resultados opostos (mães deprimidas tendem a tocar mais seus bebês: ver PELÁEZ-NOGUERAS et al., 1996). Polêmicas a parte, é consenso entre os pesquisadores que os sistemas de contato e estimulação corporal podem, de alguma forma, ser perturbados em face da DPP.

Outro sistema que também pode ser perturbado pela DPP vem a ser o sistema de estimulação *via* objeto (dar brinquedos; jogar jogos; pendurar brinquedos no berço; ver livrinhos juntos; mostrar coisas interessantes). Como exemplos de potenciais efeitos adversos da DPP sobre este sistema, McLearn e colaboradores (2006) constataram que mães deprimidas tinham 25% menos chances de brincar e uma probabilidade 19% menor de

mostrar livros a seus bebês. Complementando estes achados, Lyons-Ruth e colegas (2002) afirmaram que a DPP associou-se a uma menor realização de brincadeira lúdica, leitura e aconchego emitida por mães de crianças de três anos de idade. Corroborando este achado Field et al. (1985) e Kavanaugh et al. (2006) também encontraram que mães deprimidas brincavam e liam significativamente menos às suas crianças. Por fim, Schwengber (2002) concluiu que mães com DPP estruturavam menos a exploração de objetos de seus filhos, pois os mantinham menos atentos em um brinquedo e porque, no geral, introduziam menos brinquedos a eles. Esses resultados apoiam as evidências mais gerais da literatura de que mães deprimidas tendem a ser menos atentas em relação aos brinquedos do bebê, oferecendo-os com menor (SCHWENGBER, 2002) ou maior frequência (BREZNITZ & FRIEDMAN, 1988) de modo a promoverem brincadeiras e atividades de leitura menos frequentes ou apenas mais empobrecidas. Apesar de todas essas evidências terem sido encontradas em função dos grupos (DPP *versus* controle), vale lembrar que existem estudos que não as encontram em relação ao sistema de estimulação *via* objeto (CAMPBELL, COHN, & MEYERS, 1995; CHABROL, BRON, & LE CAMUS, 1996; LOVEJOY, 1991).

O último sistema a ser estudado que também pode ser alterado pela DPP vem a ser o sistema de interação face-a-face (conversar; explicar coisas; ouvir o que tem a dizer; responder a perguntas; olhar; sorrir). Grande parte da literatura que investiga os potenciais efeitos da DPP na interação precoce mãe-bebê o faz através do sistema face-a-face. Isto se deve ao fato deste sistema ser considerado o contexto mais saliente de comunicação entre mãe e filho durante os primeiros seis meses de vida pós-natal (MARTINEZ et al., 1996). A literatura que versa sobre os efeitos da DPP na interação face-a-face é muito controversa. Muitos estudos encontram diferenças entre os grupos (DPP; não DPP) relacionadas aos seguintes comportamentos que compõem o sistema face-a-face: 1) contato de olhar (ver DEFELIPE, 2009; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002); 2) vocalização (ver DEFELIPE, 2009; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; ZLOCHOWER & COHN, 1996); e 3) sorriso (ver DEFELIPE, 2009; FIELD et al., 1985, 2005; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHWENGBER, 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004). Entretanto, existem estudos que não encontram nenhuma diferença em função da DPP em relação aos comportamentos supracitados (*contato de olhar*: FIELD et al. 1985, 2005; MARTINEZ et al., 1996; *vocalização*: FIELD et al., 1985, 2005; *sorriso*: COHN et al., 1990; SCHWENGBER, 2002). Devido a esta incongruência de achados, ao invés de trabalhar com comportamentos discretos, algumas investigações buscaram analisar as

diferenças entre grupos (controle e experimental) baseadas em categorias mais globais de comportamentos. Como exemplo, um estudo que se utilizou da comparação de expressões faciais negativas e positivas, descobriu que mães com DPP apresentavam mais expressões negativas (ex. desvio de olhar, bocejo e/ou vocalizações negativas representando raiva, tristeza, irritação ou desinteresse) do que positivas (ex. sorriso, imitação e/ou vocalizações positivas representando alegria) (COHN et al., 1990; FIELD et al., 1985). Outros trabalhos desta mesma linha descobriram ainda que mães deprimidas: (1) eram menos responsivas, contingentes e sensíveis; (2) exibiam um menor nível de atividade neuropsicomotora; (3) demonstravam poucos comportamentos imitativos; (4) sentiam mais raiva; e (5) puniam mais suas crianças (COHN et al., 1990; FIELD et al., 1985; McLEARN et al., 2006; RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHWENGBER & PICCININI, 2004; ZLOCHOWER & COHN, 1996).

2. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICATIVA

2.1 Psicologia Transcultural: Valorização das semelhanças e diferenças interculturais em detrimento das particularidades intraculturais?

Um procedimento amplamente empregado pela Psicologia Transcultural envolve a comparação de grandes “blocos culturais” (ex. Ocidente *versus* Oriente; Estados Unidos da América *versus* França; Alemanha *versus* Grécia) em função dos três modelos culturais de “autonomia”, “interdependência” e de “autonomia-relação” (HARKNESS, SUPER & VAN TIJEN, 2000; KELLER, 2007; KELLER et al., 2003). Tais caracterizações feitas através destes blocos culturais têm sido alvo de críticas, pois ao serem consideradas uniformes, são avaliadas como incapazes de cobrir as variabilidades intraculturais que constituem a vida dos indivíduos. Além disso, o uso de frases como “a autonomia da cultura americana” ou “a interdependência da cultura japonesa” (fruto deste tipo de literatura) têm atraído críticas baseadas em casos em que mães americanas enfatizaram valores interdependentes e mães japonesas, valores autônomos (HARWOOD et al., 1999). Outra crítica levantada por Seidl-de-Moura e colegas (2008a) é que esta literatura ao fazer uso de amostras pequenas oriundas de cidades ou regiões muito específicas (ex. 30 atenienses e 33 alemães oriundos da cidade universitária de Marburg: KELLER et al., 2003), acaba sendo pouco representativa destes países ou blocos continentais. Representatividade esta que diminui drasticamente nos casos de investigações que tratam de sociedades portadoras de grande diversidade socioeconômica e cultural.

Embora não se afirme que as culturas sejam homogêneas, nem que as culturas autônomas não valorizem aspectos interdependentes e vice-versa, há poucos estudos que investigam empiricamente estas variações intraculturais e suas possíveis implicações (e.x. LAMM & KELLER, 2007). Seguindo este raciocínio, “achar maneiras efetivas de representar o padrão intrincado das semelhanças e diferenças entre as mais variadas culturas, sem subjugar a complexidade das particularidades existentes em cada uma delas” consiste em um dos maiores desafios da Psicologia Transcultural atual (HARWOOD et al., 1999; MILLER, FUNG, & MINTZ, 1996). Pesquisas que versam sobre particularidades intraculturais têm sido feitas, porém poucas são aquelas que entendem esta diversidade intracultural como fonte de

informação significativa. Na maioria dos trabalhos, esta variação interna ou é simplesmente descartada ou é interpretada apenas como resultado da variância do erro amostral (KELLER et al., 2004). Apesar de serem poucos os estudos (nacionais ou internacionais) que as investigam, a literatura tem apontado como uma necessidade a análise das variabilidades intraculturais relacionadas às estratégias parentais de criação/socialização infantil (LAMM & KELLER, 2007). Defendendo esta posição, Harwood et al. (1999) e Lamm e Keller (2007) afirmam que é somente através do entendimento dessas variabilidades intraculturais dentro do contexto sociocultural mais amplo que conseguiremos entender melhor o funcionamento dos modelos culturais de *self*. Wiley et al. (1998) acreditam ainda que uma melhor apreciação dos padrões sutis de semelhanças e diferenças dentro e entre grupos é essencial se quisermos ir além de comparações dicotômicas rasas feitas entre grupos ou blocos culturais.

Indo de encontro a esta necessidade, Palácios e Moreno (1996) apontaram que a heterogeneidade voltada às crenças sobre comportamento infantil e cuidado parental encontrada em sua amostra se devia a variáveis étnicas e sociodemográficas internas, frequentemente mal compreendidas por outros estudos. Nesta mesma direção, um estudo realizado no Brasil (LORDELO, FONSECA, & ARAÚJO, 2000) apontou que quanto maior o nível socioeconômico (renda e escolaridade) mensurado em duas amostras economicamente distintas da mesma cidade (favela e bairro de classe média), maior era o nível de autonomia, de responsividade e de satisfação com a maternidade exibido pelas mães. Já Martins (2009) encontrou maiores diferenças entre as dimensões de estimulação e cuidados primários dentro e não entre os contextos urbanos e de cidades pequenas investigados em seis estados brasileiros. Corroborando estes estudos, Suizzo (2004) afirmou que mesmo quando se comparam pais de um único contexto (área metropolitana de Paris), diferenças internas podem ser encontradas quanto aos modelos culturais e às crenças maternas voltadas à criação dos filhos em função de variáveis como idade, sexo, escolaridade e religiosidade.

2.2 Particularidades intraculturais: O caso do Brasil.

Todas estas particularidades intraculturais podem ser mais relevantes em sociedades portadoras de grande diversidade eco-sócio-cultural (LAMM & KELLER, 2007). Este é precisamente o caso do Brasil. Por ser o maior país da América do Sul, o Brasil é berço de

uma população caracteristicamente diversa em termos históricos e culturais. Compartilha a mesma influência religiosa de outros países latino-americanos vizinhos que são católicos. Apesar disso, foi colonizado no século XVI por Portugal e não pela Espanha como os outros países latinos. Ao longo dos séculos, Portugal enviou ao Brasil um amplo número de africanos para trabalhar como escravos. Durante o século XIX, o país recebeu muitos imigrantes de vários continentes, especialmente da Europa que, juntamente com os nativos e escravos africanos, foram responsáveis por formar uma sociedade muito diversificada. É marcado por uma alta densidade populacional (190.732.694 habitantes) e uma imensa área territorial (8.547.403 km²) que contribuem para sua diversidade eco-sócio-cultural (MACARINI, 2009; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a). Tal diversidade relacionada tanto a aspectos físicos quanto a aspectos socioculturais acaba por subdividir o Brasil em cinco regiões geográficas muito distintas.

Segundo Ribeiro (1995), o Brasil é formado por cinco subculturas que representam as cinco regiões geográficas do país. A primeira subcultura, denominada “crioula”, representa a região Nordeste e é composta por descendentes de escravos africanos e seus colonizadores portugueses. A segunda, cunhada de “cabocla”, retrata a região Norte e seus habitantes são compostos por descendentes de nativos e imigrantes europeus. As subculturas “crioula” e “cabocla” são regidas por um sistema social autoritário e patriarcal que enfatiza a conformidade às normas sociais e a lealdade ao grupo. Ribeiro (1995), portanto, sugeriu que estas regiões possuíssem um padrão cultural coletivista/interdependente. A terceira e quarta subculturas, chamadas de “caipira” e “gaúcha”, concentram-se no Sudeste (particularmente, no estado de São Paulo) e Sul, sendo compostas por descendentes de italianos e alemães, respectivamente. Enquanto os “caipiras” devotaram-se ao café (século XVIII) e foram responsáveis pela grande industrialização subsequente da área, os “gaúchos” se dedicaram e continuam se dedicando à produção pecuária e de cana-de-açúcar. Apesar da industrialização destas duas regiões (Sudeste e Sul), elas ainda mantêm características culturais europeias. Portanto, Ribeiro (1995) propôs que ambas possuíssem um padrão cultural individualista/autônomo. Por fim, a quinta e última subcultura brasileira, denominada “sertaneja”, agrupa pessoas que vivem predominantemente na região centro-oeste e, em menor escala, no interior do Nordeste. O desenvolvimento desta região tem sido notável desde que Brasília tornou-se a capital administrativa do país (1960). Embora o surgimento desta “nova” capital tenha endossado a autonomia e as diferenças socioeconômicas características da região, os arredores rurais de Brasília e do interior do Nordeste mantiveram características

agrícolas destinadas à subsistência. Assim, esta região foi caracterizada por Ribeiro (1995) por possuir um padrão mesclado individualista-coletivista/autônomo-relacional.

O trabalho de Ribeiro (1995) foi extremamente revelador em caracterizar a formação do Brasil e em delimitar suas particularidades intraculturais, pois na década de 90 o país era ainda caracterizado por possuir um padrão predominantemente coletivista/interdependente (DESSEN & TORRES, 2002). Como consequência, pesquisas mais recentes têm identificado a presença tanto da autonomia quanto da interdependência no país. Como exemplos, podemos citar dois trabalhos: um artigo de Seidl-de-Moura et al. (2008a) e a dissertação de mestrado de Macarini (2009). Seidl-de-Moura e colegas (2008a), ao avaliarem 349 mães de sete capitais representantes das cinco regiões geográficas brasileiras³⁶, encontraram que o Brasil é um país caracteristicamente autônomo-relacional que possui diferenças intraculturais marcantes dependendo da região geográfica que se considera. Corroborando parcialmente os achados de Ribeiro (1995), mães das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram tendências mais autônomo-relacionais, enquanto as da Região Sul³⁷ e Sudeste tendiam à interdependência e a autonomia, respectivamente. Além disso, os autores encontraram que *tamanho das cidades* (médias e grandes) e *nível socioeconômico* mediavam a expressão dos extremos de autonomia e interdependência analisados. Já Macarini (2009)³⁸, ao subdividir 606 mulheres em dois contextos de criação (capitais e cidades pequenas) representativos de quatro regiões geográficas brasileiras³⁹, além de também constatar que o Brasil é caracteristicamente autônomo-relacional, verificou que mães de cidades pequenas atribuíam maior importância à interdependência, enquanto mães das capitais valorizavam igualmente tanto autonomia quanto interdependência. Ademais, a autora também comprovou que *contexto de residência*, *escolaridade*, *renda* e *menor número de cômodos* eram variáveis moduladoras do sistema de crenças maternas em função dos extremos de autonomia e interdependência.

Embora esta divisão de quais modelos culturais são predominantemente empregados por região ou contexto (capital e cidade pequena) ser interessante, não há muita evidência empírica para caracterizar a população brasileira como um todo quanto a estes modelos (MOINHOS, 2005; SEIDL-DE-MOURA et al., 2004; 2008a; VIEIRA et al., 2010b). Isto se

³⁶ São elas: 1. *Região Norte*: Belém; 2. *Região Nordeste*: João Pessoa e Salvador; 3. *Região Centro-Oeste*: Campo Grande; 4. *Região Sudeste*: Rio de Janeiro; e, 5. *Região Sul*: Florianópolis e Porto Alegre.

³⁷ Ao contrário de Ribeiro (1995), no estudo de Seidl-de-Moura et al. (2008a) mães da região Sul tenderam à interdependência e não à autonomia.

³⁸ Este trabalho de Macarini (2009) tinha o objetivo de investigar o sistema de crenças maternas representado tanto pelas metas de socialização quanto pelas crenças sobre práticas, diferentemente do estudo de Seidl-de-Moura et al. (2008a) anterior que focou apenas em uma esfera deste mesmo sistema (metas de socialização).

³⁹ Mesmas regiões do estudo de Seidl-de-Moura et al. (2008a) com exceção da região Centro-Oeste.

deve ao fato de os estudos já realizados no Brasil: (1) terem focado apenas em regiões específicas da federação, enfatizando ora contextos urbanos (capitais) (MOINHOS, 2005; PIOVANOTTI, 2007; SEIDL DE MOURA et al., 2008a; VIEIRA et al., 2010b) ora contextos de cidades pequenas (KOBARG & VIEIRA, 2008; RUELA, 2006; RUELA & SEIDL-DE-MOURA, 2007); (2) terem incluído um número reduzido de participantes por contexto (DINIZ & SALOMÃO, 2010; MOINHOS, 2005; MOINHOS, LORDELO & SEIDL-DE-MOURA, 2007; PIOVANOTTI, 2007; RUELA, 2006; RUELA & SEIDL-DE-MOURA, 2007); (3) terem investigado ora etnoteorias ora práticas de cuidado em função dos modelos culturais e de fatores sociodemográficos vigentes (ex. *etnoteorias*: PIOVANOTTI, 2007; MACARINI, 2009; *práticas*: SEIDL-DE-MOURA et al., 2008b; *etnoteorias e práticas*: MARTINS, 2009); e (4) terem, muito raramente, buscado inter-relacionar todos estes grandes temas (etnoteorias, práticas, modelos culturais e fatores contextuais) (ex. SACHETTI, 2007).

Dado o tamanho do país, sua densidade populacional e a diversidade cultural de suas regiões geográficas, é importante estudar os modelos culturais, as etnoteorias e práticas maternas empregadas de modo mais abrangente, considerando suas potenciais variabilidades inter e intraculturais (VIEIRA et al., 2010a; 2010b). Percebendo esta necessidade, um grupo de pesquisadores de seis universidades brasileiras (UERJ; USP; UFSC; UFBA; UFPA; e UFES), coordenado pela Profa. Maria Lúcia Seidl-de-Moura, sistematizou um amplo projeto de pesquisa chamado “*Investimento e cuidado parentais: aspectos biológicos, ecológicos e culturais*”. Tal projeto fazia parte da proposta contemplada pelo Edital “Instituto do Milênio” do CNPq em 2005 que foi intitulada: “*O moderno e o ancestral: a contribuição da Psicologia Evolucionista para a compreensão dos padrões reprodutivos e de investimento parental humano*”. O mesmo tinha como objetivo geral caracterizar semelhanças e diferenças relacionadas às crenças e práticas de criação empreendidas por mães brasileiras de contextos urbanos (capitais) e de cidades pequenas (ex. MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; SACHETTI, 2007).

Dentre os inúmeros trabalhos produzidos por este projeto, 14 foram selecionados⁴⁰ (Tabela 1: próxima página). Destes 14, vale lembrar que apenas seis (demarcados com asterisco) buscaram avaliar o perfil nacional das mães quanto ao emprego dos modelos culturais, etnoteorias e práticas de cuidado. Destes seis, quatro subdividiram os estados

⁴⁰ Embora sejam efetivamente 18 publicações, foram contabilizados apenas 14 trabalhos porque quatro destas publicações possuem praticamente o mesmo conteúdo visto que se tratam das dissertações originais e dos artigos posteriormente publicados.

brasileiros em dois contextos (capitais e cidades pequenas), enquanto os dois restantes analisaram um único contexto de residência (capitais).

Tabela 1 – Levantamento de estudos brasileiros sobre modelos culturais, etnoteorias e práticas parentais.

Fonte ⁴¹	Estados	Contextos	N	Instrumentos	Resultados	
Macarini (2009) e Vieira et al. (2010a). Dissertação e The Spanish Journal of Psychology*	6 estados: PA, BA, ES, RJ, SP e SC	2 contextos: capitais e cidades pequenas	606	1. Questionário sociodemográfico; 2. Escala de Crenças sobre Práticas Parentais; 3. Escala de Metas de Socialização; 4. Escala de Alocentrismo ⁴² Familiar.	Mães das capitais: Mais velhas; Mais escolarizadas; Maior renda; Maior n. de cômodos na casa; Valorização igual das dimensões de autonomia e interdependência; Menor grau de alocentrismo familiar (mais autônomas)	Mães das cidades pequenas: Mais novas; Menos escolarizadas; Menor renda; Menor n. de cômodos na casa; Maior valorização da interdependência sobre a autonomia; Maior grau de alocentrismo familiar (mais interdependentes)
Martins (2009) e Martins et al. (2010). Dissertação e Psicologia: Reflexão e Crítica*	6 estados: PA, BA, ES, RJ, SP e SC.	2 contextos: capitais e cidades pequenas	606	1. Questionário sociodemográfico; 2. Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado; 3. Escala de Apoio Social.	Mães das capitais: Valorização equivalente das práticas de cuidados primários; Menor realização de práticas de cuidados primários; Maior valorização e realização de práticas de estimulação; Menor apoio social somente na dimensão material; Quanto maior o apoio material, maior a valorização dos cuidados primários; Mais escolarizadas; Maior inserção no mercado de trabalho	Mães das cidades pequenas: Maior realização de práticas de cuidados primários; Menor valorização e realização de práticas de estimulação; Maior apoio social somente na dimensão material; Quanto maior o apoio total, maior a valorização dos cuidados primários; Menos escolarizadas; Menor inserção no mercado de trabalho
Seidl-de-Moura et al. (2012). The Spanish Journal of Psychology*	6 estados: PA, BA, ES, RJ, SP e SC	2 contextos: capitais e cidades pequenas	600	1. Questionário sociodemográfico; 2. Instrumento de Apego Adulto; 3. Escala de Práticas Parentais Realizadas; 4. Escala de Apoio Social; 5. Questionários de investimento parental; 6. Escala de Alocentrismo familiar.	Contexto de residência não foi uma variável preditora, mas idade e classe social foram. Formaram-se 4 perfis maternos: <u>Perfil 1</u> : eram mais novas (<25 anos); pertenciam a classe C; eram mais ansiosas; tinham menos suporte; seus bebês pesavam < 3.2 kg; tinham escores menores em estimulação e maiores em proximidade. <u>Perfis 2 e 3</u> : tinham idade intermediária (25-32 anos); pertenciam a classe B; eram menos ansiosas; tinham escores médios em estimulação e proximidade. <u>Perfil 4</u> : eram mais velhas(>32 anos); não foram associadas a nenhuma classe social; eram menos ansiosas; tinham planejado/desejado a gravidez; suas crianças pesavam cerca de 2.8kg; tinham os mais altos escores em estimulação e proximidade.	
Seidl-de-Moura et al. (2008a). International Journal of Behavioral Development*	7 estados: PA, PB, BA, MS, RJ, SC e PR	1 contexto: Capitais (Belém, João Pessoa, Salvador, Campo Grande, Rio, Florianópolis, Porto Alegre)	349	1. Questionário sociodemográfico; 2. Escala de Metas de Socialização; 3. <i>Hollingshead Four-factor Index</i> ; 4. Questionário de Avaliação de Situações Diárias.	Mães brasileiras: Autônomo-relacionais, porém quanto mais escolarizadas e mais urbanizadas (maior o tamanho das cidades de residência), mais autônomas elas eram em suas metas. Norte, Nordeste e Centro-oeste: Valorização igual das metas de autoaperfeiçoamento, apresentação apropriada e decência, indicando um perfil autônomo-relacional; Sul: maior valorização das metas de apresentação apropriada indicando indivíduos mais interdependentes; Sudeste: maior valorização das metas de autoaperfeiçoamento indicando um perfil mais autônomo.	
Vieira et al. (2010b). Journal of Cross-Cultural Psychology*	7 estados: PA, PB, BA, MS, RJ, SC e PR.	1 contexto: Capitais (Belém, João Pessoa, Salvador, Campo Grande, Rio, Florianópolis e Porto Alegre)	350	1. Questionário sociodemográfico; 2. Inventário de crenças e ideias sobre bebês e crianças.	Mães brasileiras: Valorizaram mais o fator referente à <i>apresentação adequada</i> , seguido do fator <i>estimulação</i> . A alta escolaridade materna foi preditora de altos escores de <i>estimulação</i> , e a baixa escolaridade paterna , dos altos escores de <i>apresentação adequada</i> . As diferenças encontradas entre as mães de Belém e Porto Alegre que valorizaram mais e menos o fator <i>apresentação adequada</i> , respectivamente, foram atribuídas estritamente a fatores culturais e não sociodemográficos destas duas regiões brasileiras (maior e menor orientação interdependente, respectivamente).	

⁴¹ Continua na próxima página.

⁴² A palavra *alocentrismo* pode ser substituída por *proximidade* para uma melhor compreensão do termo.

Fonte ⁴³	Estados	Contextos	N	Instrumentos	Resultados	
Sachetti (2007). Tese*	1a. Fase: 3 estados: PA, RJ e SC; 2a. Fase: 1 estado: SC	2 contextos: capitais e cidades pequenas	350	1. Questionário sociodemográfico; 2. Escala de Crenças sobre Práticas Parentais; 3. Escala de Metas de Socialização; 4. Escala de Alocentrismo Familiar; 5. Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado.	Mães das capitais: Autônomo-relacionais, com predomínio da autonomia. Maior escolaridade Maior renda Maior valorização de cuidados de estimulação e menor de cuidados primários Maior valorização de metas de socialização autônomas	Mães das cidades pequenas: Autônomo-relacionais, com predomínio da interdependência Menor escolaridade Menor renda Maior valorização e realização de cuidados primários Valorização igual de metas de socialização autônomas e interdependentes
Kobarg & Vieira (2008). Psicologia: Reflexão e Crítica	1 estado: SC	2 contextos: capital e cidade pequena (Florianópolis e Itajaí)	77	1. Questionário sociodemográfico; 2. Inventário sobre práticas parentais.	Mães das capitais Quanto mais escolarizadas , mais mães dos dois contextos valorizaram em 1º. lugar o fator <i>apresentação apropriada do bebê em público</i> e em segundo, o fator <i>estimulação</i> . Mães urbanas com menor escolaridade valorizaram em 3º. lugar o fator <i>Disciplina</i> .	Mães das cidades pequenas —
Macarini et al. (2010). Psicologia: Reflexão e Crítica	1 estado: SC	2 contextos: capital e cidade pequena (Florianópolis e Corupá)	100	1. Questionário sociodemográfico; 2. Escala de Crenças sobre Práticas Parentais; 3. Escala de Metas de Socialização; 4. Escala de Alocentrismo Familiar.	Mães das capitais Maior valorização de metas de socialização autônomas Valorização de práticas autônomo-relacionais Grau intermediário de alocentrismo familiar (mais autônomo-relacionais)	Mães das cidades pequenas Maior valorização de metas de socialização interdependentes Maior valorização de práticas autônomas Alto grau de alocentrismo familiar (mais interdependentes)
Ruela (2006) e Ruela & Seidl-de-Moura (2007). Dissertação e Psicologia em estudo	1 estado: RJ	1 contexto: cidade pequena (Ribeirão de São Joaquim)	34	1. Questionário sociodemográfico; 2. Inventário sobre práticas parentais; 3. Questionário de metas de socialização.	Mães e avós de uma comunidade rural carioca foram predominantemente interdependentes quanto às metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado.	
Piovanotti (2007). Dissertação	1 estado: SC	1 contexto: capital (Florianópolis)	50	1. Questionário sociodemográfico; 2. Entrevista semi- estruturada; 3. Escala de Crenças sobre Práticas Parentais; 4. Questionário sobre metas de socialização.	Mães, em ordem decrescente, valorizavam mais metas relacionadas às expectativas sociais, autoaperfeiçoamento, bom comportamento, emotividade e autocontrole. Quanto às práticas, em ordem decrescente, valorizaram apresentação apropriada do bebê em público, estimulação, responsividade e disciplina. As mães foram predominantemente autônomo-relacionais quanto às metas e crenças sobre práticas de cuidado. Quanto às diferenças intraculturais: quanto mais escolarizadas , mais elas valorizavam a estimulação e menos a disciplina e a apresentação social.	
Moinhos (2005) e Moinhos, Lordelo & Seidl-de-Moura (2007). Dissertação e Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano	1 estado: BA	1 contexto: capital (Salvador) - bairro popular e de classe média	50	1. Questionário sociodemográfico; 2. Entrevista sobre metas e estratégias de socialização; 3. Inventário de práticas parentais.	Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação às metas de socialização, com exceção das <i>expectativas sociais</i> que foram mais empregadas por mães de maior escolaridade e renda . Quanto às estratégias de ação, mães dos dois grupos adotaram estratégias centradas em si. Quanto às práticas, três dimensões as orientavam: 1) promoção do desenvolvimento pessoal/cognitivo; 2) importância da apresentação e comportamento social adequado da criança; e 3) autonomia e controle pessoal da criança. Sendo que, mães de maior escolaridade e renda obtiveram maiores médias nas dimensões 1 e 3.	
Seidl-de-Moura et al. (2008b). Psicologia: Reflexão e Crítica	1 estado: RJ	1 contexto: capital (Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e São Gonçalo)	56	1. Codificação de uma situação de interação livre entre mãe e bebê: a. 1º. mês: 20 minutos; e b. 5º. mês: 60 minutos.	As interações mostraram-se predominantemente face-a-face (bebês de um mês) e de estimulação por objeto (bebês de cinco meses), indicando uma tendência típica de grupos urbanos ocidentais. Apesar destes, o sistema de contato e estimulação corporal (toque e beijo) era também muito utilizado, de modo que os autores caracterizaram estas mães urbanas da região sudeste como autônomo-relacionais.	

⁴³ Continua na próxima página.

Fonte ⁴⁴	Estados	Contextos	N	Instrumentos	Resultados
Diniz & Salomão (2010). Paidéia	1 estado: PB	1 contexto: capital (João Pessoa)	26	1. Questionário sociodemográfico; 2. Entrevista semi-estruturada; 3. Questionário sobre metas de socialização.	As metas de socialização referentes à categoria autoaperfeiçoamento e expectativas sociais prevaleceram nos relatos das mães e pais, sendo que os pais apresentaram mais expectativas sociais para os meninos. Quanto às estratégias de ação, observou-se maior menção às estratégias centradas em si (autônomas).
Lordelo, Fonseca, & Araújo (2000). Psicologia: Reflexão e Crítica	1 estado: BA	1 contexto: Urbano (não menciona a cidade); favela e bairros de classe média.	45	1. Questionário sociodemográfico; 2. Questionário de atitudes relacionadas à maternidade e à autonomia da criança; 3. Indicadores de responsividade materna.	Quanto maior a escolaridade e o nível socioeconômico , maior era a satisfação das mães com a maternidade, maior a valorização da autonomia da criança e maior o nível de responsividade materna relatado.

Apesar da multiplicidade dos achados supracitados (Tabela 1), como o presente trabalho buscou verificar como todos os temas abordados acima (modelos culturais, etnoteorias e práticas) se configuravam em uma amostra paulistana muito particular, procurou-se sistematizar as principais características encontradas pela literatura nacional para mães de baixo *status* socioeconômico, residentes ou de alguma capital da região Sudeste ou, mais especificamente, da própria capital paulistana (*lôcus* deste estudo). Como foi muito difícil encontrar características específicas da região Sudeste e, em particular, do estado de São Paulo e de sua capital, procurou-se sistematizar um conjunto de características mais gerais que melhor representassem mães brasileiras que residem em contextos urbanos de capitais (Figura 9: próxima página). Como estas características foram encontradas em função da comparação destas mães com aquelas que residiam em cidades pequenas, os termos “maior” e “menor” foram empregados na figura apresentada a seguir.

⁴⁴ Conclusão.

Figura 9 - Sistematização das principais variáveis que caracterizam mães que residem em capitais.

Embora o conjunto de variáveis supracitado caracterize mães que residem em capitais brasileiras, vale lembrar que tal conglomerado de características mais gerais pode não se aplicar à realidade particular de nossa amostra paulistana que é composta por: baixo índice socioeconômico, presença de conflito conjugal, ambiente familiar empobrecido durante a infância e adolescência da mãe, alta prevalência de DPP, etc. Dito isto, buscou-se reunir na Figura 10 (próxima página) algumas variáveis sociodemográficas e maternas relevantes para esta tese (índice socioeconômico, tamanho das cidades e DPP) que foram preditoras de variabilidades intraculturais encontradas em alguns trabalhos consultados.

Figura 10 - Sistematização de variáveis sociodemográficas e maternas de interesse preditoras de variabilidades intraculturais encontradas por alguns estudos nacionais.

A reunião de parte dos achados da Tabela 1 em dois esquemas que possuem como variáveis preditoras de diferenças intragrupos “contexto urbano de residência (capitais)” (Figura 9) e “variáveis sociodemográficas e maternas” (Figura 10), trata-se de uma tentativa inicial de convergência entre os vastos resultados encontrados pela literatura nacional em função dos temas de interesse selecionados por este trabalho (fatores ecossociais, modelos culturais, etnoteorias e práticas maternas). Vale lembrar que tal tentativa de convergência foi usada aqui apenas para nortear a nossa análise, visto que estudamos um único contexto urbano (capital paulistana) em função de uma característica materna ainda não estudada (DPP) no contexto das inter-relações entre modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas de cuidado maternas.

2.3 Particularidades intraculturais: O caso de São Paulo.

De todas as regiões brasileiras investigadas nestes estudos, a região Sudeste, formada pelos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, é considerada a mais populosa e rica do Brasil. Altamente urbanizada (90,5%), a região ocupa 10,85% do território nacional e abriga as três metrópoles mais importantes do país: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Além disso, possui o segundo maior índice de desenvolvimento humano (IDH) (0,824) e o segundo maior produto interno bruto (PIB) *per capita* do país (R\$ 22.147) (IBGE, 2005-2009).

Dentre os estados desta região, São Paulo merece destaque especial por ser o estado mais populoso (41.586.892 habitantes; 166 habitantes/km²), ter o segundo maior PIB *per capita* (R\$ 26.202), o terceiro maior IDH (0,820), a segunda menor taxa de mortalidade infantil (14,5‰), a quarta menor taxa de analfabetismo (8,9%), e a quinta maior expectativa de vida do país (74,8 anos) (IBGE, 1999; 2010).

Dentre as cidades que constituem este estado, sua capital (São Paulo) vem a ser uma das mais representativas dele. Isto porque, além de ser considerada a sexta cidade mais populosa do planeta e a primeira mais populosa do Brasil e de todo continente americano (11.316.149 habitantes), São Paulo é conhecida como o principal centro financeiro, corporativo e mercantil de toda América Latina. Possui o maior PIB *per capita* nacional (12,26% do PIB brasileiro total), o 68º maior IDH (0,841), a segunda menor taxa de mortalidade infantil (12,5‰), a sétima menor taxa de analfabetismo (4,9%) e a quinta maior expectativa de vida (74,2 anos) do país (IBGE, 1999; 2010).

Apesar de ser extremamente relevante para o estado de São Paulo e para o país como um todo, a capital paulista é pouco investigada pelos estudos. Dentre todos os estudos arrolados na Tabela 1 (seção 2.2: pg. 73), somente três deles escolheram a capital “São Paulo” como um dos contextos analisados. Apesar de a selecionarem como um dos contextos de interesse, como o foco desses estudos recaía sobre achar semelhanças e diferenças entre capitais e cidades pequenas, seus resultados não teciam considerações sobre potenciais particularidades encontradas dentro dos contextos e estados analisados. Logo, por ser extremamente relevante para o país, por ser pouco estudada e por possuir uma grande diversidade eco-sócio-cultural é que a capital paulista deve ser estudada em profundidade através de uma análise mais pormenorizada de suas potenciais variabilidades intraculturais.

2.4 Particularidades intraculturais: O caso do distrito do Butantã.

A presente pesquisa, mais especificamente, analisou uma amostra de baixo índice socioeconômico atendida pelo sistema público de saúde localizada na região do Butantã (zona oeste da capital paulista). A região do Butantã é constituída pelos subdistritos do Butantã, Rio Pequeno, Vila Sônia, Morumbi e Raposo Tavares. Destes, somente três são contextos de residência de nossas participantes: Butantã, Rio Pequeno e Vila Sônia. Em termos sociodemográficos, estes três subdistritos possuem uma área total de 32,6 km², são constituídos por 281.096 habitantes e possuem uma densidade demográfica de 7,3 habitantes por km² (IBGE, 2011). Este estrato da zona oeste paulistana (Distrito do Butantã) foi escolhido como o contexto urbano a ser pesquisado, pois se trata: (1) do logradouro de nossas mães-criança durante toda a vigência do projeto temático da FAPESP (cinco anos); e (2) de uma amostra relevante da capital em termos de economia, política, urbanização, serviços, educação e força de trabalho.

2.5 Particularidades deste estudo: abordagem focal, longitudinal e sistêmica de grandes temas como DPP, modelos culturais, etnoteorias e práticas maternas.

O presente estudo também se propõe a trabalhar com três aspectos que são considerados uma necessidade, mas que são pouco retratados por estudos desta área (KELLER et al., 2005a). São eles: (1) investigação de variabilidades intraculturais; (2) abordagem longitudinal, que investiga desde a concepção e nascimento da criança, até quais crenças, metas de socialização e práticas de cuidado são empreendidas pelos pais na primeira infância; e (3) conjugação de temas como DPP, modelos culturais, etnoteorias e práticas maternas em uma única pesquisa (ex. CHAO, 2000; SUIZZO, 2002). A escolha de apenas um contexto diferencia este estudo da maioria dos trabalhos nacionais e internacionais que, em geral, buscam encontrar semelhanças ou diferenças interculturais entre dois ou mais contextos de criação (ex. urbano *versus* cidades pequenas). Com este enfoque diferencial, o presente estudo visa atender a necessidade cada vez mais marcante de se empreender pesquisas que investiguem as variações internas ou variabilidades intraculturais intrínsecas aos contextos

estudados (HARWOOD et al., 1999; KELLER et al., 2005b; LAMM & KELLER, 2007; LORDELO, FONSECA, & ARAÚJO, 2000; MARTINS, 2009; MILLER, FUNG, & MINTZ, 1996; PALÁCIOS & MORENO, 1996; RABINOVICH, 1998; SUZZO, 2004). Esta necessidade se justifica por haver considerável variabilidade intracultural que é capaz de modular a estruturação das etnoteorias e práticas de cuidado de mães e pais que residem nos mais diferentes estratos sociais de um único contexto (KUSSEROW, 1999; PALÁCIOS & MORENO, 1996) (rever 2.1). Ademais, como nos concentramos em apenas um contexto (Butantã) e tínhamos a facilidade de fazer parte de um projeto temático, pôde-se selecionar quase o dobro ou o triplo de participantes ($N=91$) que outras pesquisas nacionais e internacionais costumam usar por contexto ($N_{\text{médio}}= 50$: MOINHOS, 2005; PIOVANOTTI, 2007; RUELA, 2006; $N_{\text{médio}}= 30$: KELLER et al., 2003; $N_{\text{médio}}= 22$: KELLER et al., 2006). Além disso, ao estudar estas particularidades intraculturais de maneira longitudinal (do nascimento até os três anos de idade das crianças) e sistêmica (integrando temas como DPP, modelos culturais, etnoteorias e práticas maternas), o presente estudo pode retratar como contexto, cognição e comportamento de criação/socialização materno se estruturam ao longo dos três primeiros anos puerperais no estrato da capital paulistana investigado (Butantã). Esta estratégia ajuda a caracterizar possíveis arranjos de criação/socialização materno-infantis existentes em contextos urbanos (em especial de capitais) de baixo índice socioeconômico que são permeados pela DPP, podendo vir a servir como material de orientação para pais e profissionais da área da saúde. Aqui vale ressaltar que a escolha da DPP como uma variável independente neste trabalho se deve ao fato: (1) de aproximadamente metade de nossas participantes (46,2%) terem apresentado episódios depressivos em pelo menos um dos três períodos puerperais analisados; (2) da DPP, ao perturbar a maternidade (TETI & COLE, 2011), poder influenciar negativamente as estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias e práticas de cuidados) (TRONICK & WEINBERG, 1997); e (3) de não se ter encontrado nenhum estudo que procurasse relacioná-la aos modelos culturais, etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) e práticas de cuidado maternas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral.

O objetivo geral desta tese é caracterizar o contexto de criação materno-infantil precoce (primeiros três anos pós-parto) da amostra composto por fatores ecossociais, maternos e infantis de interesse (ex. apoio social, histórico psiquiátrico, sexo da criança), pelos modelos culturais de *self* (interdependente, autônomo-relacional e/ou autônomo) e pelas estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias: metas de socialização e crenças sobre práticas; e práticas de cuidado) em função da intensidade da DPP.

3.2 Objetivos específicos e hipóteses relacionadas.

Os objetivos específicos e suas respectivas hipóteses dizem respeito aos diferentes temas de interesse desse trabalho e, por isso, foram organizados em diferentes subitens que seguem a mesma ordem em que tais temas aparecem no modelo de Keller (2007; 2010).

3.2.1 Objetivo específico relacionado ao contexto ecossocial: *Caracterizar os fatores ecossociais, maternos e infantis presentes no contexto de criação materno-infantil desta amostra em função da intensidade da DPP.* Acredita-se que além de variáveis ecossociais, certas variáveis maternas e infantis presentes no contexto de criação materno-infantil desta amostra (Anexo E) possam atuar sinergicamente e/ou predizer a DPP (CAMPBELL & COHN, 1997; WEINBERG & TRONICK, 1998).

3.2.2 Objetivo específico relacionado aos modelos culturais de *self*: *Caracterizar qual o modelo cultural de *self* (autônomo, autônomo-relacional e/ou interdependente) é empregado nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.* Acredita-se que esta

amostra, por ser urbana (capital paulista) e composta por famílias que possuem uma herança cultural inter-relacional, seja considerada prioritariamente como autônomo-relacional (ex. mães mexicanas, costa-riquenhas: KELLER et al., 2006; e brasileiras: MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a). Além disso, acredita-se que diferenças possam ser encontradas em função da intensidade de DPP quanto ao emprego dos modelos culturais de *self* apesar da natureza mais conservativa destes últimos os tornarem menos susceptíveis a determinadas variáveis situacionais maternas.

3.2.3 Objetivo específico relacionado às etnoteorias maternas: *Caracterizar as etnoteorias maternas (metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado) empregadas nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.* Acredita-se que as mães da nossa amostra urbana sejam consideradas autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias maternas (KELLER et al., 2006; MACARINI, 2009). Além disso, como as mães serão analisadas em função da intensidade da DPP, acredita-se que mães mais deprimidas, quando comparadas às demais, se importem menos com suas metas de socialização e suas crenças sobre práticas de cuidado.

3.2.4 Objetivo específico relacionado às práticas de cuidado maternas: *Caracterizar quais práticas de cuidado maternas são empregadas nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.* Acredita-se que as mães da nossa amostra também sejam consideradas autônomo-relacionais quanto às suas práticas de cuidado apresentando, consequentemente, um estilo parental caracterizado pela combinação de práticas de cuidado tanto autônomas (interação face-a-face e *via* objeto) quanto interdependentes (contato e estimulação corporal) (KELLER et al., 2004; 2005a). Ademais, como as mães serão analisadas em função da intensidade da DPP, acredita-se que mães mais deprimidas, quando comparadas às demais, relatem realizar menos práticas de cuidado gerais (cuidados primários, autônomos e interdependentes: COHN et al., 1986; FIELD, HERNANDEZ-REIF, & FEIJÓ, 2002; McLEARN et al., 2006; RIGUETTI-VELTEMAA et al., 2002).

4. MÉTODO

4.1 Caracterização da pesquisa.

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva (a), correlacional (b), explicativa (c) e longitudinal (d), pois buscou: (a) descrever as características desta amostra sobre os fenômenos estudados; (b) avaliar o grau de relação entre as variáveis investigadas; (c) verificar o poder preditivo de algumas variáveis sobre outras, buscando analisar o porquê e em que contexto ocorrem os fenômenos estruturados por estas variáveis; e (d) analisar dados provenientes de momentos específicos, no espaço e no tempo, da trajetória de vida das participantes (SAMPIERE, COLLADO, & LUCIO, 1994).

Para atingir todos esses propósitos, foram utilizados dados coletados pelo projeto temático, longitudinal e multicêntrico da FAPESP (No. 06/59192) (rever Apresentação), no qual participei ativamente durante toda sua vigência (2007–2012). Este possuía dois eixos norteadores que investigavam: (1) potenciais fatores causais da DPP (CECCHINI, 2009; CHELINI et al., 2010a; 2010b; MENDONÇA, BUSSAB, & SIQUEIRA, no prelo; SILVA, 2008; 2013; VIEGAS et al., 2008), e (2) possíveis consequências da DPP sobre a interação mãe-bebê e o desenvolvimento infantil posterior (BROCCHI & BUSSAB, 2011; COSTA et al., 2010; DEFELIPE, 2009; FONSECA, SILVA & OTTA, 2010; LUCCI, 2013; MORAIS, LUCCI & OTTA, 2013; PRADO, 2013; RIOS, 2013; STOBÄUS, 2013; VICENTE & BUSSAB, 2011). Como o presente trabalho buscou examinar como o contexto precoce (três primeiros anos pós-parto) de criação materno-infantil da amostra paulistana em questão (Butantã) se estruturou em face de DPP, sua inserção se dá nos dois eixos do temático. Informações adicionais sobre as participantes e os procedimentos de coleta de dados serão fornecidas a seguir.

4.2 Participantes.

Participaram deste estudo 91 díades mãe-bebê que faziam parte do projeto temático da FAPESP supracitado. As mães selecionadas deveriam preencher a três pré-requisitos principais: (1) ter tido uma gravidez e um parto sem complicações; (2) ter tido bebês saudáveis e a termo⁴⁵; e (3) ter respondido a todas as aplicações da EDPE feitas aos três, oito e 36 meses. Quando a mãe tinha mais de um filho (52,8% dos casos), era solicitado que ela respondesse às questões deste trabalho tendo como foco o filho(s)⁴⁶ que estava(m) sendo acompanhado(s) desde o nascimento até o terceiro ano pelo projeto temático.

Embora tenham sido analisadas em função da intensidade da DPP (seção 4.4), podemos dizer de modo geral que as participantes deste estudo tinham, em média, 28 anos (DP = 6,02; Mín = 19; Máx = 46), dois filhos (média = 1,86; DP = 0,93; mín = 1 e máx = 5), nove anos de estudo (DP = 2,78; Mín = 1; Máx = 17), e que ganhavam aproximadamente dois salários mínimos (média = 1.484,9 reais; DP = 924,22; Mín = 460; Máx = 4.750) para sustentar suas famílias que eram, majoritariamente, nucleares (75,9%). Além disso, o fato de residirem no Butantã e pertencerem predominantemente à classe C (63,3% *versus* 25,6% de classe B e 11,1% de classes D e E), provavelmente as conduziu a serem pacientes das três Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da rede pública deste distrito que foram alvos desta pesquisa: Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa (60,2%), UBS Engenheiro Guilherme H. P. Coelho (21,2%) e UBS Jardim São Jorge (18,6%).

4.3 Procedimento geral.

O presente estudo passou, inicialmente, por apreciação de três comitês de ética: (1) o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) (Anexo A); (2) o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) (Anexo B); e (3) o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Anexo C).

⁴⁵ Termo que designa bebês que nascem no tempo esperado (37-41 semanas).

⁴⁶ Esta ressalva foi feita apenas para uma mãe da amostra que tinha tido gêmeos.

Ainda quando gestantes, as futuras participantes foram abordadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) que frequentavam por auxiliares de pesquisa que explicavam a natureza do estudo e entregavam folhetos que continham informações resumidas sobre a pesquisa. Àquelas que aceitavam participar, assinavam então um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D) que garantia o caráter confidencial dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo.

Esta tese usou dados extraídos das oito etapas realizadas pelo projeto temático da FAPESP (2007-2012) que dizem respeito à: (a) DPP e fatores ecossociais (dados recolhidos entre 2007 e 2012); e (b) medidas relacionadas aos modelos culturais de *self*, às etnoteorias e às práticas de cuidado maternas (dados coletados entre 2010 e 2012) (Anexo E). Maiores detalhes como qual o local, o período de realização, o tipo de procedimento utilizado e o número de perdas por etapa do projeto temático são descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Detalhamento das oito etapas utilizadas pelo projeto temático e pelo presente estudo.

Etapas	Local	Período	Procedimentos	N
Primeira	Unidades Básicas de Saúde (UBSs)	3º. trimestre gestação	Consentimento 1ª. Entrevista estruturada Escala de DPP de Edimburgo	400 (100%)
	Hospital Universitário da USP (HU-USP)	Até dois dias após o parto	Filmagem Coleta de sangue 2ª. Entrevista estruturada	275 (68,7%)
Terceira	LAB_IPUSP ⁴⁷	3 meses	3ª. Entrevista estruturada Escala de DPP de Edimburgo	225 (56,2%)
Quarta	LAB_IPUSP	4 meses	Filmagem Avaliação pediátrica e de desenvolvimento Coleta de sangue e saliva	152 (38%)
			Filmagem Avaliação pediátrica e de desenvolvimento Escala de DPP de Edimburgo	130 (32,5%)
Sexta	LAB_IPUSP	12 meses	Filmagem Avaliação pediátrica e de desenvolvimento	96 (24%)
Sétima	LAB_IPUSP	24 meses	Filmagem Avaliação pediátrica e de desenvolvimento Escala de DPP de Edimburgo Instrumento de Classificação Econômica Brasil Escala sobre Etnoteorias e Práticas Parentais	82 (20,5%)
			Coleta de saliva Filmagem Avaliação pediátrica e de desenvolvimento Escala de DPP de Edimburgo Instrumento de Classificação Econômica Brasil Escala sobre Etnoteorias e Práticas Parentais	113 (28,2%)
Oitava	LAB_IPUSP	36 meses		

⁴⁷ Laboratório de Observação do Comportamento do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Como pôde ser observado na tabela acima, ao longo dos anos, houve muitas perdas de participantes, tendo como motivos principais os seguintes: (1) impossibilidade de contatá-las (mudança de endereço e/ou telefone); e (2) faltas repetidas e não justificadas ao projeto. Sendo assim, das 400 participantes iniciais, apenas 113 (28,2% da amostra inicial) compareceram à última etapa do projeto. Dessas 113, todas haviam respondido às escalas que mensuravam etnoteorias e práticas maternas, porém 22 delas não haviam respondido a uma ou duas aplicações da EDPE aos três, oito e 36 meses. Por isso, fez-se uma seleção intencional e não aleatória de 91 das 113 participantes mencionadas acima (22,7% da amostra inicial), pois estas, além de terem respondido completamente aos principais instrumentos de interesse desta pesquisa (EDPE e aqueles relacionados às etnoteorias e práticas maternas), tinham participado mais assiduamente do projeto como um todo e possuíam, portanto, um banco de dados (medidas repetidas) mais completo e com menos *missing values*⁴⁸.

4.4 Instrumentos.

1. Entrevistas estruturadas⁴⁹ (Anexo E): Das oito entrevistas estruturadas destinadas à coleta de dados de diversas áreas do projeto temático da FAPESP, o presente estudo selecionou algumas questões relacionadas às características sociodemográficas, familiares, reprodutivas, obstétricas, psiquiátricas e relativas aos cuidados maternos e alomaternos das participantes.

2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (Anexo F): Construído pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), o CCEB é um instrumento de segmentação econômica que se utiliza tanto de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto) quanto de características relacionadas à escolaridade do chefe de família para diferenciar a população brasileira. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e em função da escolaridade do chefe de família e, posteriormente, realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação e estratos de classificação econômica que foram definidos por A1

⁴⁸ Denominação que se dá às variáveis não preenchidas no banco de dados do SPSS (*Statistical Package for Social Science*).

⁴⁹ Caracterizam-se por apresentar um formulário previamente elaborado de perguntas, redigidas em consonância com os objetivos do estudo, contendo um número limitado de opções de respostas (SEIDL-DE-MOURA & FERREIRA, 2005, p. 65).

(42–46 pontos), A2 (35–41 pontos), B1 (29–34 pontos), B2 (23–28 pontos), C1 (18–22 pontos), C2 (14–17 pontos), D (8–13 pontos), E (0–7 pontos). Com exceção de duas aplicações que foram feitas extraordinariamente aos 24 meses (pois as participantes não pretendiam comparecer na última etapa do projeto), este instrumento foi aplicado aos 36 meses para complementar as medidas de escolaridade já coletadas pelo temático.

3. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) (Anexo G): Esta escala é uma versão traduzida da *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (COX, HOLDEN, & SAGOVSKY, 1987) que foi o primeiro instrumento desenvolvido para rastrear a DPP a ser validado no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999). É composta por 10 enunciados relacionados à presença ou intensidade dos sintomas vivenciados pela nova mãe ao longo da última semana. Seus itens cobrem sintomas tais como humor deprimido, distúrbio do sono, perda do prazer, ideação suicida, diminuição do desempenho e culpa (SANTOS, MARTINS, & PASQUALI, 1999). Cada item avalia um sintoma depressivo e recebe uma pontuação de 0 a 3. A pontuação total varia entre 0 e 30. Embora muitos estudos (CRUZ, SIMÕES & FAISAL-CURY, 2005; REGMI et al., 2002; RUSCHI et al., 2007; SANTOS, MARTINS & PASQUALI, 1999), incluindo o projeto temático da FAPESP, trabalhem com uma variável independente (VI) extraída diretamente da EDPE via ponto de corte (*pontuação ≤ 11* : mães não deprimidas; *pontuação > 11* : mães deprimidas), esta tese elegeu outra VI extraída a partir da somatória das pontuações obtidas nas três aplicações da EDPE feitas aos três, oito e 36 meses. Esta VI dividiu as participantes em função da intensidade dos sintomas depressivos observados ao longo do puerpério em dois grupos aproximadamente iguais (através da técnica de percentil): (1) *Menor intensidade dos sintomas depressivos* (escores entre 0 e 24): N=46; e (2) *Maior intensidade dos sintomas depressivos* (escores entre 25 e 67): N=45. Assim, embora não tenhamos seguido a lógica categórica subjacente à EDPE onde as mães são divididas via ponto de corte em deprimidas e não deprimidas, seguimos a lógica quantitativa subjacente a este instrumento na qual escores mais altos indicam mães mais deprimidas e escores mais baixos, mães menos deprimidas. Dito isto, fica claro que trabalhamos com uma amostra dividida em função da intensidade dos sintomas depressivos e não com uma amostra dividida em função da presença/ausência de DPP nem com uma amostra apenas formada por mães deprimidas com diferentes graus de intensidade. Esta medida de “*intensidade dos sintomas depressivos*” foi escolhida porque, ao refletir melhor a severidade da condição depressiva materna aos três, oito e 36 meses, ela pode vir a explicar melhor um possível

prejuízo do funcionamento materno quando comparada a medidas binárias que apenas expressam presença ou ausência de DPP (BRENNAN et al., 2000). A fim de melhorar a fluidez do texto, quando se fala em “intensidade da DPP” e “mães mais/menos deprimidas”, subentende-se “intensidade dos sintomas depressivos observados ao longo do puerpério” e “mães com maior/menor intensidade dos sintomas depressivos observados ao longo do puerpério”. Por fim, vale lembrar que não usamos as aplicações da EDPE feitas pelo temático no terceiro trimestre de gestação e aos 24 meses, pois estas continham muitos *missing values*.

4. Escala de Apoio Social (EAS) (Anexo H): Esta escala é uma versão traduzida, adaptada e validada para o Brasil pelo Estudo Pró-Saúde (GRIEP et al., 2005) do instrumento original desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1991) sobre apoio social. É composta por 19 itens que se propõem a avaliar a percepção do respondente em relação à frequência (1 - *nunca*; 2 - *raramente*; 3 - *às vezes*; 4 - *quase sempre*; 5 - *sempre*) com que ele pode contar com pessoas que lhe forneçam diferentes tipos de apoio. Estes diferentes tipos de apoio se referem às seguintes dimensões: (1) material (provisão de recursos práticos e ajuda material: 4 itens); (2) afetiva (demonstrações físicas de amor e afeto: 3 itens); (3) de interação social positiva (contar com pessoas com quem relaxar e se divertir: 4 itens); (4) emocional (habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, como em situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida: 4 itens); e (5) informacional (contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem: 4 itens). Além de se trabalhar separadamente com estas cinco dimensões, pode-se calcular ainda um escore de apoio total, composto pela somatória dos escores de todos os itens que compõem a escala (SILVA, 2008). Vale lembrar que este instrumento foi aplicado em três momentos deste estudo: gestação, três e 36 meses após o parto.

5. Escala de Metas de Socialização (Socialization Goals Scale) (EMS): Esta escala é uma versão traduzida e adaptada para o português da *Socialization Goals Scale* elaborada por Keller et al. (2006). Esta tradução e adaptação foram realizadas pelo núcleo de pesquisa “*Interação social e desenvolvimento*”, coordenado pela Profa. Maria Lúcia Seidl-de-Moura do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Este instrumento trata-se de uma escala do tipo *likert* de cinco pontos (1: não concordo até 5: concordo completamente). Contém 10 afirmativas referentes a quais qualidades uma criança deveria desenvolver nos primeiros três anos de vida, organizadas em função das dimensões de

autonomia e interdependência (Tabela 3). Estas dimensões foram formadas a partir de uma Análise de Fatores que reduziu as 10 afirmativas supracitadas da escala a dois fatores, formando, portanto, as duas subescalas de autonomia (5 itens) e interdependência (5 itens). A *Subescala de Metas de Socialização Autônomas* inclui itens como “desenvolver autoconfiança” e/ou “desenvolver competitividade”, enquanto a *Subescala de Metas de Socialização Interdependentes* inclui itens como “obedecer a pessoas mais velhas” e/ou “aprender a cuidar do bem-estar dos outros”. No estudo de Keller e colaboradores (2006), enquanto estas subescalas mostraram confiabilidades muito boas (Cronbach’s $\alpha = 0,93$ para a *Subescala de Metas de Socialização Autônomas*, e Cronbach’s $\alpha = 0,89$ para a *Subescala de Metas de Socialização Interdependentes*), os escores médios referentes a cada uma delas não se correlacionaram entre si ($r = 0,01$, $p = 0,904$). Para realizar a maioria das análises deste trabalho, assim como no estudo de Keller et al. (2006), utilizou-se a média da somatória dos escores referentes aos itens de cada subescala (variáveis numéricas).

Tabela 3 - Escala de Metas de Socialização original (KELLER et al., 2006) adaptada para o português em função das dimensões de autonomia e interdependência.

<i>Diga se concorda ou não (1 a 5) se durante os primeiros três anos de vida, as crianças deveriam:</i>	
Dimensão	Item
<i>Autonomia</i>	1. Desenvolver independência.
	2. Desenvolver autoconfiança.
	3. Desenvolver competitividade.
	4. Desenvolver um senso de autoestima.
	5. Desenvolver um senso de identidade.
<i>Interdependência</i>	1. Aprender a obedecer a seus pais.
	2. Aprender a obedecer a pessoas mais velhas.
	3. Aprender a animar os outros.
	4. Aprender a cuidar do bem-estar dos outros.
	5. Aprender a controlar emoções.

6. *Escala de Emoteorias Parentais ou de Crenças sobre Práticas de Cuidado (Parenting Ethnotheories Scale) (ECP)*: Esta escala é também uma versão que foi traduzida e adaptada para o português pelo mesmo núcleo de pesquisa da UERJ supracitado, a partir do instrumento original desenvolvido por Keller et al. (2006). Também se trata de uma escala *likert* de cinco pontos (1: não concordo até 5: concordo completamente) que contém 10 afirmativas sobre crenças sobre práticas de cuidado culturalmente compartilhadas pelas mães durante o primeiro ano de vida de suas crianças. Esta escala também subdivide estas crenças sobre práticas em duas dimensões (autonomia e interdependência) (Tabela 4: próxima página). Tais dimensões, assim como na escala anterior, foram formadas a partir de uma Análise de Fatores que reduziu as 10 afirmativas originais da escala a dois fatores, formando,

assim, as duas subescalas de autonomia (5 itens) e interdependência (5 itens). A *Subescala de Crenças sobre Práticas de Cuidado Autônomas* inclui itens relacionados à autorregulação precoce da criança, a reações contingentes maternas decorrentes de sinais positivos infantis, e aos sistemas de estimulação *via* objeto e interação face-a-face. Já a *Subescala de Crenças sobre Práticas de Cuidado Interdependentes* é composta por itens que enfatizam contato corporal, estimulação motora e satisfação imediata de necessidades físicas infantis. No estudo de Keller et al. (2006), enquanto as confiabilidades destas subescalas foram aceitáveis (Cronbach's $\alpha = 0,78$ para a *Subescala de Crenças sobre Práticas de Cuidado Autônomas*, e Cronbach's $\alpha = 0,86$ para a *Subescala de Crenças sobre Práticas de Cuidado Interdependentes*), os escores médios referentes a cada uma delas se correlacionaram negativamente entre si ($r = -0.25, p < 0.01$)⁵⁰. Para realizar a maioria das análises deste trabalho, assim como no estudo de Keller et al. (2006), utilizou-se a média da somatória dos escores referentes aos itens de cada subescala (variáveis numéricas).

Tabela 4 - Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado original (KELLER et al., 2006) adaptada para o português em função das dimensões de autonomia e interdependência.

<i>Diga se concorda ou não (1 a 5) pensando em um bebê de mais ou menos três meses de idade:</i>	
Dimensão	Item
<i>Autonomia</i>	1. Dormir a noite toda deve ser treinado o mais cedo possível.
	2. Nunca é cedo demais para se dirigir a atenção do bebê para objetos/brinquedos.
	3. Não é necessário atender imediatamente um bebê que chora.
	4. Deve-se deixar que os bebês chorem um pouco como forma de autoconsolo.
	5. É bom para o bebê dormir sozinho.
<i>Interdependência</i>	1. É importante embalar (ninar) um bebê que chora para consolá-lo.
	2. Se um bebê está enjoadinho, deve ser logo pego no colo.
	3. Quando um bebê chora deve-se dar o peito a ele imediatamente.
	4. Ginástica faz um bebê forte.
	5. O bebê deve sempre estar perto da mãe para que ela reaja logo a seus sinais.

7. *Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR) e de Atividades Realizadas (EAR)*: As escalas de IAAR e de AR foram elaboradas por pesquisadores que faziam parte do projeto de pesquisa “*Investimento e cuidado parentais: aspectos biológicos, ecológicos e culturais*” (MARTINS et al., 2010), coordenados também pelo mesmo núcleo de pesquisa da UERJ supracitado. Estas escalas são do tipo *likert* de cinco pontos, sendo ambas compostas por 25 afirmativas idênticas subdivididas em cinco fatores que se referem a cinco dos seis sistemas de cuidados parentais elaborados por Keller (2002/2007): cuidados primários, contato corporal, estimulação corporal, estimulação *via* objetos, e interação face-a-face. A primeira escala (IAAR) avalia a importância que cada atividade ou prática de cuidado

⁵⁰ Ao contrário do que foi encontrado na escala anterior (EMS).

realizada tem para a respondente (ex. é importante carregar a criança no colo) através de uma pontuação que vai desde 1 (pouco importante) até 5 (muito importante). Já a segunda escala (AR) avalia a frequência de realização das atividades ou práticas de cuidado declarada pela respondente (ex. quanto a mãe carregava a criança no colo) segundo uma pontuação que vai desde 1 (nunca) até 5 (sempre). Para responder a estas duas escalas, solicitou-se às mães que se lembrassem de sua rotina quando seu filho possuía até um ano de idade. Essa medida foi tomada, pois os itens investigam atividades ou práticas realizadas pelos pais específicas a fases iniciais do desenvolvimento infantil (MARTINS, 2009). Como um dos objetivos centrais desse trabalho é analisar a expressão dessas atividades ou práticas de cuidado em função das dimensões de autonomia e interdependência, decidiu-se trabalhar com os escores médios das práticas de cuidados “primários”, “autônomos” (estimulação *via* objeto e *via* face-a-face) e “interdependentes” (contato e estimulação corporal) extraídos dessas escalas. A Tabela 5 descreve os itens distribuídos nas cinco dimensões propostas pela versão original destas escalas e nas três dimensões de práticas propostas por este estudo.

Tabela 5 - Dimensões e itens da versão original das escalas de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR) e de Atividades Realizadas (AR).

<i>Quão importante (IAAR) e o quanto realizou cada uma dessas atividades (AR)?</i>	
Dimensões	Item
<i>Cuidados primários</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Socorrer quando está chorando. 2. Alimentar. 3. Manter limpa. 4. Cuidar para que durma e descanse. 5. Não deixar que passe frio ou calor.
<i>Contato corporal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carregar no colo. 2. Ter sempre por perto. 3. Abraçar e beijar. 4. Dormir junto na rede ou cama. 5. Tentar evitar que se acidente.
<i>Estimulação corporal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Fazer cócegas. 7. Fazer massagem. 8. Deixar livre para correr, nadar, trepar. 9. Brincadeiras de luta, de se embolar. 10. Fazer atividades físicas.
<i>Estimulação via objeto</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar brinquedos. 2. Jogar jogos. 3. Pendurar brinquedos no berço. 4. Ver livrinhos juntos. 5. Mostrar coisas interessantes.
<i>Interação face-a-face</i>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Conversar. 7. Explicar coisas. 8. Ouvir o que se tem a dizer. 9. Responder a perguntas. 10. Ficar frente a frente, olho no olho.

Por fim, importa notar ainda que as escalas de números 5, 6 e 7 (EMS, ECP, EIAAR e EAR) foram aplicadas aos 36 meses, com exceção de duas aplicações que foram feitas extraordinariamente aos 24 meses porque as participantes não pretendiam comparecer à última etapa do projeto. Vale frisar aqui que a aplicação destas escalas aos 24 meses não trouxe prejuízo algum à fidedignidade dos dados, pois todos estes instrumentos foram construídos para serem ministrados em mães de crianças entre zero e três anos de vida. A fim de compreender mais claramente onde cada um destes instrumentos supracitados se encaixa no modelo de Keller (2007; 2010) e o que de fato eles mensuram ver Figura 11.

Figura 11 – Mapa ilustrativo e informativo de quais variáveis os instrumentos mensuravam.

4.5 Análises Estatísticas.

I. Caracterização da amostra quanto à condição individual materna de interesse: DPP				
Análises descritivas das variáveis categóricas (frequências) e métricas (médias, DP, valores mín. e máx.) referentes à DPP aos 3, 8 e 36 meses.		Testes t pareados para comparar os escores de DPP aos 3, 8 e 36 meses.	ANOVA* para comparar os escores de mães nunca e pelos menos uma vez deprimidas em função da intensidade da DPP.	
II. Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial (características ecossociais, maternas e infantis) em função da intensidade da DPP				
ANOVAs e testes de Qui-quadrado para verificar se variáveis métricas e categóricas referentes ao contexto ecossocial se diferenciavam em função da intensidade da DPP.			Análise de Árvore de decisão para verificar se variáveis métricas e categóricas referentes ao contexto ecossocial prediziam a intensidade da DPP.	
III. Caracterização da amostra quanto aos modelos culturais de self				
Correlação de Pearson entre a EMS, ECP, EIAAR e EAR.	Análises descritivas das variáveis categóricas (frequências) e métricas (médias, DP, valores mín. e máx.) referentes à variável modelos culturais.	Regressão linear múltipla para investigar a importância relativa da EMS, ECP, EIAAR e EAR na diferenciação da variável modelos culturais.		ANOVA para testar os escores da variável modelos culturais em função da intensidade de DPP.
IV. Caracterização da amostra quanto às etnoteorias maternas				
Análise descritiva das variáveis categóricas (frequências) e métricas (médias, DP, valores mín. e máx.) referentes às metas de socialização (EMS) e crenças sobre práticas (ECP e EIAAR).	Diagramas de caixa e bigodes e testes t pareados para comparar a variação dos escores médios das Subescalas de Autonomia e Interdependência da EMS, ECP e EIAAR.	ANOVAs e MANOVAs** para investigar se as etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas) se diferenciavam em função da intensidade da DPP quanto aos cuidados primários, autônomos e interdependentes.		Análise discriminante para analisar a importância relativa de cada um dos itens da EIAAR que foram significativos na separação dos grupos (menor e maior intensidade da DPP).
V. Caracterização da amostra quanto às práticas de cuidado maternas				
Análise descritiva das variáveis categóricas (frequências) e métricas (médias, DP, valores mín. e máx.) referentes às práticas de cuidado maternas (EAR).	Diagramas de caixa e bigodes e testes t pareados para comparar a variação dos escores médios das Subescalas de Autonomia e Interdependência da EAR.	ANOVAs e MANOVAs para investigar se as práticas de cuidado maternas se diferenciavam em função da intensidade da DPP quanto aos cuidados primários, autônomos e interdependentes.	Análise discriminante para analisar a importância relativa de cada um dos itens da EAR que foram significativos na separação dos grupos (menor e maior intensidade da DPP).	MANOVA para investigar se as mães se diferenciavam em função da intensidade da DPP quanto as suas “respostas extremas (1 ou 5)” na EMS, ECP, EIAAR e EAR.

Figura 12 – Esquema gráfico das análises estatísticas realizadas nesta tese (*ANOVA: Análise de Variância Univariada; e **MANOVA: Análise de Variância Multivariada).

5. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em função dos objetivos geral e específicos deste trabalho. Desta maneira, como procuramos caracterizar o contexto de criação materno-infantil dessa amostra em face de DPP e em função de quatro grandes temas de interesse (1. fatores ecossociais, maternos e infantis de interesse; 2. modelos culturais de *self*; 3. etnoteorias maternas: metas de socialização e crenças sobre práticas; e 4. práticas de cuidado maternas), buscou-se seguir a mesma ordem em que tais temas aparecem no modelo de Keller (2007; 2010). Vale lembrar apenas que como a condição individual materna representada pela DPP, ou mais especificamente, pela intensidade da DPP, vem a ser a variável independente de interesse deste estudo, decidimos inseri-la no primeiro item desta seção porque todas as análises subsequentes serão realizadas em função desta variável.

5.1 Caracterização da amostra quanto a condição materna de interesse: DPP.

Todas as participantes responderam à Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE) (item 4.4) nos três períodos puerperais selecionados: três, oito e 36 meses. Em termos descritivos e transversais, observaram-se as seguintes prevalências de DPP ao longo desses três momentos: 1) 27,5% (aos três e oito meses); e 2) 30,8% (aos 36 meses). Já em termos descritivos e longitudinais, enquanto mais da metade das participantes (53,8%) nunca apresentou indicadores de DPP ao longo do puerpério, 46,2% mostraram-se deprimidas uma (20,9%), duas (11%) ou três vezes (14,3%).

Ainda em termos longitudinais, embora a média dos escores de DPP aos três meses tenha sido levemente mais alta do que aos oito e 36 meses ($DPP_{3m} = 8,71$ versus $DPP_{8m} = 8,15$ e $DPP_{36m} = 8,13$), as mesmas não variaram significativamente ao longo do tempo ($DPP_{3e8meses}$: $t(90) = 1,030$; $p = 0,306$; DPP_{3e36m} : $t(90) = 1,026$; $p = 0,308$; DPP_{8e36m} : $t(90) = 0,037$; $p = 0,970$) (Figura 13: próxima página).

Figura 13 – Diagramas de caixa e bigodes das pontuações mensuradas pela EDPE aos três, oito e 36 meses.

Após ter feito esta breve caracterização transversal e longitudinal das mensurações de DPP aos três, oito e 36 meses, vale relembrar que dividimos nossas participantes (N=91) em função da intensidade dos sintomas depressivos ou da DPP em dois grupos aproximadamente iguais. Estes foram criados através da utilização do percentil sobre a somatória das pontuações obtidas nas três aplicações da EDPE selecionadas para este trabalho. Em teoria, sabíamos que a somatória das pontuações obtidas nas três aplicações da EDPE poderia variar entre zero e 90, porém, na prática, verificamos que a mesma variou entre zero e 67 (média = 25; DP = 17,57 pontos). Assim, das 91 participantes: 1) Grupo 1: 46 apresentaram *menor intensidade de sintomas depressivos* (escores entre 0 e 24) ao longo do puerpério (média = 27,98; DP = 6,39 anos); e 2) Grupo 2: 45 apresentaram *maior intensidade de sintomas depressivos* (escores entre 24 e 67) ao longo do puerpério (média = 28,36; DP = 5,69 anos). (Figura 14: próxima página).

Figura 14 - Distribuição da amostra em dois grupos aproximadamente iguais (percentil) em função da intensidade dos sintomas depressivos (pontuação obtida nas três aplicações da EDPE).

A decisão de dividir a amostra em dois grupos em função da intensidade dos sintomas depressivos ou da DPP buscava, portanto, avaliar a severidade da condição depressiva e não apenas categorizar nossa amostra quanto à presença ou ausência de DPP. Apesar disso, é importante dizer que enquanto apenas o grupo de “maior intensidade de DPP” era composto por mães reincidentemente deprimidas (i.e., que vivenciaram 2 ou 3 episódios depressivos ao longo do puerpério), ambos os grupos eram constituídos tanto por mães que nunca estiveram deprimidas (*Menor intensidade de DPP* = 44; *Maior intensidade de DPP* = 5) quanto por mães que estiveram deprimidas pelo menos uma vez ao longo do puerpério (*Menor intensidade de DPP* = 2; *Maior intensidade de DPP* = 17). O fato de termos encontrado (1) cinco mães nunca deprimidas no grupo de “maior intensidade de DPP” e (2) duas mães pelo menos uma vez deprimidas no grupo de “menor intensidade da DPP” pode ser explicado, respectivamente: (1) pelas pontuações limítrofes (ex. 10 e 11) alcançadas pelas cinco primeiras; e (2) pelas duas últimas representarem *outliers* da amostra. Apesar dessas convergências entre os grupos, quando as médias dos escores apenas das mães nunca e pelo menos uma vez deprimidas foram comparadas por uma Análise de Variância Univariada (ANOVA), notou-se que o grupo de “menor intensidade da DPP” tinha escores significativamente menores (*nunca deprimidas*: $M = 10,36$, $Mín = 1$ e $Máx = 24$; *1x deprimidas*: $M = 21,50$, $Mín = 20$ e $Máx = 23$) que o grupo de “maior intensidade da DPP”

(*nunca deprimidas*: M = 26, Mín = 25 e Máx = 28; *1x deprimidas*: M = 30,18; Min. 25 e Máx = 39) (Figura 15).

Figura 15 – Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação dos escores médios de DPP entre as mães nunca (azul) e pelo menos uma vez deprimidas (verde) em função dos grupos (menor e maior intensidade de DPP).

Por fim, dado que a “intensidade dos sintomas depressivos ou da DPP” vem a ser a VI de interesse desta tese, todas as seções subsequentes serão apresentadas em função desta variável.

5.2 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP.

A segunda parte desta seção busca responder ao primeiro objetivo específico deste trabalho que visava caracterizar os fatores ecossociais, maternos e infantis presentes no contexto de criação materno-infantil desta amostra em função da intensidade da DPP.

5.2.1 Variáveis sociodemográficas.

Um conjunto de variáveis sociodemográficas foi selecionado (Tabela 6: variáveis métricas; Tabela 7: variáveis categóricas) e comparado em função da intensidade da DPP. Somente uma diferença significativa pôde ser encontrada quanto à variável categórica “religião”. Esta diferença indicou que mães mais deprimidas declaravam mais frequentemente não ter religião (12,2%) do que as demais (4,5%) ($\chi^2(1) = 3,920$, $p = 0,048$) (Tabela 7). As demais variáveis sociodemográficas não se diferenciaram em função dos grupos, porém serão exploradas a seguir para fins de caracterização geral da amostra.

A idade média das mães dos dois grupos (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*) foi aproximadamente a mesma: 28,1 anos (DP = 6,02; Mín = 19; Máx = 46). Mães de ambos os grupos tinham estudado, em média, nove anos e meio (DP = 2,78; Mín = 1; Máx = 17). Na maioria dos casos, as participantes tinham companheiro durante a gestação (78%), continuando casadas ou morando junto com estes mesmos companheiros após três anos do parto de suas crianças (79,2%). Portanto, a configuração familiar desta amostra era, predominantemente, nuclear⁵¹ ou nuclear estendida⁵² (75,8%). A idade média dos companheiros das mães menos e mais deprimidas era de 31,5 anos (DP = 7,30; Mín = 20; Máx = 54). Em relação à escolaridade, os companheiros dessas mães tinham, em média, 10,6 anos de estudo (DP = 2,01; Mín = 8; Máx = 17).

Independentemente dos grupos, enquanto 40,7% das mães tinham trabalho remunerado na gestação, 53,8% delas trabalhavam uma média de 4,4 horas por dia (DP = 4,51; Mín = 0; Máx = 13) e ganhavam cerca de 440 reais mensais (DP = 539, 16; Mín = 0; Máx = 4.000) aos três anos de suas crianças. Apesar de metade das mães terem um trabalho remunerado, a maioria delas (71,6%) contava com a ajuda financeira de seus companheiros (renda média do companheiro = 795 reais; DP = 743,71; Mín = 0; Máx = 4.500) para complementar sua renda familiar mensal que era de aproximadamente 1485 reais (DP = 924,22; Mín = 460; Máx = 4.750). Em ordem decrescente, a amostra era composta pelas classes sociais C (63,3%), B (25,6%), D e E (11,1%). Incluindo a mãe, a densidade habitacional era de quatro pessoas por residência (DP = 2,34; Mín = 2; Máx = 18) que, por sua vez, tinham em média cinco cômodos (DP = 2,21; Mín = 1; Máx = 12). Apesar de se ter encontrado uma diferença significativa em função dos grupos relacionada à religião das mães,

⁵¹ Família nuclear é composta por pai, mãe e filhos.

⁵² Família nuclear estendida é composta por pai, mãe, filhos e outros moradores (parentes e/ou amigos).

pode-se dizer que a grande maioria delas tinha religião (83,3%) e se diziam, majoritariamente, católicas (46,7%) e evangélicas (30%). Com relação ao contexto de criação destas mães, a maioria delas foi criada em contextos urbanos (76,9%) e, mais especificamente, em cidades altamente populosas como a capital paulistana (61,8%). Quando não eram nascidas no estado de São Paulo (52,7%), estas mães eram oriundas da Bahia (47,3%).

Como a descrição supracitada não separou as mães em função da intensidade da DPP (pois houve grande semelhança entre os grupos em função das variáveis sociodemográficas pesquisadas), caso o leitor fique interessado em verificar as estatísticas descritivas em função dos grupos ver tabelas 6 e 7 (apresentadas a seguir). Vale lembrar que o asterisco (*) indica um resultado significativo em função dos grupos.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas métricas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Variáveis	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Sociodemográficas						
Idade da mãe (anos)	1 – Menor intensidade de DPP	46	27,9	6,39	19	46
	2 – Maior intensidade de DPP	45	28,3	5,69	20	39
Idade do companheiro (anos)	1 – Menor intensidade de DPP	46	31,6	7,86	21	54
	2 – Maior intensidade de DPP	44	31,5	6,75	20	51
Escolaridade da mãe (anos)	1 – Menor intensidade de DPP	46	9,7	2,20	3	13
	2 – Maior intensidade de DPP	45	9,3	3,29	1	17
Escolaridade do companheiro (anos)	1 – Menor intensidade de DPP	27	10,5	1,55	8	15
	2 – Maior intensidade de DPP	28	10,8	2,39	8	17
Horas trabalhadas por dia aos três anos	1 – Menor intensidade de DPP	46	4,7	4,67	0	13
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,1	4,38	0	12
Densidade habitacional (incluindo a mãe)	1 – Menor intensidade de DPP	46	3,7	1,64	2	7
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,5	2,84	2	18
Renda da mãe mensal	1 – Menor intensidade de DPP	44	462,9	673,30	0	4000
	2 – Maior intensidade de DPP	44	425,2	366,19	0	1200
Renda do companheiro mensal	1 – Menor intensidade de DPP	44	741,1	606,21	0	3000
	2 – Maior intensidade de DPP	44	848,9	863,51	0	4500
Renda familiar mensal	1 – Menor intensidade de DPP	44	1298,5	881,29	0	4500
	2 – Maior intensidade de DPP	44	1603,9	933,65	400	4750
Número de cômodos da residência	1 – Menor intensidade de DPP	45	5,1	2,37	2	12
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,6	2,04	1	10

Tabela 7 – Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas categóricas (frequência e porcentagem).

Variáveis	Grupo	N	% grupos	% total
Sociodemográficas				
<i>Ocupação da mãe na gestação</i>				
Trabalho remunerado	1 – Menor intensidade de DPP	19	20,9%	40,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	19,8%	
<i>Ocupação da mãe aos três anos</i>				
Trabalho remunerado	1 – Menor intensidade de DPP	25	27,5%	53,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	24	26,3%	
<i>Status marital da mãe na gestação</i>				
Tinham companheiro	1 – Menor intensidade de DPP	36	39,6%	78%
	2 – Maior intensidade de DPP	35	38,4%	
<i>Status marital da mãe aos três anos</i>				
Solteira, divorciada ou viúva	1 – Menor intensidade de DPP	10	10,9%	20,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	9	9,9%	
Casada ou morando junto	1 – Menor intensidade de DPP	36	39,6%	79,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	36	39,6%	
<i>Classificação econômica</i>				
Classe B	1 – Menor intensidade de DPP	11	12,3%	25,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	13,3%	
Classe C	1 – Menor intensidade de DPP	30	33,3%	63,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	30%	
Classe D e E	1 – Menor intensidade de DPP	4	4,43%	11,1%
	2 – Maior intensidade de DPP	6	6,67%	
<i>Contexto de criação</i>				
Zona urbana	1 – Menor intensidade de DPP	33	36,3%	76,9%
	2 – Maior intensidade de DPP	37	40,6%	
Zona rural/cidade pequena	1 – Menor intensidade de DPP	13	14,3%	23,1%
	2 – Maior intensidade de DPP	8	8,8%	
<i>Tem religião * $\chi^2(1) = 3,920, p = 0,048$</i>				
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	41	45,5%	83,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	34	37,8%	
Não	1 – Menor intensidade de DPP	4	4,5%	16,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	12,2%	
<i>Composição familiar</i>				
Família nuclear (pai, mãe e filhos) ou nuclear estendida (pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos)	1 – Menor intensidade de DPP	36	39,6%	75,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	33	36,2%	
Família mononuclear (mãe e filhos) ou mononuclear estendida (mãe, filhos e outros parentes e amigos)	1 – Menor intensidade de DPP	10	11%	24,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	13,2%	

5.2.2 Variáveis relacionadas ao histórico familiar.

Um conjunto de variáveis relacionadas ao histórico familiar das participantes foi selecionado (Tabela 8: variáveis categóricas) e comparado em função da intensidade da DPP (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*). Como os dois grupos de mães diferenciaram-se bastante em função destas variáveis (com exceção das variáveis “qualidade da vida conjugal aos 12, 24 e 36 meses”), a descrição a seguir foi feita em função dos grupos.

Quando questionadas sobre a qualidade de seu ambiente familiar na infância, enquanto mães mais deprimidas relataram mais frequentemente que tais ambientes eram “quase sempre estressantes”, as que foram menos afetadas pela DPP os relataram majoritariamente como “nem muito afetivos, nem muito estressantes” ($\chi^2(2) = 9,134, p = 0,010$). No que versa à qualidade da relação com sua mãe na infância ($\chi^2(3) = 11,097, p = 0,011$) e na adolescência ($\chi^2(3) = 11,454, p = 0,010$), mães mais deprimidas relataram mais frequentemente que a relação com sua mãe era “péssima” ou “regular”, enquanto as menos afetadas pela DPP definiram tal relação mais frequentemente como “ótima”. No que se refere à qualidade da vida conjugal, somente durante o primeiro ano puerperal mães mais deprimidas descreveram mais frequentemente suas vidas conjugais como “conflituosas” quando comparadas às demais que as caracterizaram como “nada conflituosas” (4m: $\chi^2(1) = 12,478, p < 0,001$; 8m: $\chi^2(1) = 5,421, p = 0,020$ versus 12m: $\chi^2(1) = 0,622, p = 0,430$; 24m: $\chi^2(1) = 2,496, p = 0,114$; 36m: $\chi^2(1) = 1,475, p = 0,225$).

Tais resultados podem ser visualizados na tabela 8 (variáveis categóricas: próxima página) que trata das variáveis relacionadas ao histórico familiar em função da intensidade da DPP. Importante lembrar que as variáveis da tabela que carregam um asterisco (*) foram significativas em função dos grupos e que quando houve violação da condição do teste do Qui-quadrado (frequência esperada menor que cinco), recorreu-se ao teste exato de Fisher (DANCEY & REIDY, 2007, pg. 288).

Tabela 8 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas ao histórico familiar (frequência e porcentagem).

Variáveis ⁵³	Grupo	N	% grupos	% total
Histórico Familiar				
<i>Qualidade do ambiente familiar na infância * $\chi^2(2) = 9,134, p = 0,010$</i>				
Muito afetivo e/ou afetivo	1 – Menor intensidade de DPP	13	14,3%	27,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	13,2%	
Nem muito afetivo, nem muito estressante	1 – Menor intensidade de DPP	33	36,2%	63,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	25	27,5%	
Quase sempre estressante	1 – Menor intensidade de DPP	0	0%	8,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	8	8,8%	
<i>Qualidade da relação com a mãe na infância * $\chi^2(3) = 11,097, p = 0,011$</i>				
Péssima	1 – Menor intensidade de DPP	4	4,6%	10,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	5	5,7%	
Regular	1 – Menor intensidade de DPP	5	5,7%	19,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	13,8%	
Boa	1 – Menor intensidade de DPP	12	13,8%	35,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	19	21,9%	
Ótima	1 – Menor intensidade de DPP	22	25,3%	34,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	8	9,2%	
<i>Qualidade da relação com a mãe na adolescência * $\chi^2(3) = 11,454, p = 0,010$</i>				
Péssima	1 – Menor intensidade de DPP	8	9,3%	22,1%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	12,8%	
Regular	1 – Menor intensidade de DPP	8	9,3%	23,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	14%	
Boa	1 – Menor intensidade de DPP	11	12,8%	32,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	17	19,8%	
Ótima	1 – Menor intensidade de DPP	16	18,5%	22%
	2 – Maior intensidade de DPP	3	3,5%	
<i>Qualidade da vida conjugal aos 4 meses * $\chi^2(1) = 12,478, p < 0,001$</i>				
Nada conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	33	44,6%	66,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	16	21,6%	
Conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	6	8,1%	33,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	19	25,7%	
<i>Qualidade da vida conjugal aos 8 meses * $\chi^2(1) = 5,421, p = 0,020$</i>				
Nada conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	30	33,3%	54,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	19	21,1%	
Conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	15	16,7%	45,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	26	28,9%	
<i>Qualidade da vida conjugal aos 12 meses</i>				
Nada conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	13	21,7%	35%
	2 – Maior intensidade de DPP	8	13,3%	
Conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	20	33,3%	65%
	2 – Maior intensidade de DPP	19	31,7%	
<i>Qualidade da vida conjugal aos 24 meses</i>				
Nada conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	18	36,7%	61,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	24,5%	
Conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	7	14,3%	38,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	24,5%	

⁵³ Continua na próxima página.

Variáveis ⁵⁴	Grupo	N	% grupos	% total
<i>Qualidade da vida conjugal aos 36 meses</i>				
Nada conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	13	18,3%	28,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	7	9,9%	
Conflituosa	1 – Menor intensidade de DPP	25	35,2%	71,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	26	36,6%	

5.2.3 Variáveis relacionadas à gravidez, pré-natal, histórico reprodutivo e psiquiátrico, e características infantis.

Um conjunto de variáveis relacionadas à gravidez, pré-natal, histórico reprodutivo e psiquiátrico, e características infantis foi selecionado e comparado em função da intensidade da DPP (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*) (Tabela 9: variáveis métricas; Tabela 10: variáveis categóricas). Somente quatro diferenças significativas foram observadas quanto às variáveis “idade da primeira menstruação (menarca)” ($F(1,90) = 3,999$, $p = 0,049$), “número de homens com quem a mãe já teve filhos” ($F(1,89) = 4,240$, $p = 0,042$), “gravidez desejada ou não” ($\chi^2(1) = 4,337$, $p = 0,037$) e “histórico de depressão anterior à gestação” ($\chi^2(1) = 11,000$, $p = 0,001$). Tais diferenças apontaram que mães mais deprimidas menstruaram pela primeira vez mais cedo ($Média_{maisDPP} = 12,7$; $DP = 1,76$; $Mín = 7$; $Máx = 18$; $Média_{menosDPP} = 13,4$; $DP = 1,46$; $Mín = 9$; $Máx = 17$), tiveram mais parceiros com quem já tinham tido filhos ($Média_{maisDPP} = 1,4$; $DP = 0,62$; $Mín = 1$; $Máx = 3$; $Média_{menosDPP} = 1,2$; $DP = 0,45$; $Mín = 1$; $Máx = 3$), tiveram uma gravidez mais indesejada (Mais DPP = 16,7%; Menos DPP = 7,7%) e vivenciaram alguma depressão anterior a ela mais frequentemente do que seria esperado ao acaso (Mais DPP = 22,7%; Menos DPP = 4,6%). As demais variáveis analisadas neste item não se diferenciaram em função dos grupos, porém serão exploradas a seguir para fins de caracterização geral da amostra.

Independentemente da intensidade da DPP, mais da metade das participantes (65,6%) não planejaram sua gravidez. Gravidez esta que durou, em média, 39 semanas ($DP = 1,30$; $Mín = 36$; $Máx = 42$) e que foi acompanhada por um pré-natal composto aproximadamente por sete consultas ($DP = 2,33$; $Mín = 2$; $Máx = 15$). Quanto ao histórico reprodutivo, estas puérperas tiveram sua primeira relação sexual aproximadamente aos 17 ($DP = 2,96$; $Mín = 11$; $Máx = 27$). Quanto à paridade, elas eram, em geral, multíparas e tinham, em média, dois

⁵⁴ Conclusão.

filhos (DP = 0,93; Mín = 1; Máx = 5). Seus filhos(as) nasceram pesando, em média, 3 quilos e 235 gramas (DP = 424,42; Mín = 2525; Máx = 4835) e medindo, aproximadamente, 49 cm de altura (DP = 2,24; Mín = 41; Máx = 53). Mais da metade dos bebês eram do sexo feminino (67,8%).

Resumidamente, como mães de ambos os grupos se diferenciaram apenas com relação a quatro variáveis (“idade da primeira menstruação (menarca)”, “número de homens com quem já tinham tido filhos”, “gravidez desejada ou não” e “histórico psiquiátrico”), a descrição supracitada foi feita primeiramente em função dos grupos, passando depois a descrever a amostra de maneira mais geral. A seguir constam as tabelas 9 e 10 que descrevem as variáveis analisadas nesta seção em função da intensidade da DPP. Nota-se que as variáveis das tabelas que carregam um asterisco (*) foram significativas em função dos grupos e que quando houve violação da condição do teste do Qui-quadrado (frequência esperada menor que cinco), recorreu-se ao teste exato de Fisher (DANCEY & REIDY, 2007, pg. 288).

Tabela 9 - Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas à gravidez, pré-natal, histórico reprodutivo e características infantis (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Variáveis	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Gravidez						
Gestação (semanas)	1 – Menor intensidade de DPP	42	39,31	0,17	36	42
	2 – Maior intensidade de DPP	41	38,93	0,47	36	42
Pré-natal						
Número de consultas	1 – Menor intensidade de DPP	39	7,64	2,41	2	15
	2 – Maior intensidade de DPP	38	7,58	2,25	3	14
Histórico Reprodutivo						
Idade da 1ª. menstruação (menarca)* F (1,90)= 3,999, p= 0,049	1 – Menor intensidade de DPP	46	13,39	1,46	9	17
	2 – Maior intensidade de DPP	45	12,71	1,76	7	18
Idade da 1ª. relação sexual	1 – Menor intensidade de DPP	46	17,17	2,83	12	27
	2 – Maior intensidade de DPP	45	16,87	3,08	11	26
Número de filhos	1 – Menor intensidade de DPP	46	1,70	0,91	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	1,91	0,94	1	4
Número de homens com quem já teve filhos *F (1,110)= 6,159, p= 0,015	1 – Menor intensidade de DPP	46	1,20	0,45	1	3
	2 – Maior intensidade de DPP	44	1,43	0,65	1	3
Características infantis						
Altura (cm)	1 – Menor intensidade de DPP	45	49,07	2,34	41	53
	2 – Maior intensidade de DPP	42	48,64	2,35	42	53
Peso (gramas)	1 – Menor intensidade de DPP	46	3269,9	447,7	2525	4835
	2 – Maior intensidade de DPP	44	3182,8	407,4	2540	4080

Tabela 10 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas à gravidez, histórico psiquiátrico e características infantis (frequência e porcentagem).

Variáveis ⁵⁵	Grupo	N	% grupos	% total
Gravidez				
<i>Gravidez foi planejada</i>				
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	18	20%	34,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	13	14,4%	
Não	1 – Menor intensidade de DPP	28	31,1%	65,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	31	34,5%	
<i>Gravidez foi desejada * $\chi^2(1) = 4,337, p = 0,037$</i>				
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	39	43,4%	75,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	29	32,2%	
Não	1 – Menor intensidade de DPP	7	7,7%	24,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	15	16,7%	
Histórico Psiquiátrico				
<i>Histórico prévio de depressão ao relacionada à gravidez * $\chi^2(1) = 11,000, p = 0,001$</i>				
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	3	4,6%	27,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	15	22,7%	
Não	1 – Menor intensidade de DPP	30	45,4%	72,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	27,3%	
Características infantis				
<i>Sexo</i>				
Masculino	1 – Menor intensidade de DPP	15	16,7%	32,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	14	15,5%	
Feminino	1 – Menor intensidade de DPP	31	34,5%	67,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	30	33,3%	

5.2.4 Variáveis relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos.

Um conjunto de variáveis relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos foi selecionado e comparado em função da intensidade de DPP (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*) (Tabela 11: variáveis métricas; Tabela 12: variáveis categóricas). Como encontramos poucas, porém interessantes diferenças em função dos grupos com relação aos cuidados maternos e alomaternos, a descrição a seguir será mista (resultados significativos e não significativos em função da intensidade da DPP).

Mães de ambos os grupos amamentaram seus bebês (aleitamento integral) cerca de cinco meses (DP = 1,75; Mín = 0; Máx = 10). Durante o primeiro ano pós-parto, as mães relataram ser as principais cuidadoras de seus bebês (4m: 76,7%; 8m: 58,4%), enquanto que aos 12, 24 e 36 meses elegeram outras pessoas de sua rede social estendida como principais

⁵⁵ Continua na próxima página.

responsáveis por essa função (ex. companheiro, avó(ô), tia(o), irmãos mais velhos, primas, vizinhas, amigas, família como um todo) (12m: 83,3%; 24m: 62,5%; 36m: 100%). Apenas aos 36 meses, enquanto mães menos deprimidas citaram seus companheiros como principais cuidadores de seus filhos(as), mães mais deprimidas elegeram outras pessoas da sua rede social como cumpridoras dessa função (ex. avós, vizinhos, tios, primos e/ou amigos da mãe e da criança) ($\chi^2(1) = 6,826, p = 0,009$).

Ao serem questionadas sobre a “quantidade de tempo dedicado à criança”, enquanto a maioria das mães dos dois grupos julgou dedicar tempo suficiente a seus filhos(as) durante o primeiro ano (4m: 78,6%; 12m: 66,7%), apenas metade delas ainda acreditava que o tempo dedicado a cuidar de seus filhos(as) era suficiente durante o segundo e terceiro anos (24m: 46,9%; 36: 45,5%). Apenas aos oito meses mães mais deprimidas julgaram ter dedicado “menos tempo do que o suficiente” a seus filhos quando comparadas às demais que consideravam o tempo dedicado a seus bebês como “suficiente” ($\chi^2(1) = 4,552, p = 0,033$). Ainda em relação às impressões maternas sobre os cuidados despendidos à criança, não se encontraram associações significativas entre as variáveis “trabalho que a criança dá” e “quão prazerosa é a relação com seu filho(a)” com “intensidade da DPP” em nenhum dos momentos analisados (Tabela 12: pg. 108). Já com relação a variável “quão fácil é cuidar da criança”, apenas aos oito meses mães com mais indicadores de DPP acharam mais difícil cuidar de suas crianças do que as demais ($\chi^2(1) = 4,967, p = 0,026$). A respeito da “frequência com que fica impaciente com a criança”, apenas durante o primeiro ano pós-parto (4m: $\chi^2(1) = 5,246, p = 0,022$; 8m: $\chi^2(1) = 11,978, p < 0,001$; e 12m: $\chi^2(1) = 6,818, p = 0,009$) mães mais deprimidas se declararam “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre” impacientes com seus filhos(as) enquanto que as menos deprimidas, “nunca” ou “raramente” impacientes. Já durante o segundo e terceiro anos puerperais, embora os dois grupos de mães não tenham se diferenciado quanto à sua impaciência (24m: $\chi^2(1) = 1,896, p = 0,168$; 36m: $\chi^2(1) = 3,686, p = 0,055$), pôde ser notada certa tendência à associação entre impaciência e DPP apenas no terceiro ano.

Outras duas variáveis que se relacionam aos cuidados alomaternos também foram analisadas: (1) “frequência com que alguém ajuda nos cuidados com a criança”; e (2) “percepção de apoio social recebido”⁵⁶. Com relação à primeira, só aos oito meses ($\chi^2(1) = 5,070, p = 0,024$) mães mais deprimidas “nunca” ou “raramente” podiam contar com a ajuda de alguém para cuidar de seus filhos(as) quando comparadas às demais que contavam “às

⁵⁶ Variável extraída da Escala de Apoio Social aplicada na gestação, aos três e 36 meses.

vezes”, “quase sempre” ou “sempre” com alguém que as ajudasse. Já quanto à segunda variável, notou-se que mães mais deprimidas relataram receber menos apoio social total na gestação e aos 36 meses ($F(1,90) = 9,32, p = 0,003$; $Média_{gestação} = 73,87$; $Média_{36m} = 72,04$) quando comparadas às demais ($F(1,90) = 20,36, p < 0,001$; $Média_{gestação} = 84,20$; $Média_{36m} = 85,20$). Por fim, considerou-se ainda uma variável relacionada a um tipo específico de cuidado alomaterno institucionalizado: a creche. Filhos(as) de mães dos dois grupos, em sua maioria, não frequentavam creche ou escolinha até seu primeiro ano de vida (4m: 98,8%; 8m: 94,4%; 12: 81,8%). A partir do primeiro ano, entretanto, notou-se um ingresso progressivo destas crianças nestes tipos de instituições (24m: 56,3%; 36m: 78,4%) (Figura 16).

Figura 16 – Aumento progressivo da entrada das crianças na creche/escolinha ao longo do tempo.

Em resumo, embora as diferenças significativas encontradas em função dos grupos tenham sido poucas (quando comparadas ao total de variáveis analisadas), elas foram qualitativamente relevantes ao revelarem efeitos específicos constatados aos oito meses. Neste período, as mães mais deprimidas julgaram: (1) passar menos tempo do que o suficiente com seus filhos(as); (2) ser mais difícil cuidar dos filhos(as); e (3) receber menos ajuda para cuidar de seus filhos(as). Além desses efeitos específicos e transversais notados aos oito meses, vale lembrar que (1) impaciência materna e (2) apoio social percebido mostraram ser variáveis extremamente importantes longitudinalmente, pois as mães mais deprimidas: (1) mostraram-se mais impacientes com seus filhos(as) durante todo o primeiro ano (quatro, oito e 12 meses); e (2) relataram receber quantitativamente menos apoio social na gestação e aos 36 meses e, qualitativamente, menos apoio fornecido por seus companheiros e mais apoio de outras pessoas de sua rede social apenas aos 36 meses. Na próxima página constam as tabelas

11 e 12 que listam as variáveis de interesse desta seção em função da intensidade da DPP. Importante lembrar que as variáveis das tabelas que carregam um asterisco (*) foram significativas em função dos grupos e que quando houve violação da condição do teste do Qui-quadrado (frequência esperada menor que cinco), recorreu-se ao teste exato de Fisher (DANCEY & REIDY, 2007, pg. 288).

Tabela 11 - Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Variáveis	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Cuidados maternos						
<i>Amamentação</i>						
Quanto tempo amamentou (meses)	1 – Menor intensidade de DPP	42	5,01	1,65	2	10
	2 – Maior intensidade de DPP	35	4,64	1,87	0	7
Cuidados alomaternos						
<i>Apoio Social</i>						
Apoio social na gestação * $F(1,90) = 9,32, p = 0,003$	1 – Menor intensidade de DPP	46	84,20	12,85	51	95
	2 – Maior intensidade de DPP	45	73,87	18,90	31	95
Apoio social aos 3m	1 – Menor intensidade de DPP	12	83,50	16,45	41	95
	2 – Maior intensidade de DPP	11	74,91	11,92	48	88
Apoio social aos 36m * $F(1,90) = 20,36, p < 0,001$	1 – Menor intensidade de DPP	46	85,20	12,11	35	95
	2 – Maior intensidade de DPP	45	72,04	15,51	35	95

Tabela 12 – Estatísticas descritivas das variáveis categóricas relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos (frequência e porcentagem).

Variáveis ⁵⁷	Grupo	N	% grupos	% total
Cuidados maternos e alomaternos				
<i>Criança frequente a creche aos 4 meses</i>				
Não	1 – Menor intensidade de DPP	42	50%	98,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	41	48,8%	
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	1	1,2%	1,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	0	0%	
<i>Criança frequente a creche aos 8 meses</i>				
Não	1 – Menor intensidade de DPP	41	45,5%	94,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	44	48,9%	
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	4	4,5%	5,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	1	1,1%	
<i>Criança frequente a creche aos 12 meses</i>				
Não	1 – Menor intensidade de DPP	24	36,4%	81,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	30	45,4%	
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	9	13,6%	18,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	3	4,6%	
<i>Criança frequente a creche aos 24 meses</i>				
Não	1 – Menor intensidade de DPP	11	17,2%	43,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	17	26,6%	
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	21	32,7%	56,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	15	23,5%	

⁵⁷ Continua na próxima página.

Variáveis ⁵⁸	Grupo	N	% grupos	% total
Criança frequenta a creche aos 36 meses				
Não	1 – Menor intensidade de DPP	10	11,4%	21,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	9	10,2%	
Sim	1 – Menor intensidade de DPP	35	39,8%	78,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	34	38,6%	
Principal cuidador aos 4 meses (além da mãe) ⁵⁹				
Mãe	1 – Menor intensidade de DPP	34	37,8%	76,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	35	38,9%	
Outros	1 – Menor intensidade de DPP	11	12,2%	23,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	10	11,1%	
Principal cuidador aos 8 meses (além da mãe)				
Mãe	1 – Menor intensidade de DPP	25	28,1%	58,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	30,3%	
Outros	1 – Menor intensidade de DPP	19	21,4%	41,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	20,2%	
Principal cuidador aos 12 meses (além da mãe)				
Mãe	1 – Menor intensidade de DPP	7	10,7%	16,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	4	6%	
Companheiro	1 – Menor intensidade de DPP	13	19,7%	33,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	9	13,6%	
Outros	1 – Menor intensidade de DPP	13	19,7%	50%
	2 – Maior intensidade de DPP	20	30,3%	
Principal cuidador aos 24 meses (além da mãe)				
Mãe	1 – Menor intensidade de DPP	10	15,6%	37,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	14	21,9%	
Outros	1 – Menor intensidade de DPP	22	34,4%	62,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	28,1%	
Principal cuidador aos 36 meses (além da mãe) * $\chi^2(1) = 6,826, p = 0,009$				
Companheiro	1 – Menor intensidade de DPP	35	39,8%	64,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	25%	
Outros	1 – Menor intensidade de DPP	10	11,3%	35,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	21	23,9%	
Avaliação do tempo dedicado à criança aos 4 meses				
Suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	35	41,7%	78,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	31	36,9%	
Menos que o suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	8	9,5%	21,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	10	11,9%	
Avaliação do tempo dedicado à criança aos 8 meses* $\chi^2(1) = 4,552, p = 0,033$				
Suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	37	40,6%	70,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	29,7%	
Menos que o suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	9	9,9%	29,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	19,8%	

⁵⁸ Continua na próxima página.

⁵⁹ Embora se tenha perguntado à mãe quem era o principal cuidador de sua criança com exceção dela, algumas mães insistiam em se autoatribuírem esse papel. Autoatribuição que foi diminuindo progressivamente até se extinguir aos 36 meses. Além desse ponto, é interessante notar com relação a essa variável que aos quatro, oito e 24 meses as mães não individualizaram o companheiro como principal cuidador descrevendo apenas que outras pessoas da rede tinham essa função. Fato que, interessantemente, se modificou aos 12 e 36 meses do pós-parto.

Variáveis ⁶⁰	Grupo	N	% grupos	% total
Avaliação do tempo dedicado à criança aos 12 meses				
Suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	22	33,3%	66,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	33,3%	
Menos que o suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	11	16,7%	33,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	16,7%	
Avaliação do tempo dedicado à criança aos 24 meses				
Suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	12	18,8%	46,9%
	2 – Maior intensidade de DPP	18	28,1%	
Menos que o suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	20	31,2%	53,1%
	2 – Maior intensidade de DPP	14	21,9%	
Avaliação do tempo dedicado à criança aos 36 meses				
Suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	21	23,8%	45,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	19	21,6%	
Menos que o suficiente	1 – Menor intensidade de DPP	24	27,3%	54,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	24	27,3%	
Avaliação do trabalho que a criança dá aos 4 meses				
Pouco	1 – Menor intensidade de DPP	26	31%	56%
	2 – Maior intensidade de DPP	21	25%	
Razoável ou muito	1 – Menor intensidade de DPP	17	20,2%	44%
	2 – Maior intensidade de DPP	20	23,8%	
Avaliação do trabalho que a criança dá aos 8 meses				
Pouco	1 – Menor intensidade de DPP	25	27,5%	46,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	17	16,7%	
Razoável ou muito	1 – Menor intensidade de DPP	21	23%	53,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	28	30,8%	
Avaliação do trabalho que a criança dá aos 12 meses				
Pouco	1 – Menor intensidade de DPP	13	20%	32,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	8	12,3%	
Razoável ou muito	1 – Menor intensidade de DPP	20	30,8%	67,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	24	36,9%	
Avaliação do trabalho que a criança dá aos 24 meses				
Pouco	1 – Menor intensidade de DPP	9	14%	31,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	17,2%	
Razoável ou muito	1 – Menor intensidade de DPP	23	35,9%	68,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	21	32,9%	
Avaliação do trabalho que a criança dá aos 36 meses				
Pouco	1 – Menor intensidade de DPP	14	15,9%	34,1%
	2 – Maior intensidade de DPP	16	18,2%	
Razoável ou muito	1 – Menor intensidade de DPP	31	35,2%	65,9%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	30,7%	
Avaliação do quão fácil é cuidar da criança aos 4 meses				
Fácil	1 – Menor intensidade de DPP	43	51,2%	97,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	39	46,4%	
Às vezes difícil ou muito difícil	1 – Menor intensidade de DPP	0	0%	2,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	2	2,4%	
Avaliação do quão fácil é cuidar da criança aos 8 meses * $\chi^2(1) = 4,967, p = 0,026$				
Fácil	1 – Menor intensidade de DPP	33	36,2%	60,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	24,2%	

⁶⁰ Continua na próxima página.

Variáveis ⁶¹	Grupo	N	% grupos	% total
Às vezes difícil ou muito difícil	1 – Menor intensidade de DPP	13	14,3%	39,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	23	25,3%	
Avaliação do quão fácil é cuidar da criança aos 12 meses				
Fácil	1 – Menor intensidade de DPP	15	22,7%	39,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	16,7%	
Às vezes difícil a muito difícil	1 – Menor intensidade de DPP	18	27,3%	60,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	33,3%	
Avaliação do quão fácil é cuidar da criança aos 24 meses				
Fácil	1 – Menor intensidade de DPP	16	25%	42,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	11	17,2%	
Às vezes difícil ou muito difícil	1 – Menor intensidade de DPP	16	25%	57,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	21	32,8%	
Avaliação do quão fácil é cuidar da criança aos 36 meses				
Fácil	1 – Menor intensidade de DPP	22	25%	50%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	25%	
Às vezes difícil ou muito difícil	1 – Menor intensidade de DPP	23	26,1%	50%
	2 – Maior intensidade de DPP	21	23,9%	
Avaliação do relacionamento com a criança aos 4 meses				
Pouco ou mais ou menos prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	12	14,7%	35,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	17	20,7%	
Prazeroso ou muito prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	31	37,8%	64,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	22	26,8%	
Avaliação do relacionamento com a criança aos 8 meses				
Pouco ou mais ou menos prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	0	0%	3,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	3	3,3%	
Prazeroso ou muito prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	46	50,5%	96,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	42	46,2%	
Avaliação do relacionamento com a criança aos 12 meses				
Pouco ou mais ou menos prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	1	1,5%	6%
	2 – Maior intensidade de DPP	3	4,5%	
Prazeroso ou muito prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	32	48,5%	94%
	2 – Maior intensidade de DPP	30	45,5%	
Avaliação do relacionamento com a criança aos 24 meses				
Pouco ou mais ou menos prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	0	0%	6,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	4	6,3%	
Prazeroso ou muito prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	32	50%	93,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	28	43,7%	
Avaliação do relacionamento com a criança aos 36 meses				
Pouco ou mais ou menos prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	0	0%	4,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	4	4,6%	
Prazeroso ou muito prazeroso	1 – Menor intensidade de DPP	45	51,1%	95,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	39	43,3%	
Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 4 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	3	3,6%	10,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	6	7,1%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	40	47,6%	89,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	35	41,7%	

⁶¹ Continua na próxima página.

Variáveis ⁶²	Grupo	N	% grupos	% total
Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 8 meses* $\chi^2(1) = 5,07, p = 0,024$				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	4	4,4%	17,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	12	13,2%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	42	46,2%	82,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	33	36,2%	
Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 12 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	3	4,5%	13,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	6	9,1%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	30	45,5%	86,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	40,9%	
Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 24 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	4	6,2%	20,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	9	14,1%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	28	43,8%	79,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	23	35,9%	
Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 36 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	2	2,2%	2,2%
	2 – Maior intensidade de DPP	0	0%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	43	48,9%	97,8%
	2 – Maior intensidade de DPP	43	48,9%	
Avaliação da frequência com que fica impaciente com a criança aos 4 meses * $\chi^2(1) = 5,246, p = 0,022$				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	35	41,7%	70,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	24	28,6%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	8	9,5%	29,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	17	20,2%	
Avaliação da frequência com que fica impaciente com a criança aos 8 meses* $\chi^2(1) = 11,978, p<0,001$				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	31	34,1%	49,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	14	15,4%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	15	16,5%	50,5%
	2 – Maior intensidade de DPP	31	34%	
Avaliação da frequência com que fica impaciente com a criança aos 12 meses* $\chi^2(1) = 6,818, p = 0,009$				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	16	24,2%	33,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	6	9,1%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	17	25,8%	66,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	27	40,9%	
Avaliação da frequência com que fica impaciente com a criança aos 24 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	7	10,9%	15,6%
	2 – Maior intensidade de DPP	3	4,7%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	25	39,1%	84,4%
	2 – Maior intensidade de DPP	29	45,3%	
Avaliação da frequência com que fica impaciente com a criança aos 36 meses				
Nunca ou raramente	1 – Menor intensidade de DPP	14	15,9%	22,7%
	2 – Maior intensidade de DPP	6	6,8%	
Às vezes, quase sempre ou sempre	1 – Menor intensidade de DPP	31	35,2%	77,3%
	2 – Maior intensidade de DPP	37	42,1%	

⁶² Conclusão.

5.2.5 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP: Resumo.

Como foram muitos os fatores ecossociais, maternos e infantis analisados, este subitem se destina a resumir apenas aqueles que foram significativos em função da intensidade da DPP (Tabela 13).

Tabela 13 – Resumo das variáveis ecossociais, maternas e infantis estatisticamente significativas em função dos grupos (*Legenda: -DPP: Menor intensidade de DPP; e +DPP: Maior intensidade de DPP*).

I. Variável sociodemográfica
1. Tem religião (+DPP < -DPP)
II. Variáveis relacionadas ao histórico familiar
2. Qualidade do ambiente familiar na infância (+DPP < -DPP)
3. Qualidade da relação com a mãe na infância na adolescência (+DPP < -DPP)
4. Qualidade da vida conjugal aos 4 meses e aos 8 meses (+DPP < -DPP)
III. Variáveis relacionadas à gravidez, histórico reprodutivo e psiquiátrico
5. Gravidez desejada (+DPP < -DPP)
6. Idade da primeira menstruação (menarca) (+DPP < -DPP)
7. Número de homens com quem já teve filhos (+DPP > -DPP)
8. Histórico prévio de depressão ao relacionada à gravidez (+DPP > -DPP)
IV. Variáveis relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos
9. Avaliação do tempo dedicado à criança aos 8 meses (+DPP < -DPP)
10. Avaliação do quão difícil é cuidar da criança aos 8 meses (+DPP > -DPP)
11. Avaliação da frequência de ajuda nos cuidados com a criança aos 8 meses (+DPP < -DPP)
12. Avaliação da frequência de impaciência com a criança aos 4, 8 e 12 meses (+DPP > -DPP)
13. Apoio social na gestação e aos 36 meses (+DPP < -DPP)
14. Companheiro como principal cuidador aos 36 meses (+DPP < -DPP)

5.3 Caracterização da amostra quanto aos modelos culturais de *self*.

A terceira parte desta seção se destina a responder ao segundo objetivo específico deste trabalho que visava caracterizar o modelo cultural de *self* (autônomo, autônomo-relacional ou interdependente) predominantemente empregado pelas mães da nossa amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.

Primeiramente, como este estudo buscou investigar variações internas existentes em um único contexto, o mesmo não tinha como fazer uma classificação *a priori* de nossas mães quanto aos modelos culturais de *self*, equivalente àquela que costuma ser feita pela maioria da literatura que investiga contextos culturais extremamente díspares (ex. KELLER et al., 2006: Alemanha, Estados Unidos, Grécia: países considerados autônomos; Camarões (*Nso*) e Índia (*Gujarati*): países considerados interdependentes; México e Costa Rica: países considerados autônomo-relacionais). Sendo assim, ao invés de classificar nossas mães *a priori* como autônomo-relacionais baseando-se em algumas evidências da literatura, optou-se por testar esta classificação.

Para isso, a variável “modelos culturais” foi construída indiretamente a partir das quatro escalas utilizadas no presente estudo: (1) “Escala de Metas de Socialização” (EMS); (2) “Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP)”; (3) “Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR)”; e (4) “Escala de Atividades Realizadas (EAR)”. Estas escalas foram usadas para construir a variável “modelos culturais”, pois todas são subdivididas em função das dimensões de autonomia e interdependência que governam os modelos culturais de *self*. Corroborando este raciocínio teórico, na prática, foram encontradas correlações significativas entre três destas quatro escalas. A ausência de correlação entre a “Escala de Metas de Socialização” e as demais, provavelmente, se deve ao fato do conteúdo desta não estar direta (“Escala de Atividades Realizadas”) nem indiretamente (“Escala de Crenças sobre Práticas” e “Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas”) atrelado às práticas de criação dos filhos, assunto que rege as demais escalas (Tabela 14).

Tabela 14 – Tabela de Correlações de Pearson referente às escalas de MS, CP, IAAR e AR.

Escalas	Metas de Socialização (MS)	Crenças sobre Práticas de Cuidado (CP)	Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR)	Atividades Realizadas (AR)
Metas de Socialização (MS)	1	r = 0,102 p = 0,334	r = 0,090 p = 0,400	r = 0,036 p = 0,738
Crenças sobre Práticas de Cuidado (CP)		1	r = 0,356** p = 0,001	r = 0,287** p = 0,006
Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR)			1	r = 0,486** p < 0,001
Atividades Realizadas (AR)				1

Conforme já mencionado, cada uma destas escalas se subdivide em função das dimensões de autonomia e interdependência possuindo, portanto, uma subescala de

autonomia e outra subescala de *interdependência*. Para se trabalhar com os escores totais de cada uma destas escalas, fez-se uma subtração dos escores médios das *Subescalas de Autonomia* com os escores médios das *Subescalas de Interdependência* de todas elas. E, por fim, para se obter um escore médio total (referente às quatro escalas) que dissesse respeito à variável “modelos culturais”, fez-se uma média da somatória das diferenças entre os escores médios das *Subescalas de Autonomia* e das *Subescalas de Interdependência* de todas as escalas (Figura 17).

$$\frac{(Subescala\ MS\ Autônomas - Subescala\ MS\ Interdependentes) + (Subescala\ CP\ Autônomas - Subescala\ CP\ Interdependentes) + (Subescala\ IAAR\ Autônomas - Subescala\ IAAR\ Interdependentes) + (Subescala\ AR\ Autônomas - Subescala\ AR\ Interdependentes)}{4}$$

Figura 17 – Fórmula utilizada para cálculo da variável “modelos culturais” feita a partir das Escalas de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP), de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR) e de Atividades Realizadas (EAR).

Como estávamos lidando com escores médios referentes a escalas *likert* de cinco pontos, as mesmas poderiam variar entre -4 (menor valor = 1-5) e +4 (maior valor = 5-1). Considerando que estes dois pontos extremos (-4 e +4) formavam uma linha, imaginou-se que esta poderia ligar o suposto extremo da interdependência (-4) ao suposto extremo da autonomia (+4) que pretendíamos investigar. Como existem três modelos culturais prototípicos possíveis, dividimos esta linha imaginária em três trechos equivalentes, de modo que o primeiro trecho (escores entre -4 e -1,33) representasse o modelo cultural interdependente, o segundo (escores entre -1,32 e +1,33), o modelo cultural autônomo-relacional, e o terceiro (escores entre +1,34 e +4), o modelo cultural autônomo (Figura 18: próxima página). A ideia de se utilizar esta linha contínua composta pelos escores obtidos a partir da fórmula exposta na Figura 17 advém da própria teoria que julga os extremos de *autonomia* e *interdependência* como polos de um mesmo contínuo.

Figura 18 – Linha ilustrativa produzida a partir do cálculo de três trechos equivalentes referentes aos modelos culturais prototípicos de interdependência, autonomia-relação e autonomia.

A partir da construção da variável “modelos culturais” (aplicação da fórmula exposta na figura 17 à linha da figura 18), pôde-se obter qual a tendência central das nossas mães quanto ao emprego dos modelos culturais propriamente ditos. A tabela 15 e o histograma da figura 19 (próxima página) apontam que as mães da nossa amostra foram consideradas autônomo-relacionais, com exceção de uma única mãe que foi classificada como autônoma ($M = 0,30$; $DP = 0,45$; $Mín = -0,65$; $Máx = +1,5$).

Tabela 15 – Frequência relativa referente aos tipos de modelos culturais empregados.

Tipo de Modelo Cultural	N	Porcentagem
Modelo Autônomo	1	1,1%
Modelo Autônomo-Relacional	90	98,9%
Modelo Interdependente	0	0%

Figura 19 – Histograma da distribuição da amostra quanto ao emprego dos modelos culturais ($Z(90) = 0,073$, $p = 0,200$).

Como a variável “modelos culturais” foi construída a partir das escalas de MS⁶³, CP⁶⁴, IAAR⁶⁵ e AR⁶⁶ realizou-se uma Regressão Linear Múltipla apenas para se investigar a importância relativa dessas escalas (VIs) na diferenciação da variável “modelos culturais” (VD). Tal análise apontou que a escala de CP ($\beta = 0,550$) foi considerada o preditor mais relevante, seguida em ordem de importância pelas escalas de MS ($\beta = 0,389$), de AR ($\beta = 0,314$), e de IAAR ($\beta = 0,278$). Tal resultado nos mostra que as escalas que foram originalmente criadas para mensurar as dimensões de autonomia e interdependência (EMS e ECP: KELLER et al., 2006) tiveram maior importância na explicação da variância de nossa variável critério (VD) que as demais (EIAAR e EAR) que não foram construídas *a priori* para detectar tais dimensões mas que, na prática, também as mensuravam através dos fatores *cuidados primários e estimulação*⁶⁷ (ver MARTINS et al., 2010).

⁶³ Escala de Metas de Socialização.

⁶⁴ Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado.

⁶⁵ Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas.

⁶⁶ Escala de Atividades Realizadas.

⁶⁷ Os fatores cuidados primários e estimulação foram formados a partir dos cinco fatores originais das escalas de IAAR e AR relacionados aos cinco sistemas de cuidados parentais universais (cuidados primários, contato corporal, estimulação corporal, estimulação *via* objeto e interação face-a-face) (ver MARTINS et al., 2010).

Por fim, para verificar se alguma diferença seria encontrada entre os modelos culturais de *self* em função dos grupos (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*), fez-se uma Análise de Variância Univariada (ANOVA) utilizando como fator a variável “intensidade da DPP” e como variável dependente o “escore de modelos culturais”. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos quanto aos modelos culturais de *self* ($F(1,90) = 0,062, p = 0,804$). Ou seja, mães de ambos os grupos não diferiram quanto ao emprego dos modelos culturais analisados (Tabela 16).

Tabela 16 – Estatísticas descritivas da variável numérica relacionada ao “escore de modelos culturais” (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Variável	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Modelos Culturais						
Escore de modelos culturais	1 – Menor intensidade de DPP	46	0,31	0,436	-0,65	+1,15
	2 – Maior intensidade de DPP	45	0,29	0,468	-0,50	+1,50

5.4 Caracterização da amostra quanto às etnoteorias maternas.

A quarta parte desta seção se destina a responder ao terceiro objetivo específico deste trabalho que visava caracterizar as etnoteorias maternas (metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado) empregadas nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.

Neste trabalho, as etnoteorias maternas (metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado) foram mensuradas através de três escalas: (1) “Escala de Metas de Socialização (EMS)”;

(2) “Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP)”;

e (3) Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR)”. Além de se analisar os “escores médios totais” (subtração dos escores médios das *Subescalas de Autonomia* com os escores médios das *Subescalas de Interdependência*) e os “escores médios referentes a cada um dos itens” destas escalas (EMS, ECP e EIAAR), analisaram-se também os “escores médios referentes às *Subescalas de Autonomia e Interdependência*” separadamente. Além disso, como estamos lidando com três das quatro escalas utilizadas para criar a variável “modelos culturais” descrita anteriormente (item 5.3), utilizamos a mesma linha ilustrativa da Figura 18 (pg. 116) para classificar nossas mães em autônomas, autônomo-relacionais e/ou

interdependentes quanto às suas metas de socialização (EMS: Figura 20) e crenças sobre práticas de cuidado (ECP: Figura 21; EIAAR: Figura 22: próximas páginas).

Segundo o histograma da Figura 20 (abaixo), nossas mães foram, predominantemente, autônomo-relacionais quanto ao emprego de suas metas de socialização ($M = -0,313$; $DP = 0,694$; $Mín = -2,4$; $Máx = +1,4$). Mais especificamente, das 90 mães que responderam a esta escala, 83 foram consideradas autônomo-relacionais (-1,32 a +1,33), uma autônoma (+1,34 a +4) e seis interdependentes (-4 a -1,33).

Figura 20 – Histograma da distribuição da amostra quanto às metas de socialização maternas exibidas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,109$, $p = 0,010$).

Já conforme histograma da Figura 21 (próxima página), nossas mães também foram consideradas, predominantemente, autônomo-relacionais quanto ao emprego de suas crenças sobre práticas de cuidado mensuradas pela escala de CP⁶⁸ ($M = 0,320$; $DP = 0,980$; $Mín = -2,6$; $Máx = +2,4$). De maneira mais pormenorizada, das 90 mães que preencheram esta entrevista, 70 foram consideradas autônomo-relacionais (-1,32 a +1,33), 16 autônomas (+1,34 a +4) e quatro interdependentes (-4 a -1,33).

⁶⁸ Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado.

Figura 21 – Histograma da distribuição da amostra quanto às crenças sobre práticas de cuidado maternas exibidas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,079$, $p = 0,200$).

Finalmente, o histograma da Figura 22 (próxima página) aponta nossas mães também como autônomo-relacionais quanto ao emprego de suas crenças sobre práticas de cuidado mensuradas agora pela escala de IAAR⁶⁹ ($M = 0,771$; $DP = 0,495$; Mín = -0,2; Máx = +2,5). Pormenorizadamente, das 90 respondentes, 83 foram tidas como autônomo-relacionais (-1,32 a +1,33), sete como autônomas (+1,34 a +4) e nenhuma como interdependente (-4 a -1,33).

⁶⁹ Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas.

Figura 22 – Histograma da distribuição da amostra quanto à importância atribuída às atividades realizadas pelas mães em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,110$, $p = 0,009$).

Baseando-se nas distribuições de frequências e porcentagens acima, apesar de nossas mães terem sido consideradas majoritariamente autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias, algumas nuances podem ser observadas em função dos instrumentos utilizados (EMS⁷⁰, ECP⁷¹ e EIAAR⁷²) (Figuras 23 e 24: próxima página). Enquanto a Figura 23 demonstra que a escala de CP teve maior desvio padrão (DP = 0,969; Mín = -2,6; Máx = +2,4) que as escalas de MS (DP = 0,695; Mín = -2,4; Máx = +1,4) e de IAAR (DP = 0,462; Mín = -0,2; Máx = +2,3), a Figura 24 comprova que o maior desvio padrão da ECP lhe rendeu maior heterogeneidade quanto à classificação das mães em função dos modelos culturais de *self*. Ou seja, enquanto as escalas de MS e de IAAR mostraram-se praticamente homogêneas quanto ao emprego dos modelos culturais ao classificarem quase todas as mães como autônomo-relacionais (92,2%), a ECP mostrou-se mais heterogênea ao ter encontrado além dos 77,8% de mães autônomo-relacionais, 1/5 de mães autônomas (17,8%) e 4,4% de mães interdependentes.

⁷⁰ Escala de Metas de Socialização.

⁷¹ Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado.

⁷² Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas.

Figura 23 – Diagramas de caixa e bigodes representando a variação dos escores médios das escalas de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP) e de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR) em função dos modelos culturais.

Figura 24 – Frequência relativa de mães autônomas, autônomo-relacionais e interdependentes ao longo dos instrumentos de Metas de Socialização (EMS), de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP) e de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (EIAAR).

Além de classificar nossas mães em função dos modelos culturais, ainda estávamos interessados em investigar variações internas prescritas pelas dimensões de *Autonomia* e *Interdependência* de todas as escalas responsáveis por mensurar as etnoteorias maternas. Para tal, fizemos diagramas de caixa e bigodes (Figura 25: próxima página) e testes t pareados que nos possibilitaram visualizar como os escores médios das *Subescalas de Autonomia* e *Interdependência* das escalas de MS, CP e IAAR variaram.

Figura 25 – Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação interna dos escores médios das *Subescalas de Autonomia* (diagramas azuis) e *Interdependência* (diagramas verdes) das escalas que mensuraram as etnoteorias maternas (EMS, ECP e EIAAR).

Com relação à variação dos escores médios dentro de cada uma das escalas supracitadas (considerando as *Subescalas de Autonomia e Interdependência* separadamente), podemos dizer que: (1) enquanto as escalas de CP e de IAAR apresentaram escores significativamente maiores em suas *Subescalas de Autonomia* (diagramas azuis) (testes t pareados entre as *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da ECP: $t(88) = 2,931$; $p = 0,004$; e da EIAAR: $t(88) = 15,341$; $p < 0,001$), a EMS apresentou escores significativamente maiores em sua *Subescala de Interdependência* (diagrama verde) (teste t pareado entre as *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da EMS: $t(88) = -4,326$; $p < 0,001$); e (2) embora as escalas de CP e de IAAR tenham pontuado mais nas *Subescalas de Autonomia*, os escores médios da *Subescala de Autonomia da EIAAR* foram significativamente maiores que os da *Subescala de Autonomia da CP* (testes t pareado entre as subescalas de autonomia da EIAAR e da ECP: $t(88) = 9,759$; $p < 0,001$) (Figura 25). Dito isto, embora tenham sido classificadas em sua maioria como autônomo-relacionais (Figuras 23 e 24), notamos, através dos diagramas de caixa e bigodes da Figura 25 e dos testes t pareados, que nossas mães apresentaram variações quanto às dimensões de *Autonomia e Interdependência* ao mostrarem-se mais interdependentes em suas metas de socialização (EMS) e mais autônomas em suas crenças sobre práticas de cuidado (EIAAP e ECP).

Posteriormente, com a finalidade de investigar como as metas de socialização e as crenças sobre práticas de cuidado foram empregadas pelas mães mais e menos deprimidas em

função das *Subescalas de Cuidados Primários* (existente somente na EIAAR), *Autonomia e Interdependência* e em função dos itens propriamente ditos das escalas, diversas Análises de Variância Univariadas (ANOVAs) foram realizadas. Estas ANOVAs tinham por objetivo identificar quais das variáveis dependentes supracitadas (*Subescalas de Cuidados Primários*, *Autonomia e Interdependência*; e itens propriamente ditos das escalas de MS, CP e IAAR) se relacionavam isoladamente à intensidade da DPP. Após terem sido identificadas, essas VDs foram testadas em duas Análises de Variância Multivariadas (MANOVAs) para investigar se, quando testadas em conjunto, exerciam realmente efeito sobre a variável independente de interesse: intensidade da DPP⁷³.

A primeira MANOVA revelou um efeito global principal da intensidade da DPP (Lambda de Wilks = 0,924; $F(2,87) = 3,561$, $p = 0,003$, PO = 0,647) sobre as *Subescalas de Autonomia* ($F(1,88) = 5,847$, $p = 0,018$, PO = 0,667) e *Interdependência* ($F(1,88) = 4,927$, $p = 0,029$, PO = 0,593) apenas da EIAAR. Ou seja, enquanto mães de ambos os grupos valorizaram igualmente práticas de cuidados primários⁷⁴, apenas mães mais deprimidas relataram dar menor importância às suas práticas de cuidado tanto autônomas⁷⁵ (Média_{autonomia} = 4,25) quanto interdependentes⁷⁶ (Média_{interdependência} = 3,47) mensuradas apenas pela EIAAR, quando comparadas às demais (Média_{autonomia} = 4,49; Média_{interdependência} = 3,72).

Já a segunda MANOVA ajudou a identificar quais foram os itens das *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da EIAAR responsáveis pela diferença apontada na MANOVA anterior. Tal MANOVA encontrou um efeito global principal da intensidade da DPP (Lambda de Wilks = 0,840; $F(6,82) = 2,605$, $p = 0,023$, PO = 0,828) sobre os seguintes itens pertencentes às Subescalas de (1) *Autonomia* e (2) *Interdependência*: (1) “*ver livrinhos juntos*” ($F(1,87) = 4,399$, $p = 0,039$, PO = 0,545), “*responder a perguntas*” ($F(1,87) = 6,413$, $p = 0,013$, PO = 0,707) e “*ficar frente a frente, olho no olho*” ($F(1,87) = 4,808$, $p = 0,031$, PO = 0,583); e (2) “*abraçar e beijar*” ($F(1,87) = 5,793$, $p = 0,018$, PO = 0,663), “*tentar evitar que se acidente*” ($F(1,87) = 6,503$, $p = 0,013$, PO = 0,713) e “*fazer massagem*” ($F(1,87) = 6,837$, $p = 0,011$, PO = 0,734).

⁷³ Essa técnica foi executada, pois permite evitar efeitos adversos oriundos de multicolinearidade.

⁷⁴ Práticas de cuidados primários se referem aos seguintes itens da EIAAR: “*socorrer quando está chorando*”; “*alimentar*”; “*manter limpa*”; “*cuidar para que durma e descanse*”; “*não deixar que passe frio ou calor*”.

⁷⁵ Práticas de cuidados autônomas se referem aos seguintes itens da EIAAR: “*dar brinquedos*”; “*jogar jogos*”; “*pendurar brinquedos no berço*”; “*ver livrinhos juntos*”; “*mostrar coisas interessantes*”; “*conversar*”; “*explicar coisas*”; “*ouvir o que tem a dizer*”; “*responder a perguntas*”; “*ficar frente a frente, olho no olho*”.

⁷⁶ Práticas de cuidados interdependentes se referem aos seguintes itens da EIAAR: “*carregar no colo*”; “*ter sempre por perto*”; “*abraçar e beijar*”; “*dormir junto na rede ou cama*”; “*não deixar que se machuque*”; “*fazer cócegas*”; “*fazer massagem*”; “*deixar livre para correr, nadar, trepar*”; “*brincadeiras de lutar, de se embolar*”; “*fazer atividades físicas*”.

Uma análise discriminante foi posteriormente realizada para analisar qual a importância relativa de cada um dos itens das *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da EIAAR que foram significativos na separação dos grupos (1 – *Menor intensidade da DPP*; 2 – *Maior intensidade da DPP*). Esta revelou que "*fazer massagem*" foi a variável preditora mais relevante seguida, em ordem de importância, por "*tentar evitar que se acidente*", "*responder a perguntas*", "*abraçar e beijar*", "*ficar frente a frente, olho no olho*" e "*ver livrinhos juntos*" (Tabela 17).

Tabela 17 – Tabela da Matriz de Estrutura que apresenta as variáveis ordenadas por tamanho absoluto de correlação dentro da função discriminante.

Matriz de Estrutura	
Variáveis	Função
Fazer massagem	0,642
Tentar evitar que se acidente	0,626
Responder a perguntas	0,622
Abraçar e beijar	0,591
Ficar frente a frente, olho no olho	0,538
Ver livrinhos juntos	0,515

Tais resultados sugerem, portanto, que mães da nossa amostra não se diferenciaram em função da intensidade da DPP quanto às suas metas de socialização nem quanto às suas crenças sobre práticas de cuidado mensuradas pela ECP⁷⁷, somente o fazendo em relação às suas crenças sobre práticas de cuidado mensuradas pela EIAAR⁷⁸. Mais especificamente, apenas mães mais deprimidas relataram valorizar menos práticas de cuidado tanto interdependentes ("*fazer massagem*", "*tentar evitar que se acidente*" e "*abraçar e beijar*") quanto autônomas ("*responder a perguntas*", "*ficar frente a frente, olho no olho*" e "*ver livrinhos juntos*").

Caso o leitor fique interessado em verificar as estatísticas descritivas relacionadas às etnoteorias maternas em função da intensidade da DPP, conferir Tabela 18 (próxima página). Importante lembrar que o asterisco (*) indica um resultado significativo em função dos grupos (1 – *Menor intensidade da DPP*; 2 – *Maior intensidade da DPP*).

⁷⁷ Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado.

⁷⁸ Escala de Importância Atribuída às Práticas Realizadas.

Tabela 18 - Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas às etnoteorias maternas (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo).

Variáveis ⁷⁹	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Itens da Escala de Metas de Socialização (EMS)						
Metas de socialização interdependentes						
Aprender a controlar emoções	1 – Menor intensidade de DPP	44	2,50	1,285	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,80	1,358	1	5
Aprender a obedecer seus pais	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,70	0,668	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,71	0,727	2	5
Aprender a obedecer pessoas mais velhas	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,59	0,757	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,62	0,716	2	5
Aprender a cuidar do bem-estar dos outros	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,29	1,342	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,27	1,421	1	5
Aprender a animar os outros	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,29	1,359	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,51	1,308	1	5
Metas de socialização autônomas						
Desenvolver independência	1 – Menor intensidade de DPP	44	3,36	1,163	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,11	1,465	1	5
Desenvolver autoconfiança	1 – Menor intensidade de DPP	44	3,70	1,091	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,76	1,171	1	5
Desenvolver um senso de autoestima	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,87	1,120	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,76	1,424	1	5
Desenvolver competitividade	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,20	1,424	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,73	1,372	1	5
Desenvolver um senso de identidade	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,80	1,140	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,07	1,053	1	5
Itens da Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado (ECP)						
Crenças sobre práticas de cuidado interdependentes						
Importante ninar um bebê que chora	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,40	1,421	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,44	1,271	1	5
Ginástica faz um bebê forte	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,42	1,500	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,69	1,164	1	5
Se um bebê estiver enjoado deve ser pego no colo logo	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,13	1,502	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,13	1,471	1	5
Quando um bebê chora deve-se dar logo o peito	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,36	1,417	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,31	1,184	1	5
Bebê deve sempre estar próximo à mãe para que ela possa reagir a seus sinais	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,62	1,302	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,98	1,138	1	5
Crenças sobre práticas de cuidado autônomas						
Dormir a noite toda deve ser treinado desde cedo	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,80	1,236	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,62	1,497	1	5
Não é necessário atender logo um bebê que chora	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,76	1,681	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,11	1,481	1	5
Nunca é cedo demais dirigir atenção do bebê para objetos	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,93	1,232	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,80	1,160	1	5
É bom para o bebê dormir sozinho	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,02	1,158	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,78	1,550	1	5
Deve-se deixar o bebê chorar um pouco como autoconsolo	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,36	1,300	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,71	1,079	1	5

⁷⁹ Continua na próxima página.

Variáveis ⁸⁰	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Itens da Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas (IAAR) *						
<i>Lambda de Wilks = 0,924; F(2,87) = 3,561, p = 0,003, PO = 0,647</i>						
Cuidados primários						
Socorrer quando chora	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,09	0,925	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,96	0,952	1	5
Alimentar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,93	0,252	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,91	0,288	4	5
Manter limpa	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,89	0,318	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,82	0,387	4	5
Cuidar para que durma e descanse	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,84	0,367	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,67	0,477	4	5
Não deixar que passe frio ou calor	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,89	0,318	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,69	0,514	3	5
Cuidados interdependentes * <i>F(1,88) = 4,927, p = 0,029, PO = 0,593</i>						
Carregar no colo	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,13	1,140	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,84	1,065	1	5
Ter sempre por perto	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,51	0,695	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,51	0,626	3	5
Abraçar e beijar *	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,91	0,288	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,67	0,603	3	5
<i>F(1,87) = 5,793, p = 0,018, PO = 0,663</i>						
Dormir junto na cama/rede	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,44	1,289	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,73	1,498	1	5
Tentar evitar que se acidente	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,29	0,869	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,80	1,160	1	5
<i>* F(1,87) = 6,503, p = 0,013, PO = 0,713</i>						
Fazer cócegas	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,24	1,401	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	2,80	1,254	1	5
Fazer massagem*	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,02	0,976	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,40	1,250	1	5
<i>F(1,87) = 6,837, p = 0,011, PO = 0,734</i>						
Deixar livre pra correr, nadar, trepar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,47	0,815	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,13	0,991	1	5
Brincadeiras de luta (corporais)	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,04	1,331	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	1,96	1,205	1	5
Fazer atividades físicas	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,20	0,815	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,89	1,049	1	5
Cuidados autônomos * <i>F(1,88) = 5,847, p = 0,018, PO = 0,667</i>						
Dar brinquedos	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,22	0,735	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,38	0,716	2	5
Jogar jogos	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,89	1,153	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,47	1,198	1	5
Pendurar brinquedos no berço	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,58	1,340	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,04	1,331	1	5
Ver livrinhos juntos *	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,53	0,588	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,18	1,007	1	5
<i>F(1,87) = 4,399, p = 0,039, PO = 0,545</i>						
Mostrar coisas interessantes	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,56	0,503	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,42	0,723	2	5

⁸⁰ Continua na próxima página.

Variáveis ⁸¹	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Conversar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,87	0,344	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,71	0,727	1	5
Explicar coisas	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,82	0,387	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,69	0,514	3	5
Ouvir o que tem a dizer	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,78	0,420	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,60	0,580	3	5
Responder a perguntas *	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,80	0,405	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,51	0,626	3	5
Ficar frente a frente, olho no olho * $F(1,87) = 4,808, p = 0,031, PO = 0,583$	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,82	0,387	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,47	0,991	1	5

Nota: As médias dos itens das escalas refletem os cinco pontos possíveis referentes à escala likert: 1 = não concordo/nada importante; 2 = concordo um pouco/pouco importante; 3 = concordo mais ou menos/mais ou menos importante; 4 = concordo/importante; e 5 = concordo totalmente/muito importante.

5.5 Caracterização da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.

A quinta parte desta seção se destina a responder ao quarto objetivo específico deste trabalho que visava caracterizar quais práticas de cuidado foram empregadas pelas mães da nossa amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP.

Para iniciar este item é importante lembrar que as práticas de cuidado maternas foram mensuradas através da “Escala de Atividades Realizadas (EAR)” que verificava qual a frequência com que certas práticas de cuidado maternas foram efetivamente realizadas durante o primeiro ano de vida infantil. Assim como no item anterior, além de se analisar os “escores médios totais” (subtração dos escores médios da *Subescala de Autonomia* com os escores médios da *Subescala de Interdependência*) e os “escores médios referentes a cada um dos itens” desta escala, analisaram-se também os “escores médios referentes às *Subescalas de Autonomia* e *Interdependência* da mesma. Além disso, para classificar nossas mães em autônomas, autônomo-relacionais e/ou interdependentes quanto às suas práticas de cuidado, utilizamos novamente a linha ilustrativa da Figura 18 (pg. 116).

⁸¹ Conclusão.

Segundo o histograma da figura 26 abaixo, nossas mães foram, predominantemente, autônomo-relacionais quanto ao emprego de suas práticas de cuidado ($M = 0,458$; $DP = 0,559$; $Mín = -0,9$; $Máx = +1,8$). Mais especificamente, das 91 mães que responderam a esta escala, 87 foram consideradas autônomo-relacionais (-1,32 a +1,33), quatro autônomas (+1,34 a +4) e nenhuma interdependente (-4 a -1,33). Assim, pode-se dizer que nossas mães foram autônomo-relacionais quanto às suas práticas de cuidado, com exceção de 4,4% ($N=4$) delas que foram consideradas autônomas (Figura 27).

Figura 26 – Histograma da distribuição da amostra quanto ao emprego das práticas de cuidado maternas em função dos modelos culturais ($Z(90) = 0,70$, $p = 0,200$).

Figura 27 – Frequência relativa de mães autônomas, autônomo-relacionais e interdependentes ao longo da Escala de Atividades Realizadas (EAR).

Além de classificar nossas mães em função dos modelos culturais, ainda estávamos interessados em investigar variações internas prescritas pelas dimensões de *Autonomia e Interdependência* ao longo da EAR. Para tal, fizemos diagramas de caixa e bigodes (Figura 28) e um teste t pareado que nos possibilitaram visualizar como os escores médios das *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da EAR variaram.

Figura 28 – Diagramas de caixa e bigodes referentes à variação interna dos escores médios das *Subescalas de Autonomia* (diagrama azul) e *Interdependência* (diagrama verde) da Escala de Atividades Realizadas (EAR).

Com relação à variação dos escores médios dentro da EAR (considerando as *Subescalas de Autonomia e Interdependência* separadamente), podemos dizer que esta escala apresentou escores significativamente maiores em sua *Subescala de Autonomia* (diagrama azul: média = 4,38) quando comparados aos escores de sua *Subescala de Interdependência* (diagrama verde: média = 3,92) (teste t pareado entre as *Subescalas de Autonomia e Interdependência* da EAR: $t(89) = 7,765$; $p < 0,001$) (Figura 28). Dito isto, embora tenham sido classificadas em sua maioria como autônomo-relacionais (Figuras 26 e 27), notamos, através dos diagramas de caixa e bigodes da Figura 28 e do teste t pareado supracitado, que nossas mães apresentaram variações quanto às dimensões de *Autonomia e Interdependência* ao mostrarem-se mais autônomas em suas práticas de cuidado realizadas durante o primeiro ano de vida infantil.

Posteriormente, com a finalidade de investigar como as práticas de cuidado maternas foram empregadas pelas mães mais e menos deprimidas em função das *Subescalas de Cuidados Primários, Autonomia e Interdependência* e em função dos itens propriamente ditos da EAR, diversas Análises de Variância Univariadas (ANOVAs) foram realizadas. Estas ANOVAs tinham por objetivo identificar quais das variáveis dependentes (VDs) supracitadas (*Subescalas de Cuidados Primários, Autonomia e Interdependência*; e itens propriamente ditos da EAR) se relacionavam isoladamente à intensidade da DPP. Após terem sido identificadas, essas VDs foram testadas em duas Análises de Variância Multivariadas (MANOVAs) para investigar se, quando testadas em conjunto, exerciam realmente efeito sobre a variável independente de interesse: intensidade da DPP⁸².

A primeira MANOVA revelou um efeito global principal da intensidade da DPP (Lambda de Wilks = 0,854; $F(3,86) = 3,561$, $p = 0,003$, PO = 0,898) sobre somente a *Subescala de Autonomia* da EAR ($F(1,88) = 14,182$, $p < 0,001$, PO = 0,961). Ou seja, enquanto mães de ambos os grupos relataram realizar igualmente práticas de cuidados primários⁸³ (Média_{maisDPP} = 4,75; Média_{menosDPP} = 4,83) e interdependentes⁸⁴ (Média_{maisDPP} = 3,84; Média_{menosDPP} = 4,00), apenas mães mais deprimidas relataram realizar com menor frequência práticas de cuidado autônomas⁸⁵ (Média_{autonomia} = 4,19) quando comparadas às demais (Média_{autonomia} = 4,56).

Já a segunda MANOVA ajudou a identificar quais foram os itens da *Subescala de Autonomia* da EAR responsáveis pela diferença apontada na MANOVA anterior. Tal MANOVA encontrou um efeito global principal da intensidade da DPP (Lambda de Wilks = 0,794; $F(5,83) = 4,308$, $p = 0,002$, PO = 0,954) sobre os seguintes itens pertencentes à *Subescala de Autonomia* da EAR: (1) “jogar jogos” ($F(1,87) = 5,870$, $p = 0,017$, PO = 0,669); (2) “pendurar brinquedos no berço” ($F(1,87) = 6,099$, $p = 0,015$, PO = 0,685); (3) “ver livrinhos juntos” ($F(1,87) = 9,231$, $p = 0,003$, PO = 0,852); (4) “mostrar coisas interessantes” ($F(1,87) = 4,216$, $p = 0,043$, PO = 0,528); e (5) “responder a perguntas” ($F(1,87) = 10,778$, $p = 0,001$, PO = 0,901).

⁸² Essa técnica foi executada, pois permite evitar efeitos adversos oriundos de multicolinearidade.

⁸³ Práticas de cuidados primários se referem aos seguintes itens da EAR: “socorrer quando está chorando”; “alimentar”; “manter limpa”; “cuidar para que durma e descanse”; “não deixar que passe frio ou calor”.

⁸⁴ Práticas de cuidados interdependentes se referem aos seguintes itens da EAR: “carregar no colo”; “ter sempre por perto”; “abraçar e beijar”; “dormir junto na rede ou cama”; “não deixar que se machuque”; “fazer cócegas”; “fazer massagem”; “deixar livre para correr, nadar, trepar”; “brincadeiras de lutar, de se embolar”; “fazer atividades físicas”.

⁸⁵ Práticas de cuidados autônomas se referem aos seguintes itens da EAR: “dar brinquedos”; “jogar jogos”; “pendurar brinquedos no berço”; “ver livrinhos juntos”; “mostrar coisas interessantes”; “conversar”; “explicar coisas”; “ouvir o que tem a dizer”; “responder a perguntas”; “ficar frente a frente, olho no olho”.

Uma análise discriminante foi posteriormente realizada para analisar qual a importância relativa de cada um dos itens da *Subescala de Autonomia* da EAR que foram significativos na separação dos grupos (1 – *Menor intensidade da DPP*; 2 – *Maior intensidade da DPP*). Esta revelou que "*responder a perguntas*" foi a variável preditora mais relevante seguida, em ordem de importância, por "*ver livrinhos juntos*", "*pendurar brinquedos no berço*", "*jogar jogos*" e "*mostrar coisas interessantes*" (Tabela 19).

Tabela 19 – Tabela da Matriz de Estrutura que apresenta as variáveis ordenadas por tamanho absoluto de correlação dentro da função discriminante.

Matriz de Estrutura	
Variáveis	Função
Responder a perguntas	0,691
Ver livrinhos juntos	0,639
Pendurar brinquedos no berço	0,520
Jogar jogos	0,510
Mostrar coisas interessantes	0,432

A natureza semelhante e a existência de uma correlação moderada entre as médias dos escores totais das escalas de IAAR⁸⁶ (item 5.4) e de AR⁸⁷ ($r = 0,487$, $p < 0,001$) sugeriu que valeria a pena comparar os resultados provenientes destas duas escalas. Ao compará-los, observamos que mães de ambos os grupos relataram valorizar e realizar igualmente práticas de cuidados primários, enquanto que apenas mães mais deprimidas: (1) relataram dar menor importância a práticas autônomas (EIAAR: "*ver livrinhos juntos*", "*responder a perguntas*" e "*ficar frente a frente, olho no olho*") e interdependentes (EIAAR: "*abraçar e beijar*", "*tentar evitar que se acidente*" e "*fazer massagem*"); e (2) realizar com menor frequência somente práticas autônomas (EAR: "*jogar jogos*", "*pendurar brinquedos no berço*", "*ver livrinhos juntos*", "*mostrar coisas interessantes*" e "*responder a perguntas*"). Tais resultados sugerem que: (1) a intensidade da DPP parece ter afetado parcialmente a cognição (menor valorização de práticas autônomas e interdependentes e valorização semelhante de práticas de cuidados primários) e o comportamento materno *per se* (menor realização de práticas autônomas e realização semelhante de práticas interdependentes e de cuidados primários); e (2) as práticas autônomas menos valorizadas (EIAAR) não foram efetivamente menos realizadas (EAR) pelas mães da nossa amostra (com exceção de "*ver livrinhos juntos*" e "*responder a perguntas*").

⁸⁶ Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas.

⁸⁷ Escala de Atividades Realizadas.

Por fim, realizou-se uma última MANOVA que teve a finalidade de esmiuçar variações internas extraídas a partir das respostas das participantes dadas às escalas de MS, CP, IAAR e AR. Para tal, a “intensidade da DPP” foi usada como fator e as “respostas extremas (pontuações 1 ou 5)” de todas as escalas foram usadas como variáveis dependentes. Nesta, encontrou-se um efeito global principal da intensidade da DPP (Lambda de Wilks = 0,853; $F(4,85) = 3,662$, $p = 0,008$, $PO = 0,862$) sobre as respostas extremas encontradas apenas na EAR ($F(1,88) = 8,934$, $p = 0,004$, $PO = 0,840$). Ou seja, apenas na EAR mães que pontuavam de maneira mais extrema (1 ou 5: nunca ou sempre realizou determinada prática de cuidado) pertenciam ao grupo de menor intensidade da DPP, enquanto que mães que pontuavam de maneira mais ponderada (2, 3 ou 4: raramente, às vezes ou quase sempre realizou determinada prática de cuidado) pertenciam ao grupo de maior intensidade da DPP.

Isto posto, caso o leitor fique interessado em verificar as estatísticas descritivas relacionadas às práticas de cuidado maternas em função da intensidade da DPP, conferir Tabela 20. Importante lembrar que o asterisco (*) indica um resultado significativo em função dos grupos (1 – Menor intensidade da DPP; 2 – Maior intensidade da DPP).

Tabela 20 - Estatísticas descritivas das variáveis métricas relacionadas à Escala de Atividades Realizadas (EAR) (tamanho da amostra, média, desvio padrão, valor mínimo e máximo).

Variáveis ⁸⁸	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Itens da Escala de Atividades Realizadas (AR) *						
<i>Lambda de Wilks = 0,854; $F(3,86) = 3,561$, $p = 0,003$, $PO = 0,898$</i>						
Cuidados primários						
Socorrer quando chora	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,40	0,915	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,09	0,996	2	5
Alimentar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,96	0,208	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,89	0,318	4	5
Manter limpa	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,96	0,208	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,96	0,208	4	5
Cuidar para que durma e descanse	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,87	0,405	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,87	0,405	3	5
Não deixar que passe frio ou calor	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,98	0,149	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,96	0,208	4	5
Cuidados interdependentes						
Carregar no colo	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,96	1,043	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,96	0,999	2	5
Ter sempre por perto	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,60	0,688	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,64	0,712	2	5
Abraçar e beijar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,98	0,149	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,87	0,457	3	5
Dormir junto na cama ou rede	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,49	1,547	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,00	1,314	1	5

⁸⁸ Continua na próxima página.

Variáveis ⁸⁹	Grupo	N	Média	DP	Mín	Máx
Tentar evitar que se acidente	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,33	0,826	2	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,02	0,965	2	5
Fazer cócegas	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,67	1,314	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,71	1,272	1	5
Fazer massagem	1 – Menor intensidade de DPP	45	3,58	1,151	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,16	1,065	1	5
Deixar livre pra correr, nadar, trepar	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,49	1,014	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,07	1,116	1	5
Brincadeiras de luta (corporais)	1 – Menor intensidade de DPP	45	2,31	1,474	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	1,87	1,140	1	5
Fazer atividades físicas	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,02	1,373	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,84	1,242	1	5
Cuidados autônomos * $F(1,88) = 14,182, p < 0,001, PO = 0,961$						
Dar brinquedos	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,80	0,548	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,64	0,712	2	5
Jogar jogos * $F(1,87) = 5,870, p = 0,017, PO = 0,669$	1 – Menor intensidade de DPP	44	3,84	1,346	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,13	1,408	1	5
Pendurar brinquedos no berço * $F(1,87) = 6,099, p = 0,015, PO = 0,685$	1 – Menor intensidade de DPP	44	3,89	1,528	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,07	1,601	1	5
Ver livrinhos juntos * $F(1,87) = 9,231, p = 0,003, PO = 0,852$	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,27	0,973	1	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	3,56	1,235	1	5
Mostrar coisas interessantes * $F(1,87) = 4,216, p = 0,043, PO = 0,528$	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,64	0,718	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,29	0,869	3	5
Conversar	1 – Menor intensidade de DPP	45	5,00	0,000	5	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,87	0,457	3	5
Explicar coisas	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,84	0,424	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,69	0,633	3	5
Ouvir o que tem a dizer	1 – Menor intensidade de DPP	45	4,82	0,442	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,53	0,894	1	5
Responder a perguntas * $F(1,87) = 10,778, p = 0,001, PO = 0,901$	1 – Menor intensidade de DPP	44	4,89	0,321	4	5
	2 – Maior intensidade de DPP	45	4,47	0,786	3	5
Ficar frente a frente, olho no olho	1 – Menor intensidade de DPP	53	4,89	0,438	3	5
	2 – Maior intensidade de DPP	58	4,67	0,853	1	5

Nota: As médias dos itens internos das escalas refletem os cinco pontos possíveis referentes à escala likert: 1 = não concordo/nada importante, 2 = concordo um pouco/pouco importante, 3 = mais ou menos, 4 = concordo/importante, 5 = concordo totalmente/muito importante.

⁸⁹ Conclusão.

5.6 Caracterização geral e específica da amostra quanto aos modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas de cuidado maternas: Resumo.

Como foram muitas as análises realizadas, este subitem se destina a resumir os principais resultados encontrados em função da caracterização geral (dimensões de autonomia e interdependência) e específica (intensidade da DPP) da nossa amostra quanto ao emprego dos modelos culturais de *self*, das etnoteorias e das práticas de cuidado maternas (Tabela 21).

Tabela 21 – Resumo da caracterização geral e específica (-DPP: *Menor intensidade de DPP*; e +DPP: *Maior intensidade de DPP*) da amostra quanto ao emprego dos modelos culturais de *self*, das etnoteorias e das práticas de cuidado maternas.

I. Caracterização geral em função das dimensões de autonomia e interdependência	
1. Modelos culturais de <i>self</i>:	mães foram consideradas basicamente autônomo-relacionais (98,9%)
2. Etnoteorias maternas:	
a) <i>Metas de socialização (EMS):</i>	embora 92,2% das mães tenham sido consideradas autônomo-relacionais quanto às suas metas de socialização, houve uma maior valorização das metas de socialização interdependentes quando comparadas às autônomas.
b) <i>Crenças sobre práticas de cuidado (ECP):</i>	embora 77,8% das mães tenham sido consideradas autônomo-relacionais quanto às suas crenças sobre práticas mensuradas pela ECP, houve uma maior valorização das práticas de cuidado autônomas quando comparadas às interdependentes.
c) <i>Crenças sobre práticas de cuidado (EIAAR):</i>	embora 92,2% das mães tenham sido consideradas autônomo-relacionais quanto às suas crenças sobre práticas mensuradas pela EIAAR, houve uma maior valorização das práticas de cuidado autônomas quando comparadas às interdependentes.
3. Práticas de cuidado maternas (EAR):	embora 95,6% das mães tenham sido consideradas autônomo-relacionais quanto às suas práticas de cuidado realizadas, houve uma maior realização das práticas de cuidado autônomas quando comparadas às interdependentes.
II. Caracterização específica em função da intensidade da DPP	
1. Modelos culturais de <i>self</i>:	+DPP = -DPP.
2. Etnoteorias maternas	
a) <i>Metas de socialização:</i>	+DPP = -DPP.
b) <i>Crenças sobre práticas de cuidado (ECP):</i>	+DPP = -DPP.
c) <i>Crenças sobre práticas de cuidado (EIAAR):</i>	+DPP < -DPP: mães mais deprimidas relataram valorizar menos as seguintes práticas de cuidado interdependentes (1) e autônomas (2): (1) "fazer massagem", "tentar evitar que se acidente" e "abraçar e beijar"; e (2) "responder a perguntas", "ficar frente a frente, olho no olho" e "ver livrinhos juntos".
3. Práticas de cuidado maternas (EAR):	+DPP < -DPP: (1) mães mais deprimidas relataram realizar menos as seguintes práticas de cuidados autônomas: "responder a perguntas", "ver livrinhos juntos", "pendurar brinquedos no berço", "jogar jogos", e "mostrar coisas interessantes"; além disso, (2) mães mais deprimidas responderam de maneira mais ponderada (pontuações 2, 3 ou 4) quando comparadas às menos deprimidas que responderam de maneira mais extrema (pontuações 1 ou 5).

5.7 Variáveis preditoras da intensidade da DPP

Baseando-se nas investigações anteriores, notamos que algumas variáveis ecossociais e maternas ligadas às etnoteorias, ao comportamento de cuidados *per se* (seja ele materno ou alomaterno) e ao histórico familiar, reprodutivo e psiquiátrico de nossas mães se diferenciaram significativamente em função dos grupos (1 – *Menor intensidade de DPP*; 2 – *Maior intensidade de DPP*). Apesar de termos encontrado resultados significantes relacionados a algumas dessas variáveis, se quiséssemos saber quais delas seriam capazes de prever a intensidade da DPP em nossa amostra deveríamos executar uma nova análise inferencial que possibilitasse tal predição. Com esta finalidade, uma análise multivariada conhecida como Árvore de Decisão foi realizada através do método CHAID (*Chi-square Automatic Interaction Detector*), utilizando a razão da verossimilhança indicada para pequenas amostras e critério de 25 casos para o nó inicial e 15 para os demais. Considerando a “intensidade da DPP” como variável dependente, as seguintes variáveis independentes foram incluídas no modelo em ordem decrescente: (1) “*Apoio social percebido na gestação e aos 36 meses*” ($\chi^2 = 17,666$; $p < 0,001$): primeira variável preditora; (2) “*Qualidade da relação com a mãe na infância*” ($\chi^2 = 10,791$; $p = 0,004$) e “*Frequência de impaciência com a criança aos 12 meses*”: variáveis que foram preditoras em segundo lugar; e (3) “*Realização de práticas de cuidado autônomas (estimulação face-a-face e via objeto)*” ($\chi^2 = 9,048$; $p = 0,024$): terceira variável preditora.

O modelo apresentou um percentual de classificação correta de 71,1% para mães mais deprimidas (Grupo 2) e de 82,6% para mães menos deprimidas (Grupo 1). O percentual de classificação correta geral de 76,9% e o risco estimado de 23% ($\pm 4\%$) apontam que o modelo foi razoavelmente adequado para estimar a intensidade da DPP a partir das variáveis independentes supracitadas (*apoio social percebido, qualidade da relação com a mãe na infância, impaciência aos 12 meses e realização de práticas de cuidado autônomas*). Baseando-se em tal análise, mães que relataram ter recebido menos apoio social tanto na gestação quanto aos 36 meses, que descreviam a relação com sua mãe como sendo “péssima”, “ruim” ou “regular” e que relataram realizar menos práticas de cuidado autônomas (estimulação face-a-face e *via objeto*) tinham, aproximadamente, 70% de chance de pertencer ao grupo de maior intensidade da DPP. Já aquelas que relataram ter recebido mais apoio social tanto na gestação quanto aos 36 meses e que “nunca” ou “raramente” ficaram

impacientes com seus filhos aos 12 meses tinham cerca de 80% de chance de pertencer ao grupo de menor intensidade da DPP (Figura 29).

5.8 Resumo geral dos resultados obtidos.

A seguir será apresentado um quadro resumo nos moldes do modelo de Keller (2007; 2010) que buscou responder ao objetivo geral desta tese: caracterizar o contexto de criação precoce (três anos pós-parto) da amostra composto por fatores ecossociais, maternos e infantis de interesse, pelos modelos culturais de *self* e pelas estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias e práticas de cuidado maternas) em função da intensidade da DPP.

Figura 30 – Quadro resumo dos principais resultados obtidos. Nota-se que enquanto as variáveis destacadas em vermelho foram preditoras da intensidade da DPP (Árvore de Decisão), as demais apenas se associaram à intensidade da DPP (Anovas, Manovas e χ^2).

6. DISCUSSÃO

Para facilitar a discussão dos resultados, esta seção foi organizada em diferentes subitens que dizem respeito aos quatro objetivos específicos deste trabalho de modo a seguir a mesma ordem em que tais objetivos aparecem no modelo de Keller (2007; 2010).

6.1 Caracterização da amostra quanto ao contexto ecossocial em função da intensidade da DPP.

O primeiro objetivo específico desta tese foi caracterizar os fatores ecossociais, maternos e infantis presentes no contexto de criação da amostra em função da intensidade da DPP, pois acreditava-se que estes poderiam ou predizer ou atuar sinergicamente com a DPP. Tal hipótese foi completamente corroborada ao termos encontrado 14 variáveis ecossociais e maternas associadas significativamente à intensidade da DPP. Destas 14 variáveis: (1) *uma estava relacionada ao contexto sociodemográfico das participantes*: ter religião; (2) *cinco estavam relacionadas ao histórico familiar materno*: qualidade do ambiente familiar na infância, da relação com a mãe na infância e adolescência, e da vida conjugal aos 4 e 8 meses; (3) *quatro estavam relacionadas à gravidez, histórico reprodutivo e psiquiátrico materno*: idade da primeira menstruação; número de homens com quem a mãe já havia tido filhos; se a gravidez havia sido desejada; e histórico prévio de depressão não relacionada à gravidez; e (4) *nove estavam relacionadas aos cuidados maternos e alomaternos*: avaliação do tempo dedicado à criança e do quão difícil era cuidar dela aos 8 meses; avaliação da frequência de impaciência com a criança aos 4, 8 e 12 meses; apoio social percebido na gestação, aos 8 e 36 meses; e se o companheiro era o principal cuidador aos 36 meses. Além disso, vale lembrar que destas 14 variáveis, “percepção de apoio social recebido na gestação e aos 36 meses”, “qualidade da relação com a mãe na infância” e “impaciência materna aos 12 meses” (além de uma quarta variável relacionada às “práticas de cuidado autônomas” realizadas pela mãe durante o primeiro ano de vida infantil: seção 6.4) foram capazes de predizer a intensidade da DPP.

Como muitos são os fatores psicossociais, demográficos, obstétricos e/ou culturais

associados à presença ou intensidade de DPP, destacaremos a seguir apenas aqueles que, além de serem encontrados pela literatura, foram também encontrados pelo presente estudo.

(1) Religiosidade: A literatura tem considerado a religião como um fator protetivo da depressão geral e/ou pós-parto (rever seção 1.3.2.1). Endossando essa visão, um estudo de 327 mulheres judaicas de Jerusalém encontrou a religiosidade - expressa através da estruturação comunitária, realização de rituais e definição de papéis sociais - inversamente associada à DPP (DANKNER et al., 2000). Além deste, Cartwright-Jones (2002) apontou a aplicação de *henna* como um ritual religioso⁹⁰ capaz de reduzir as tensões do pós-parto e, consequentemente, a DPP ao “forçar” mulheres indianas, africanas e do Oriente Médio a serem cuidadas (em termos de aparência, bem-estar e atribuições domésticas ou alomaternas) por parentes ou amigos logo após o parto. Corroborando esses achados, Mann et al. (2008) encontraram que mulheres americanas que participavam de atividades religiosas algumas vezes por mês tinham menor probabilidade de ter DPP, pois tal participação as auxiliava a lidar com o estresse da maternidade. Por fim, uma revisão da literatura concluiu que crenças e práticas religiosas/espirituais, ao fornecerem uma base para a compreensão das adversidades, podem exercer efeitos protetivos sobre o bem-estar físico e emocional principalmente de pessoas que sofrem com certas patologias (ex. depressão), auxiliando-as a lidar melhor com eventos de vida estressantes (SOUTHWICK, VYTHILINGAM, & CHARNEY, 2005).

(2) Relacionamento familiar empobrecido durante a infância (em especial com a própria mãe): A literatura vem mostrando que vivenciar um relacionamento ruim (estressante, imprevisível e/ou negligente) com a família ou especialmente com a mãe na infância pode levar ao desenvolvimento de DPP na adolescência e/ou idade adulta (ZAGNOEV, 2013). Como exemplo, podemos citar a dissertação de Silva (2008) que, ao trabalhar também com dados do projeto temático da FAPESP, descobriu que avaliações maternas negativas sobre o ambiente familiar e o relacionamento com os próprios pais durante a infância associavam-se significativamente à DPP. De modo análogo, Gotlib e colaboradores (1991) também encontraram a percepção materna de receber pouco cuidado parental durante a infância associada ao aparecimento da DPP. Hammen, Henry & Daley (2000), por sua vez, descobriram que mulheres jovens expostas a um maior número de adversidades na infância (ex. relação ruim com mãe, violência familiar, psicopatologia parental, alcoolismo, morte de um dos pais, e/ou divórcio dos pais) tinham um menor limiar de reação ao estresse e maiores chances de tornarem-se deprimidas (ver trajetória ontogenética de vulnerabilidade em

⁹⁰ Típico do islamismo, judaísmo, hinduísmo e cristianismo.

HAMMEN, HENRY & DALEY, 2000). Por fim, uma revisão sistemática feita com 23 estudos publicados entre 1970 e 2008 comprovou que relações abusivas vivenciadas durante a infância (ex. percepção negativa da família, baixa coesão familiar e discórdia dos pais) foram capazes de prever DPP na adolescência e início da idade adulta (WEICH et al., 2009).

(3) Relacionamento familiar empobrecido durante a adolescência (em especial com a própria mãe): Tanto o relacionamento empobrecido estabelecido entre pais (em especial com a mãe) e filhos adolescentes pode conduzir ao desenvolvimento de depressão na vida adulta quanto a existência de uma depressão já existente (ou nos pais ou nos adolescentes) pode conduzir a uma percepção mais empobrecida da relação entre pais e filhos (BRANJE et al., 2010). Como exemplo, Branje e colegas (2010) concluíram que era a depressão a responsável por prever uma relação percebida como mais empobrecida entre mães e filhos adolescentes (BRANJE et al., 2010). Reinherz e colaboradores (2003), em contrapartida, destacaram a importância de vivenciar um ambiente familiar caótico e inseguro composto por violência e falta de coesão familiar na adolescência (15 anos) como o preditor mais relevante da depressão exibida durante a transição para a vida adulta (18-26 anos). Para finalizar, embora estes dois artigos trabalhem com respondentes de ambos os sexos e tratem de depressão geral e não pós-parto, é possível estabelecer uma ponte com o presente estudo, pois todas as mães da nossa amostra que apresentaram maior intensidade de depressão (em nosso caso, pós-parto) acusaram ter vivenciado um relacionamento familiar estressante, principalmente com sua mãe, durante a adolescência.

(4) Conflito conjugal: O relacionamento conjugal é um fator determinante da qualidade da vida familiar que costuma coexistir e ser influenciado pela presença de distúrbios maternos (DPP) e infantis (PAULI-POTT et al., 2000). Esta concepção está de acordo com uma compreensão sistêmica que, embora reconheça a DPP como um importante fator de risco, salienta que, muitas vezes, o maior risco pode não ser proveniente da doença, mas sim de um distúrbio familiar associado à doença (ex. conflito conjugal). A relação entre DPP e conflito conjugal vem sendo investigada extensivamente pela literatura que salienta ora efeitos da depressão sobre o conflito conjugal (MENDONÇA, BUSSAB, & SIQUEIRA, no prelo; WHISMAN, DAVILA, & GOODMAN, 2011), ora efeitos do conflito conjugal sobre a depressão (BEACH et al., 2003), e ora destaca a bidirecionalidade dos efeitos (SOTTO-MAYOR & PICCININI, 2010; WHISMAN & UEBELACKER, 2009). Representando o primeiro bloco de estudos, Mendonça, Bussab e Siqueira (no prelo) encontraram apenas a influência da DPP sobre o conflito conjugal vivenciado aos quatro e 24 meses do pós-parto.

Corroborando tal achado, Whisman, Davila e Goodman (2011) descobriram que enquanto os sintomas depressivos foram preditores do conflito conjugal, o conflito conjugal foi apenas preditor dos sintomas de ansiedade. Representando o segundo bloco de trabalhos, Beach e colaboradores (2003) encontraram que a insatisfação conjugal de um dos cônjuges era preditora da depressão vivenciada pelo outro parceiro um ano depois. Por fim, representando a bidirecionalidade de efeitos entre conflito conjugal e depressão, Whisman e Uebelacker (2009) concluíram que tanto melhorar a qualidade da relação conjugal ajuda a restabelecer a saúde mental dos cônjuges, quanto tratar a depressão de um ou ambos os parceiros melhora na qualidade da vida conjugal.

(5) Idade precoce da primeira menstruação (menarca): Estudos têm demonstrado a influência da maturação ou menarca precoce sobre a incidência de depressão geral ou pós-parto (GRABER et al., 2004; STEINER, DUNN, & BORN, 2003; VIEGAS et al., 2008). Joinson e colaboradores (2011), por exemplo, descobriram que meninas que tiveram menarca precoce (<11.5 anos) apresentaram mais sintomas depressivos aos 13 e 14 anos quando comparadas às meninas com menarca tardia ou no tempo esperado. Como este trabalho não esclarece se a menarca precoce associa-se a depressão além do período da adolescência, vale lembrar que os poucos estudos que o fazem apontam que tal impacto negativo ocasionado pela menarca precoce pode ou perdurar (GRABER et al., 2004; VIEGAS et al., 2008) ou se dissipar entre o final da adolescência e o início da vida adulta (NATSUAKI, BIEHL & GE, 2009). Representando o primeiro bloco de estudos, Graber et al. (2004) encontraram que mulheres que tiveram menarca precoce, além de vivenciarem mais desordens mentais ao longo de sua história de vida, tinham um funcionamento psicossocial mais empobrecido no início da vida adulta (24 anos). Seguindo esta linha, Harlow et al. (2004) apontaram que a menarca precoce (≤ 10 anos) também se associou a um maior risco de depressão vivenciada entre 36 e 45 anos. Já Viegas et al. (2008), ao trabalharem também com dados do mesmo projeto temático utilizado nesta tese, encontraram que mães com DPP também relataram ter tido menarca precoce⁹¹. Para justificar tais resultados, enquanto Viegas et al. (2008) recorreram a uma explicação última na qual adversidades vivenciadas na infância e/ou pré-adolescência promovem uma estratégia parental quantitativa na vida adulta (ex. puberdade precoce, mais depressão, dentre outros fatores) (BELSKY, STEINBERG, & DRAPER, 1991), Harlow et al. (2004) recorreram a uma explicação próxima na qual a maturação sexual

⁹¹ Embora tal resultado tenha sido apenas marginalmente significativo.

precoce feminina, ao produzir uma maior secreção de andrógenos, ocasionaria uma maior incidência de sintomas depressivos.

(6) Maior número de homens com quem a mãe já teve filhos: Uma única evidência de que a DPP pode se associar ao fato da mãe já ter tido filhos com um maior número de parceiros anteriores foi encontrada em um dos trabalhos produzidos pelo projeto temático da FAPESP (SILVA, 2008). A ausência de outras evidências que corroborem tal achado pode recair sobre o fato da variável “*maior número de homens com quem a mãe já teve filhos*” não ser muito estudada mesmo entre os estudos que investigam a DPP em amostras de alto risco (que poderiam ser compostas por mães que possuem mais parceiros sexuais). Apesar disso, outros trabalhos podem corroborar tal resultado indiretamente ao associarem a DPP a eventos de vida estressantes (ex. divórcio, novo casamento, troca de emprego, desemprego, maior número de filhos, menor tempo de relacionamento com o parceiro) que, somados, acarretariam um comportamento parental sexual mais quantitativo que poderia refletir na variável investigada nesta seção e explicar sua relação com a DPP (BECK, 2002b; HOPKINS, MARCUS, & CAMPBELL, 1984; RUSCHI et al., 2007). Assim, pode-se concluir que o *maior número de parceiros com quem a mãe já teve filhos* pode estar relacionado a uma profusão de estressores presentes no contexto de risco da nossa amostra. Ou seja, nossas mães ao serem predominantemente múltiparas, ao não terem planejado/desejado sua gravidez, ao terem vivenciado conflito conjugal e terem relatado morar (no terceiro ano) com parceiros que não eram os pais biológicos de seus filhos, provavelmente, adotaram uma estratégia parental mais quantitativa. Estratégia esta que, dentre outras questões⁹², acarretaria tanto uma maior incidência de distúrbios internalizantes em mulheres (ex. depressão) quanto uma atividade sexual mais acelerada (interesse por relações de curto prazo e por um maior número de parceiros sexuais) (BELSKY, STEINBERG & DRAPER, 1991; GLENN, KURZBAN, & RAINE, 2011).

(7) Gravidez não desejada: A gravidez não desejada é um tema preocupante visto que suas consequências costumam impor encargos consideráveis sobre a saúde mental e bem-estar das famílias em geral e das novas mães em especial (GIPSON, KOENIG, & HINDIN, 2008). Assim, muitos estudos sugerem que a experiência de uma gravidez indesejada está associada a uma maior incidência de DPP (BAHADORAN et al., 2008; BECK, 2002b; LAU

⁹² As outras consequências seriam: puberdade precoce, maior número de filhos, baixo envolvimento afetivo e uma alta propensão a outros comportamentos de risco (e.x. uso de drogas lícitas e ilícitas, busca por atividades perigosas que envolvam certa adicção) (BELSKY, STEINBERG & DRAPER, 1991; GLENN, KURZBAN, & RAINE, 2011).

& KEUNG, 2007; NAJMAN et al., 1991; NAKKU, NAKASI, & MIREMBE, 2006; RICK-EDWARDS et al., 2008; WARNER et al., 1996). Como exemplo, podemos citar a meta-análise⁹³ de Beck (2002b) que encontrou a gravidez indesejada como um preditor de magnitude fraca (0.14-0.17⁹⁴) dentre os 13 fatores de risco capazes de predizer a DPP. Outra meta-análise que avaliou apenas estudos realizados no Irã (1995-2005) também encontrou uma relação significativa entre gravidez não desejada e DPP que possuía uma magnitude de efeito mais elevada (0.2138) do que a encontrada no estudo anterior (BAHADORAN et al., 2008). Embora meta-análises sejam muito importantes para extrair fatores preditivos de determinados fenômenos com apurado rigor estatístico, vale citar também outro estudo que descobriu que além de gravidez indesejada, dificuldades financeiras e falta de um parceiro explicavam, conjuntamente, os sintomas depressivos observados durante o pré (1º trimestre de gestação) e o pós-parto (seis meses após o parto) (RICK-EDWARDS et al., 2008).

(8) História prévia de doença psiquiátrica: História prévia de doença psiquiátrica é fator de risco para a DPP bem estabelecido na literatura (BECK, 2002b; DANACI et al., 2002; DAVEY et al., 2011; LEE et al., 2000). Isto porque certas características ligadas à personalidade e genética dos indivíduos são capazes de torná-los mais incapazes a lidar com o estresse, tornando-os mais vulneráveis à (re)incidência⁹⁵ de uma depressão geral ou pós-parto. Como exemplo desta literatura, Paykel et al. (1980) encontraram histórico psiquiátrico como um forte preditor de DPP por ter se associado à tal desordem de humor independentemente de outros fatores de confusão (ex. eventos de vida estressantes). Corroborando tal achado, a meta-análise de O'Hara e Swain (1996) também encontrou história prévia de doença psiquiátrica (seja durante a gravidez ou não) como um forte preditor de DPP. Outra meta-análise (ROBERTSON et al., 2004) também encontrou história prévia de doença psiquiátrica inserida em um conjunto de fatores de risco considerados moderados a fortes que reunia ainda: (1) depressão ou ansiedade durante a gravidez; (2) eventos de vida estressantes; e (3) baixo suporte social. Em resumo, o fato de história prévia de doença psiquiátrica ser um preditor de DPP considerado moderado ou forte por si só já torna tal variável como um importante e genuíno indicador clínico do quadro depressivo pós-parto.

⁹³ A meta-análise é uma forma de revisar a literatura sintetizando quantitativamente os resultados de diversos estudos através do uso de técnicas estatísticas (SILVA, 2008).

⁹⁴ Segundo Cohen (1988 *apud* BECK, 2002b) um efeito de 0.10 é considerado pequeno, enquanto que 0.30 é considerado moderado e 0.50 ou mais, grande.

⁹⁵ Reincidência é um fenômeno que acontece porque um primeiro episódio de depressão é capaz de deixar "cicatrices" que possibilitam que novos episódios depressivos voltem a ocorrer no futuro com mais facilidade (BURCUSA & IACONO, 2007).

(9/10) Percepção de se dedicar menos do que o suficiente à criança e de considerar os cuidados infantis difíceis: Mães portadoras de desordens de humor como a DPP podem apresentar maiores dificuldades ao desempenhar a maternidade (LONGSDON, WISNER & PINTO-FOLTZ, 2006; TETI & GELFAND, 1991) dado que tendem a enxergar a si próprias e a seus bebês de modo muito mais severo e negativo (CUMMING & DAVIES, 1994; FIELD, 1992; FLEMING et al., 1988). Corroborando a primeira associação encontrada entre “*percepção de se dedicar menos do que o suficiente à criança*” e “*DPP*”, podemos citar um estudo qualitativo (análise de conteúdo) que descobriu que as mães deprimidas não se sentiam capazes de cuidar adequadamente de suas filhas porque, ao conciliarem antigos e novos papéis, não sobrava muito tempo para dar atenção às filhas (SOUZA, PRADO & PICCININI, 2011). Além deste, podemos citar um estudo quantitativo que encontrou a baixa percepção de autoeficácia materna voltada às demandas infantis, familiares e domésticas associada à DPP (HOWELL et al., 2009). Percepção de autoeficácia esta que se tratava de uma medida mais global e qualitativa, porém correlata à medida mais focal e quantitativa analisada nesta tese: “*percepção de quanto tempo as mães destinam aos cuidados infantis*”. Corroborando agora a segunda associação encontrada entre “*percepção de considerar os cuidados infantis difíceis*” e “*DPP*”, podemos citar o estudo de Righetti-Veltema et al. (2002) que descobriu que mães deprimidas, além de se sentirem menos positivas consigo mesmas e com seus bebês (ex. achando-os mais exigentes e difíceis e não sentindo prazer na relação com eles), achavam mais difícil cuidar deles (ex. dando banho e segurando-os de forma inadequada). Schwengber (2002), por sua vez, encontrou que as mães deprimidas somente consideravam os cuidados infantis difíceis quando elas enfrentavam dificuldades financeiras e dificuldades voltadas à conciliação de antigos e novos papéis que as impossibilitavam de exercer outras atividades (ex. trabalhar) e as obrigavam a estar o tempo todo com o bebê. Por fim, embora estes estudos tenham trabalhado com variáveis correlatas àquelas propostas nesta tese, eles foram capazes de mensurá-las de modo indireto.

(11) Percepção de vivenciar impaciência/irritabilidade com a criança: Mães deprimidas costumam, em geral, vivenciar maior hostilidade (expressa através de raiva, crítica e irritabilidade) voltada às suas crianças (LOVEJOY et al., 2000). Como exemplo, Cohn et al. (1990) descobriram que mães com DPP exibiam uma maior proporção de afeto negativo expressa tanto por irritabilidade quanto por intrusividade. Neste, assim como em outros estudos, a irritabilidade costuma ser estudada como parte constituinte de constructos mais globais como o “afeto negativo” que compreende expressões maternas faciais, vocais ou táteis

de raiva, tristeza ou irritação (COHN et al., 1990). Além deste, existem os estudos de Cohn et al. (1986) e de Field et al. (1985; 1988; 1990) que, além de encontrarem que mães deprimidas expressam mais afetivo negativo (ex. raiva, intrusividade e/ou retraimento) do que positivo (ex. brincadeira), elas as classificam quanto a três estilos de interação (*intrusivo*, *retraído* e *boa interação*⁹⁶). Antes de darem a devida importância a tais estilos, a literatura costumava apenas assumir que a irritabilidade seria característica de todas as mães deprimidas (DOWNEY & COYNE, 1990). Porém, ao investigarem a fundo tais estilos, Cohn, Field e seus colaboradores notaram que apenas mães consideradas intrusivas é que tratavam seus bebês com maior raiva e irritabilidade. Assim, embora nosso resultado não classifique nossas mães deprimidas quanto a seus estilos interativos (ver DEFELIPE, 2009), ele realça uma associação positiva mais geral encontrada entre irritabilidade materna e DPP.

(12/13) Percepção de receber menos ajuda na gestação e nos cuidados com a criança (principalmente do companheiro): A percepção da falta de um suporte social adequado advindo em primeiro lugar do companheiro e em segundo da rede social estendida (parentes, amigos ou associados) trata-se de um fator de risco para DPP bem estabelecido pela literatura. Como exemplos, podemos citar as meta-análises de Beck (1998; 2002b) e de Robertson et al. (2004) que apontaram o baixo suporte social como um fator de risco para DPP de magnitude moderada a forte. Xie et al. (2009), por sua vez, além de corroborarem o resultado das duas meta-análises anteriores, sugeriram que o suporte social inadequado (subdividido entre suporte subjetivo, objetivo e disponibilidade de suporte) do pós-parto era mais relevante para o surgimento da DPP do que o suporte recebido no pré-parto. Além da literatura que encontra relação entre DPP e suporte social geral (BAPTISTA, BAPTISTA & TORRES, 2006; HEH, 2003; MARTINEZ-SCHALLMOSER, TELLEEN & MACMULLEN, 2003; O'HARA & SWAIN, 1996; PAYKEL et al., 1980; ROBERTSON et al., 2004), existem aqueles estudos que tratam especificamente do suporte advindo do companheiro e de suas consequências para o surgimento do quadro depressivo pós-parto. Representando estes estudos, O'Hara (1997) apontou o suporte do marido como um promotor de uma boa adaptação da mulher ao puerpério (evitando possíveis episódios de DPP) dado que nenhum relacionamento é mais importante para uma mulher durante o pós-parto do que aquele que ela

⁹⁶ Segundo DEFELIPE (2009): (1) mães intrusivas são conhecidas por exibir expressões faciais exageradas e falsas, contato físico bruto (ex. empurrar, puxar, e interferir nas atividades infantis) e por falar de um modo não contingente; (2) mães retraídas são conhecidas por exibir afeto, toque, vocalização e contato de olhar raros e um comportamento desengajado e não responsivo mais generalizado; e (3) mães boa interação costumam interagir através de quantidades adequadas de sorriso, toque sensível e comportamento responsivo.

mantém com seu marido. Takeda et al. (1997), por sua vez, também encontraram o apoio advindo tanto do companheiro como de seus pais (sogros) como fatores protetores da DPP. Por fim, vale citar O'Hara e Swain (1996) e Rick-Edwards et al. (2005) que encontraram a falta de suporte tanto da rede social mais geral quanto do pai do bebê como fatores de risco para DPP de magnitude moderada.

Dado o exposto, vale relembrar aqui que encontramos relações tanto de associação (Anovas, Manovas e testes de Qui-quadrado) quanto de causalidade (Árvore de Decisão) entre as variáveis ecossociais e maternas supracitadas e a intensidade da DPP. Tal achado retrata o contexto particular de nossa amostra composto por inúmeras variáveis que agem em sinergia com a DPP (associadas), mas onde apenas algumas delas ocasionam a maior ou menor intensidade do quadro depressivo materno (preditivas). Considerá-las de maneira complementar é necessário, pois enquanto o título de variáveis predictoras ou associadas à intensidade da DPP se encaixa apenas para nossa amostra, todas elas, ao agirem sinergicamente com este fenômeno, devem ser sempre consideradas como variáveis de risco que tem o potencial de ocasionar e/ou potencializar a DPP nos mais diferentes contextos. Ao considerá-las em conjunto, percebemos que elas se reforçam mutuamente de modo a tecer uma lógica ontogenética subjacente que é governada por estratégias reprodutivas diferenciais ligadas ao estresse contextual. Tal lógica ontogenética encontra fundamento na teoria de Belsky, Steinberg e Draper (1991) que propõe que a experiência precoce (primeiros 5-7 anos de vida) serve como um referencial para auxiliar os indivíduos em desenvolvimento a alocarem adequadamente seus esforços nas esferas somática e/ou reprodutiva. Segundo esta teoria, existem duas trajetórias ontogenéticas possíveis que são guiadas por duas estratégias reprodutivas diferencialmente sensíveis ao estresse contextual. A *estratégia quantitativa* concentra seu esforço nas esferas somáticas do crescimento e desenvolvimento e na esfera reprodutiva do acasalamento e é característica de indivíduos que vivenciam experiências precoces mais estressantes (ex. conflito conjugal dos pais; baixo *status* socioeconômico; criação coercitiva, rejeitadora e/ou insensível) que os conduzem a perceber os recursos como escassos e/ou imprevisíveis, os outros como não confiáveis, e as relações como oportunistas e egoístas (ex. apego inseguro). Tais experiências precoces levam estes indivíduos a reduzirem a idade da maturação biológica (ex. menarca precoce), acelerarem a atividade sexual (ex. maior número de homens com quem a mãe já teve filhos), estabelecerem relações de curto-prazo e apresentarem maior incidência de desordens externalizantes nos meninos (ex. agressividade) e internalizantes nas meninas (ex. ansiedade e/ou depressão). Ao contrário, a

estratégia qualitativa concentra seu esforço na esfera reprodutiva do cuidado parental e é característica de indivíduos que vivenciam experiências precoces menos estressantes (ex. harmonia conjugal dos pais; status socioeconômico adequado; criação responsiva, sensível e/ou afetuosa) que os conduzem a perceber os recursos como abundantes e/ou previsíveis, os outros como confiáveis, e as relações como mutuamente recompensadoras (ex. apego seguro). Tais experiências precoces levam estes indivíduos a adiarem a idade da maturação biológica, a desacelerarem a atividade sexual, a estabelecerem relações de longo-prazo e a apresentarem menor incidência de distúrbios externalizantes e internalizantes. Fazendo um “link” desta teoria com as 14 variáveis associadas à intensidade da DPP, pode-se dizer que enquanto mães menos deprimidas são guiadas pela estratégia qualitativa, as mais deprimidas são guiadas pela estratégia quantitativa. Assim, mães da nossa amostra que vivenciaram maior estresse familiar durante a infância, adolescência e início da vida adulta (ex. *relacionamento familiar empobrecido com a mãe na infância e adolescência; menarca precoce; maior número de homens com quem já teve filhos; conflito conjugal; história prévia de doença psiquiátrica; menor religiosidade; gravidez não desejada; e percepção de se dedicar menos do que o suficiente à criança, de considerar os cuidados infantis difíceis, de vivenciar impaciência com a criança e de receber menos apoio social principalmente do companheiro*) apresentaram maior intensidade de uma distúrbio internalizante específica: DPP.

6.2 Caracterização da amostra quanto aos modelos culturais de *self*.

O segundo objetivo específico desta tese foi caracterizar o modelo cultural de *self* empregado nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP. Acreditava-se que a presente amostra, por ser urbana e composta por famílias que possuem uma herança cultural inter-relacional, seria considerada prioritariamente *autônomo-relacional*. Além disso, acreditava-se que diferenças poderiam ser encontradas em função da intensidade da DPP quanto ao emprego dos modelos culturais de *self* apesar da natureza mais conservadora destes últimos os tornarem menos susceptíveis a determinadas variáveis situacionais maternas. Tais hipóteses foram parcialmente corroboradas ao termos encontrado que nossas mães: (1) foram prioritariamente autônomo-relacionais (98,9%); e (2) não se diferenciaram em função da

intensidade da DPP quanto aos modelos culturais de *self*. Como nesta seção os resultados serão discutidos em função das dimensões de autonomia/interdependência (caracterização geral da amostra) e da intensidade de DPP (caracterização específica da amostra), criaram-se os dois subitens a seguir.

6.2.1 Caracterização geral da amostra quanto aos modelos culturais de *self*.

O fato das nossas mães terem sido prioritariamente autônomo-relacionais foi completamente corroborado pela literatura nacional e internacional (que trabalhou com amostras latinas no México e na Costa Rica) que tem também classificado mães que residem em contextos urbanos de capitais e que possuem uma herança cultural inter-relacional como pertencentes ao modelo cultural autônomo-relacional (KELLER et al., 2006; MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; ROSABAL-COTO, 2004; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a). Embora conte com poucos estudos feitos especificamente na região Sudeste, no estado de São Paulo e na capital paulistana, a literatura nacional dispõe de muitos outros trabalhos que investigam a temática dos modelos culturais em mães que residem em contextos urbanos de capitais de outras regiões brasileiras (MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a). Tais estudos, de uma maneira geral, concluem que o Brasil estaria mais próximo de adotar um modelo cultural de *self* misto ou autônomo-relacional. Apesar desta conclusão mais geral, como a valorização da autonomia, da interdependência ou de ambas é sensível ao contexto, nota-se que o modelo cultural de *self* adotado em território nacional também possui suas particularidades intraculturais e sociodemográficas dependendo da região geográfica (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a), do tipo de contexto (cidade pequena ou capital) (MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; SACHETTI, 2007) ou ainda do tipo de etnoteorias ou comportamento investigado (*metas de socialização*: SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a; *metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado*: MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; *estratégias parentais*: PIOVANOTTI, 2007). Sem entrar nos pormenores destas nuances intraculturais e sociodemográficas (que serão mais bem tratadas nas seções seguintes), as autoras dos estudos supracitados invocam a condição do Brasil de país emergente que é extremamente heterogêneo e que possui uma herança cultural

inter-relacional para explicar a predominância do modelo cultural autônomo-relacional em território nacional. Tal condição coloca nosso país em uma posição de transição que vem sendo constatada pelas mudanças culturais correntes no país desde os anos 90 em termos de autonomia e interdependência. Mudanças que transformaram o Brasil em um país caracterizado tanto pelo caráter interdependente típico dos anos 90 quanto pela presença marcante e mais atual da autonomia (TORRES & DESSEN, 2006). Esta inserção mais atual da autonomia em um país que possui uma forte herança cultural inter-relacional se deve a fatores macrossociais e históricos que possivelmente modificaram as características das famílias brasileiras e, conseqüentemente, suas ideias acerca do desenvolvimento e da criação dos filhos. Os fatores que costumam ser apontados como responsáveis por essas mudanças são: (1) a globalização e a modernização, os novos padrões de consumo e a flexibilidade no mundo do trabalho; e ainda (2) o aumento da escolarização, a entrada cada vez mais precoce das crianças na escola, as alterações dos papéis femininos e masculinos, além da maior disseminação de informação (in)formal através dos meios de comunicação disponíveis (mídia impressa e eletrônica) (DESEN & TORRES, 2002). Todos estes fatores decorrem do forte e recente desenvolvimento econômico típico de sociedades em desenvolvimento como a brasileira que tendem a promover o desenvolvimento de indivíduos que sejam balanceadamente autônomo-relacionais (KAGITÇIBASI, 1996).

6.2.2 Caracterização específica da amostra quanto aos modelos culturais de *self*.

Com relação ao fato das mães não terem se diferenciado em função da intensidade da DPP quanto aos modelos culturais de *self*, antes de qualquer coisa vale relembrar que embora Keller (2007; 2010) admita que os modelos culturais possam ser influenciados pela experiência emocional individual e vice-versa, ela não aborda o papel de certas condições individuais (ex. saúde mental dos pais) na produção de estratégias de criação/socialização particulares. Dada esta lacuna e visto que somos seres biologicamente culturais que construímos nosso ambiente e somos por ele construídos, partimos da premissa de que as estratégias de criação/socialização maternas (etnoteorias e práticas de cuidado) juntamente com outras condições individuais e situacionais maternas (intensidade de DPP) podem tanto modular como ser moduladas pelo ambiente sociocultural (modelos culturais de *self* e fatores

ecossociais) (rever seção 1.2.5). Assim, assumimos que diferentes expectativas sobre parentalidade e desenvolvimento infantil (etnoteorias), diferentes práticas de criação dos filhos e diferentes taxas de ocorrência e de severidade da DPP podem ser encontradas nas mais diferentes culturas. No entanto, como a literatura que investiga esta modulação sociocultural da DPP ainda não analisou diretamente a relação entre os modelos culturais de *self* e a DPP, buscou-se evidências em dois blocos de estudos isolados que: (1) Relacionam a DPP a seus contextos de emergência (ex. sociedades ocidentais *versus* orientais) sem mensurar a dimensão dos modelos culturais de *self* (BINA, 2008; FELDMAN & MASALHA, 2007; SHARMA & FISCHER, 1998); e (2) Relacionam a DPP a dois tipos de personalidade (autônoma e sociotrópica) análogas às dimensões psicológicas representadas pelos modelos culturais de *self* (autonomia e interdependência) (BEDEL, 2006; MASI, SPENCE, & OEI, 2007). Juntando os resultados destes dois blocos de estudos poderíamos pensar que: (1) *Sociedades mais interdependentes* são compostas por maior suporte social, menores taxas de DPP e por indivíduos com personalidade mais sociotrópica que desenvolvem depressão em resposta a “perda” de seus relacionamentos interpessoais; enquanto que (2) *Sociedades mais autônomas* são compostas por menor suporte social, maiores taxas de DPP e por indivíduos com personalidade mais autônoma que desenvolvem depressão em resposta a “perda” de sua independência, autocontrole e autorrealização. Porém, vale lembrar aqui uma citação que pode problematizar esta suposição “apressada” que sociedades mais interdependentes e autônomas apresentam menores e maiores incidências de DPP, respectivamente. Nesta, Kagitçibasi (1996) diz que “nem sempre pessoas mais interdependentes e autônomas são mais dependentes e independentes dos outros, respectivamente”. Tal citação se fundamenta no fato de Kagitçibasi assumir que dentro dos modelos culturais existam ainda as dimensões de agência (autonomia *versus* heteronomia) e de distância interpessoal (separação *versus* relação) que devem ser consideradas, pois tendem a se combinar de maneira diferente dependendo do modelo cultural em questão. Com relação ao modelo autônomo-relacional que nos interessa, mães tendem a criar seus filhos com autonomia (1º. aspecto da dimensão “agência”) sem deixar de valorizar a interdependência emocional e a obediência em sua criação (2º. aspecto da dimensão “distância interpessoal”). Assim, a partir desta citação, poderíamos fazer um *link* com a questão do desenvolvimento da DPP e poderíamos pensar que mães mais interdependentes e autônomas não necessariamente estariam menos e mais sujeitas à DPP, respectivamente. Tal problematização nos ajuda a compreender melhor o fato de não termos encontrado associação entre DPP e os modelos culturais de *self* em nossa amostra. Resultado

que também poderia ser explicado pelo fato da nossa amostra ser praticamente homogênea quanto a sua orientação sociocultural (98,9% de mães autônomo-relacionais). Dada a ausência de variabilidade interna voltada às dimensões de autonomia e interdependência, é importante se perguntar: *Se caso nossa amostra fosse mais heterogênea, será que observaríamos alguma associação entre a DPP vivenciada pelas participantes e sua orientação cultural de self?* Uma última possível explicação do porque encontramos tal resultado poderia recair sobre a natureza dos modelos culturais *per se*. Estes, ao transmitirem *via* aprendizagem social estratégias de criação/socialização parentais comprovadamente adequadas, são tidos como constructos mais conservativos que reduzem os custos da parentalidade ao evitarem que tais estratégias precisem ser (re)inventadas individualmente (KELLER, 1997). Sendo assim, supõe-se que sua natureza mais conservativa não permita que os modelos culturais sejam facilmente influenciados por certas variáveis situacionais maternas (DPP). Em resumo, conclui-se que: (1) os modelos culturais de *self* são suficientemente conservativos e não se associam à DPP (ao contrário do esperado, porém condizente com a colocação indireta de Kagitçibasi); e (2) nossa hipótese ficaria mais bem testada se tivéssemos trabalhado com uma amostra mais heterogênea quanto ao emprego dos modelos culturais de *self*.

6.3 Caracterização da amostra quanto às etnoteorias maternas.

O terceiro objetivo específico desta tese foi caracterizar as etnoteorias maternas (metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado) empregadas nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP. Acreditava-se que nossas mães seriam consideradas autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias. Além disso, acreditava-se que mães mais deprimidas, de modo geral, se importariam menos com as metas de socialização e as crenças sobre práticas de cuidado. Tais hipóteses foram parcialmente corroboradas ao termos encontrado que nossas mães: (1) foram predominantemente autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias (metas de socialização: 92,2%; e crenças sobre práticas: ECP: 77,8%; EIAAR: 92,2%) tendo se mostrado mais interdependentes em suas metas de socialização e mais autônomas em suas crenças sobre práticas; e (2) não se diferenciaram em função da intensidade da DPP quanto às metas de socialização e crenças sobre práticas

mensuradas pela ECP, tendo se diferenciado apenas quanto às crenças sobre práticas mensuradas pela EIAAR. Como nesta seção (assim como na seção 6.2) os resultados serão discutidos em função das dimensões de autonomia/interdependência (caracterização geral da amostra) e da intensidade de DPP (caracterização específica da amostra), criaram-se os dois subitens a seguir.

6.3.1 Caracterização geral da amostra quanto às etnoteorias maternas.

O fato de nossas mães terem sido consideradas de um modo geral como autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias foi completamente corroborado pela literatura nacional (MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a; 2012; VIEIRA et al., 2010a; 2010b). Já a evidência de que elas *strictu sensu* se mostraram mais interdependentes em suas metas e mais autônomas em suas crenças sobre práticas foi parcialmente corroborada por estudos nacionais⁹⁷. Estudos estes que, ao avaliarem o sistema de etnoteorias maternas, encontram diferenças intraculturais e sociodemográficas dependendo da região geográfica (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a) do tipo de contexto (cidade pequena ou capital) (MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; PIOVANOTTI, 2007; SACHETTI, 2007) ou ainda do tipo de etnoteoria ou comportamento investigado (*metas de socialização*: SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a; *metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado*: MACARINI, 2009; MARTINS, 2009; *estratégias parentais*: PIOVANOTTI, 2007). Tratando especificamente dessas diferenças: (1) enquanto Seidl-de-Moura et al. (2008a) apontam mães de capitais das regiões Sul⁹⁸ e Sudeste⁹⁹ como mais interdependentes e autônomas, respectivamente, com relação às suas metas de socialização; (2) Macarini (2009), Martins (2009), Piovanotti (2007) e Sachetti (2007) apontam que elas, independentemente da região que residem, valorizam igualmente autonomia e interdependência ou valorizam mais autonomia com relação às suas metas de socialização e crenças sobre práticas. Tais estudos fornecem suporte parcial aos nossos achados, pois nossas mães, ao invés de se parecerem mais com as mães do sudeste, se

⁹⁷ Fizemos referência apenas aos estudos nacionais e, em especial, aqueles que analisaram as etnoteorias de mães que residem em capitais das regiões sudeste e sul em função das dimensões de autonomia e interdependência, pois estes apresentam resultados mais próximos à realidade contextual investigada nesta tese.

⁹⁸ Florianópolis e Porto Alegre.

⁹⁹ Rio de Janeiro.

pareceram mais com as mães da região sul quanto às suas metas de socialização (tendo uma orientação mais interdependente: SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a) e crenças sobre práticas de cuidado (tendo uma orientação mais autônoma: MARTINS, 2009; SACHETTI, 2007). O fato de nossas mães paulistanas terem se parecido mais com mães da região sul descritas por alguns estudos nacionais (MARTINS, 2009; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a) pode ser explicado em função do nível de urbanização e de escolaridade de nossa amostra. Amostra esta que representa apenas um estrato da população paulistana (bairro Butantã) que é composto por uma porcentagem expressiva de mães migrantes da Bahia (47,3%) que possuem baixo índice socioeconômico (baixa escolaridade e renda). Apesar dessas particularidades, nossa amostra também carrega características e valores da grande São Paulo (a maior capital brasileira em termos populacionais, nível de urbanização e de escolaridade) que possuem a capacidade de penetrar no microssistema do Butantã e influenciá-lo. Assim, nossa amostra retrata um cenário urbano que, ao mesmo tempo, que é altamente urbanizado e industrializado, está em desenvolvimento (baixo índice socioeconômico) e possui uma herança cultural inter-relacional (mais forte nas mães migrantes da Bahia). Cenário que, por estar em desenvolvimento e ter uma herança cultural inter-relacional, continua a compartilhar ao longo das décadas valores mais arraigados (ex. metas) de natureza mais interdependente, e que, por ser altamente urbanizado, tenda a apreciar também valores autônomos mais recentes e mais suscetíveis às demandas locais (ex. crenças). Tal valorização semelhante e, ao mesmo tempo, diferencial das dimensões de autonomia e interdependência além de ser explicada pela natureza do contexto estudado, pode ser também explicada pela própria natureza das metas e crenças (ver maiores detalhes no item a seguir) e pela própria natureza das suas orientações. Assim, como as metas são constructos mais arraigados à *psique* dos indivíduos do que as crenças sobre práticas e como orientações interdependentes mudam mais lentamente do que orientações autônomas (KELLER et al., 2006), pode-se concluir que as metas de socialização e a dimensão de interdependência são mais conservativas do que as crenças sobre práticas e a dimensão de autonomia. Tendo isso em vista, é possível entender porque nossas mães se mantiveram mais interdependentes em suas metas sem deixar de ser autônomas em suas crenças sobre práticas.

6.3.2 Caracterização específica da amostra quanto às etnoteorias maternas.

O fato das mães não terem se diferenciado em função da intensidade da DPP quanto às metas de socialização e às crenças sobre práticas mensuradas pela ECP¹⁰⁰, tendo se diferenciado apenas quanto às crenças sobre práticas mensuradas pela EIAAR¹⁰¹ foi parcialmente corroborado pela literatura. Evidências desta literatura afirmam que mães mais deprimidas, ao se sentirem mais impotentes e incompetentes enquanto mães (McLENNAN & KOTELCHUCK, 2000; OYSERMAN et al., 2005; SIGEL & McGILLICUDDY-DELISI, 2002), teriam menos vontade de se engajar na socialização de seus filhos (BAKER & IRUKA, 2013). Tais evidências fornecem um suporte indireto à ideia de que mães mais deprimidas, de uma maneira geral, se importariam menos com suas etnoteorias (metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado). Este suporte é dito indireto porque esta literatura é composta por estudos que: (1) não estabelecem uma “ponte” direta entre DPP e etnoteorias maternas (HARKNESS et al., 2007; OYSERMAN et al., 2005); e (2) tratam de uma forma de cognição materna mais geral que pode ser afetada pela DPP. Apesar disso, supõe-se que seus achados podem ser estendidos a uma forma de cognição mais específica como a cognição social materna representada nesta tese, especificamente, pelas metas de socialização e crenças sobre práticas de cuidado.

Ademais, esse resultado pode ainda encontrar fundamento se pensarmos na natureza diferencial das metas e crenças que foi brevemente mencionada no item anterior. Enquanto as metas de socialização expressam ideais culturais mais gerais que os cuidadores asseguram para o desenvolvimento infantil, as crenças sobre práticas de cuidado descrevem um conjunto de ideias mais específico sobre a criação dos filhos. A partir daí, pode-se dizer que enquanto as metas representam um nível mais abstrato do sistema de etnoteorias que é mais conservativo e arraigado às cognições parentais, as crenças representam um nível menos abstrato deste mesmo sistema que é menos arraigado às cognições e mais susceptível às demandas contextuais e/ou individuais. Dito isto, é possível conjecturar que enquanto as metas sofrem menor influência advinda de variáveis situacionais maternas (DPP), as crenças se influenciariam muito mais com tais variáveis. Tal fato seria capaz de explicar por que nossas mães não se diferenciaram em função dos grupos quanto às metas de socialização, e sim quanto às crenças sobre práticas de cuidado (EIAAR).

¹⁰⁰ Escala de Crenças sobre Práticas.

¹⁰¹ Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas.

Quanto à explicação do porque apenas crenças sobre práticas mensuradas pela EIAAR (e não pela ECP) se diferenciaram em função dos grupos, devemos recorrer à natureza dessas escalas. Embora ambas sejam escalas *likert* de cinco pontos que mensuram crenças sobre práticas maternas valorizadas durante o primeiro ano de vida infantil, elas diferem quanto ao número e conteúdo dos itens e fatores que as compõem. Quanto ao número dos itens e conteúdo dos fatores, enquanto a ECP tem 10 itens divididos em função das dimensões de autonomia e interdependência, a EIAAR tem 25 itens divididos em função dos sistemas de cuidados primários, contato e estimulação corporal, estimulação *via* objetos e interação face-a-face. Já quanto ao conteúdo dos itens, enquanto a ECP possui itens que exigem uma maior capacidade de entendimento por fornecerem mensagens mais rebuscadas que, às vezes, se iniciam com negativas (ex. “Nunca é cedo demais para se começar a dirigir a atenção do bebê para objetos e brinquedos”), a EIAAR possui itens mais diretos e de fácil compreensão (ex. “Dar brinquedos”). Além do conteúdo dos itens, ao cobrir uma maior quantidade de crenças sobre práticas de maneira mais pontual (através de todos os sistemas de cuidados parentais e não apenas em função das dimensões de autonomia e interdependência), a EIAAR pode ser caracterizada como uma escala que tem um caráter mais específico quando comparada à ECP. Considerando então as características dessas escalas e que estávamos lidando com uma amostra de baixo índice socioeconômico, é possível que o baixo nível de escolaridade de nossas mães: (1) possa ter prejudicado a fidedignidade de suas respostas dadas à ECP; e que (2) a EIAAR seja, portanto, mais adequada ao contexto de nossa amostra. Considerando ainda a natureza das escalas e adicionando o fato de termos as aplicado em um protocolo de pesquisa que tinha cerca de uma hora e meia de duração, é possível que o formato rápido e despretenso da EIAAR seja mais adequado a este tipo de aplicação visto que evita um possível viés ocasionado pelo cansaço das participantes.

O fato das mães mais deprimidas terem valorizado menos práticas de cuidado interdependentes e autônomas¹⁰² e não terem se diferenciado das menos deprimidas quanto às práticas de cuidados primários, por sua vez, pode se dever à história filogenética dos cuidados primários que é mais antiga do que a dos cuidados interdependentes e autônomos. Melhor dizendo, cuidados que são mais antigos e arraigados à *psique* dos indivíduos (cuidados primários) seriam menos influenciados por variáveis situacionais do contexto materno (DPP), enquanto que o inverso seria verdadeiro para os cuidados considerados mais recentes e menos

¹⁰² As práticas de cuidado interdependentes menos valorizadas foram: “fazer massagem”, “tentar evitar que se acidente” e “abraçar e beijar”. Já as práticas de cuidado autônomas menos valorizadas foram: “responder a perguntas”, “ficar frente a frente, olho no olho” e “ver livrinhos juntos”.

arraigados (cuidados autônomos e interdependentes). Além da raiz filogenética, como os cuidados autônomos e interdependentes são mais custosos em termos da energia que demandam (embora os autônomos ainda sejam mais custosos que os interdependentes: item 6.4.2), é mais provável que eles sejam mais facilmente perturbados pela DPP do que aqueles sistemas menos custosos de manejo mais intuitivo e rudimentar (cuidados primários). Isto porque em situações onde os custos excedem os benefícios (DPP), mães costumam reduzir seus investimentos passando a funcionar em um “módulo de economia de energia”. Tal módulo seria responsável por canalizar a pouca energia que a mãe possui para atividades voltadas à sobrevivência infantil básica (cuidados primários) para só posteriormente, destinar a energia restante a cuidados menos intuitivos e mais custosos (cuidados interdependentes e autônomos, respectivamente). A comprovação indireta¹⁰³ de tais hipóteses (tanto a filogenética quanto a energética) pode recair sobre o fato de a literatura dar menos atenção ao sistema de cuidados primários do que aos outros sistemas de cuidados que estruturam a interação mãe-bebê *via* canais visuais, vocais e táteis (mais similares aos cuidados autônomos e interdependentes estudados nesta tese) (FIELD, 2010). Esta menor atenção dada aos cuidados primários pode ser explicada pelo fato desse sistema, por ser mais básico e intrínseco à parentalidade, ou nem ser escolhido como variável que pode ser influenciada pela DPP ou, quando escolhido, ser de fato menos afetado pela DPP e, por isso, nem sempre descrito.

Por fim, quanto às práticas autônomas e interdependentes que foram menos valorizadas pelas mães mais deprimidas pode-se dizer que a literatura demonstra que a DPP tem se associado de maneira inversamente proporcional a todas elas (*fazer massagem*: FIELD et al., 1996; GLOVER, ONOZAWA, & HODGKINSON, 2002; O'HIGGINS, ROBERTS, & GLOVER, 2008; ONOZAWA et al., 2001; *tentar evitar que se acidente*: JENNINGS et al., 1999; *responder a perguntas*: LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; ZLOCHOWER & COHN, 1996; *abraçar e beijar*: COHN et al., 1990; FIELD et al., 1985; 1988; *ficar olho no olho*: DEFELIPE, 2009; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; *ver livrinhos juntos*: KAVANAUGH et al., 2006; PAULSON, DAUBER, & LEIFERMAN, 2006).

¹⁰³ Diz-se que a comprovação é indireta porque a maioria dos estudos da área investiga os efeitos da DPP sobre as práticas de cuidado propriamente ditas e não sobre as percepções maternas dessas práticas (caso específico desta seção).

6.4 Caracterização da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.

O quarto objetivo específico desta tese foi caracterizar as práticas de cuidado maternas empregadas nesta amostra, dando especial atenção às variações internas prescritas pelas dimensões de autonomia e interdependência, em função da intensidade da DPP. Acreditava-se que as mães da nossa amostra também seriam consideradas autônomo-relacionais quanto às suas práticas de cuidado. Além disso, acreditava-se que mães mais deprimidas, de modo geral, relatariam realizar menos práticas de cuidado gerais (*cuidados primários, interdependentes e autônomos*). Tais hipóteses foram parcialmente corroboradas ao termos encontrado que nossas mães: (1) foram predominantemente autônomo-relacionais (95,6%) tendo se mostrado mais autônomas do que interdependentes em suas práticas de cuidados; e (2) se diferenciaram em função da intensidade da DPP apenas quanto às práticas de cuidado autônomas (e não quanto às práticas de cuidados primários e interdependentes). Como nesta seção (assim como nas seções 6.2 e 6.3) os resultados serão discutidos em função das dimensões de autonomia/interdependência (caracterização geral da amostra) e da intensidade de DPP (caracterização específica da amostra), criaram-se os dois subitens a seguir.

6.4.1 Caracterização geral da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.

O fato de nossas mães terem sido de modo geral autônomo-relacionais e *strictu sensu* mais autônomas em suas práticas de cuidado foi parcialmente corroborado pela literatura nacional que, além de investigar as cognições, também investiga as práticas de cuidado maternas. Diz-se que o resultado foi parcialmente corroborado porque esta literatura encontra que mães de capitais: (1) interagem de modo autônomo-relacional com suas crianças (*via* interação face-a-face, estimulação *via* objeto e contato ou estimulação corporal: MARTINS, 2009; SACHETTI, 2007; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008b); e (2) não são *strictu sensu* mais autônomas em suas práticas de cuidado realizadas. Como exemplo dessa literatura, podemos citar Martins (2009) que aponta que mães de seis capitais brasileiras (Salvador, Vitória, Belém, Rio de Janeiro, Florianópolis e São Paulo) podem ser consideradas grosso modo autônomo-relacionais, ao mesmo tempo em que *strictu sensu* realizam mais práticas de

estimulação (estimulação corporal, *via* objetos e *via* face-a-face) do que de cuidados primários. Corroborando a primeira parte do resultado de Martins (2009), Sachetti (2007) também descreveu as mães da capital Florianópolis como autônomo-relacionais, embora tenha sugerido - de maneira contrária a Martins (2009) - que estas realizavam mais práticas de cuidados primários do que de estimulação. Seguindo esta mesma linha de pesquisa (embora tenham trabalhado com observação direta do comportamento), Seidl-de-Moura et al. (2008b) concluíram que mães de outra capital brasileira (Rio de Janeiro) também apresentavam um modo de cuidar autônomo-relacional dado que estimulavam seus bebês predominantemente *via* face-a-face (1o. mês) e *via* objeto (5º. mês), sem deixar de promover contato e estimulação corporal (ex. colocar o bebê no colo, tocá-lo e beijá-lo).

Assim, enquanto a literatura supracitada dá suporte à condição autônomo-relacional mais geral de nossas mães, o fato de elas terem sido mais autônomas em suas práticas pode ser explicado em função de certas variáveis sociodemográficas (ex. nível de urbanização e de escolaridade) presentes em nossa amostra que podem modular o sistema de crenças e práticas maternas (ex. MARTINS, 2009; SEIDL-DE-MOURA et al., 2008a; VIEIRA et al., 2010b). Mais especificamente, quanto maior a urbanização do contexto e a escolaridade dos pais, maior tende a ser a valorização e realização dos cuidados de estimulação (majoritariamente compostos por cuidados autônomos: estimulação *via* objeto e *via* face-a-face; e minoritariamente compostos por cuidados interdependentes: contato e estimulação corporal). Isto posto, como nossa amostra retrata um cenário urbano que é altamente urbanizado e industrializado e, ao mesmo tempo, está em desenvolvimento e possui uma herança cultural inter-relacional, é possível que ela tenda a valorizar e realizar práticas tanto interdependentes quanto autônomas (rever item 6.3.1). Apesar disso, é possível que os valores mais gerais da grande São Paulo tenham grande peso sob os valores mais específicos nutridos no Butantã e acabem “forçando” nossas mães a realizarem mais práticas autônomas, pois estas parecem promover uma criação/socialização infantil mais adequada em uma sociedade que é altamente urbanizada como a sociedade paulistana.

6.4.2 Caracterização específica da amostra quanto às práticas de cuidado maternas.

O fato das mães não terem se diferenciado quanto à realização das práticas de cuidados primários e interdependentes, tendo se diferenciado em função da intensidade da DPP apenas quanto à realização das práticas de cuidado autônomas foi corroborado em partes pela literatura. Literatura esta que acha evidências tanto a favor (CHUNG et al., 2004; COHN et al., 1986; DEFELIPE, 2009; FIELD, HERNANDEZ-REIF, & FEIJÓ, 2002; FIELD et al., 1985; 1988; HENDERSON et al., 2003; KAVANAUGH et al., 2006; LEIFERMAN, 2002; LOPES et al., 2010; LYONS-RUTH et al., 2002; MANDL et al., 1999; McLEARN et al., 2006; McLENNAN & KOTELCHUCK, 2000; MINKOVITZ et al., 2005; NUNES, FERNANDES & VIEIRA, 2007; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; SCHUETZE & ZESKIND, 2001; SCHWENGBER & PICCININI, 2003; ZLOCHOWER & COHN, 1996) quanto contrárias (CAMPBELL, COHN, & MEYERS, 1995; CHABROL, BRON, & LE CAMUS, 1996; COHN et al., 1990; FIELD et al., 2005; LOVEJOY, 1991; LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; MARTINEZ et al., 1996; PELÁEZ-NOGUERAS et al., 1996; SCHWENGBER, 2002) de uma possível perturbação da DPP sobre todos os sistemas de práticas de cuidado maternas investigados.

Além disso, termos encontrado que mães mais deprimidas apenas realizaram menos determinadas práticas autônomas (*“jogar jogos”, “pendurar brinquedos no berço”, “ver livrinhos juntos”, “mostrar coisas interessantes” e “responder a perguntas”*) pode ser explicado pelo fato dos cuidados autônomos (e interdependentes também) serem filogeneticamente mais recentes que os cuidados primários e, por isso, mais facilmente perturbados pela DPP (rever item 6.3.2). Além da raiz filogenética, é possível ainda pensar que a DPP tenda a afetar em primeiro lugar sistemas mais custosos que demandam atenção exclusiva (cuidados autônomos) e, em segundo lugar, sistemas menos custosos que demandam atenção compartilhada (cuidados interdependentes e primários, respectivamente). Assim, por serem mais recentes e custosas (dado que são consideradas *“um recurso precioso que os cuidadores nem sempre podem se dar ao luxo de alocar”*: KELLER, 2002, pg. 226), as práticas autônomas podem ser potencialmente mais afetadas pela DPP. DPP que, por sua vez, tende a canalizar a pouca energia que a mãe possui na direção de atividades menos às mais custosas (1º. lugar: cuidados primários; 2º. lugar: cuidados interdependentes; e 3º. lugar: cuidados autônomos). Tal hipótese poderia ser comprovada pelo fato da literatura sobre DPP

dar mais atenção aos sistemas de interação face-a-face e estimulação *via* objeto (cuidados autônomos) e menor atenção aos outros sistemas de cuidados que estruturam a interação mãe-bebê através de canais mais táteis (cuidados primários e interdependentes) (FIELD, 2010).

Quanto às práticas autônomas que foram menos realizadas pelas mães mais deprimidas pode-se dizer que a literatura demonstra que a DPP tem se associado de maneira inversamente proporcional a todas elas (*“jogar jogos”*: LYONS-RUTH et al, 2002; PAULSON, DAUBER, & LEIFERMAN, 2006; SCHWENGBER, 2002; *“pendurar brinquedos no berço”*: SCHWENGBER, 2002¹⁰⁴; *responder a perguntas*: LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; ZLOCHOWER & COHN, 1996; *“mostrar coisas interessantes”*: HERRERA, REISSLAND & SHEPHERD, 2004; SCHWENGBER, 2002; *ver livrinhos juntos*: KAVANAUGH et al., 2006; PAULSON, DAUBER, & LEIFERMAN, 2006).

Além disso, a natureza semelhante e a existência de uma correlação moderada entre as escalas de IAAR e de AR sugeriu que valeria a pena comparar seus resultados. Ao compará-los, observamos que enquanto mães de ambos os grupos relataram valorizar e realizar igualmente cuidados primários, apenas mães mais deprimidas relataram dar menor importância a certas práticas interdependentes (*“fazer massagem”*, *“tentar evitar que se acidente”*, *“abraçar e beijar”*) e autônomas (*“responder a perguntas”*, *“ficar frente a frente, olho no olho”*, *“ver livrinhos juntos”*), enquanto relataram realizar em menor frequência somente determinadas práticas autônomas (*“jogar jogos”*, *“pendurar brinquedos no berço”*, *“ver livrinhos juntos”*, *“mostrar coisas interessantes”*, *“responder a perguntas”*). Tal resultado sugere que: (1) a intensidade da DPP afetou parcialmente a cognição (menor valorização de práticas autônomas e interdependentes) e o comportamento materno (menor realização apenas de práticas autônomas); (2) nenhuma das práticas interdependentes menos valorizadas (EIAAR) foram menos realizadas (EAR); e (3) com exceção de *“ver livrinhos juntos”* e *“responder a perguntas”*, as práticas autônomas menos valorizadas (EIAR) não foram efetivamente menos realizadas (EAR).

O fato de algumas práticas interdependentes terem sido menos valorizadas e não menos realizadas enquanto algumas práticas autônomas terem sido menos valorizadas e realizadas em função dos grupos pode ser explicado pela condição urbana e depressiva da amostra. Ou seja, enquanto a condição de uma amostra altamente urbanizada que está em

¹⁰⁴ Citou-se Schwengber (2002) porque apesar dela não encontrar relação entre DPP e a prática específica de *“pendurar brinquedos no berço”*, ela encontra que mães mais deprimidas oferecem menos brinquedos às suas crianças em uma situação mais geral de *“brincadeira lúdica”*.

desenvolvimento e tem raízes inter-relacionais explicaria a valorização e realização equivalente de práticas interdependentes e autônomas, a condição depressiva materna, por sua vez, explicaria a menor valorização e realização dessas práticas. Assim, conforme o esperado, nossas mães urbanas mais deprimidas valorizaram menos práticas autônomas e interdependentes, porém, ao contrário do esperado, elas realizaram menos apenas práticas autônomas. Esta particularidade pode ser devida à maior força que a DPP tem em perturbar: (a) comportamentos *versus* cognições; e (b) sistemas que demandam atenção exclusiva (cuidados autônomos) *versus* sistemas que demandam atenção compartilhada (cuidados interdependentes e primários, respectivamente). Deste modo, é possível entender porque a DPP reduziu a valorização e realização de práticas autônomas enquanto reduziu apenas a valorização de práticas interdependentes em nossa amostra.

É interessante ainda notar que as práticas autônomas que foram menos valorizadas (*"responder a perguntas"*, *"ficar frente a frente, olho no olho"*, *"ver livrinhos juntos"*), com exceção de *"responder a perguntas"* e *"ver livrinhos juntos"*, não foram as mesmas práticas que foram menos realizadas pelas mães mais deprimidas (*"jogar jogos"*, *"pendurar brinquedos no berço"*, *"mostrar coisas interessantes"*, *"responder a perguntas"*, *"ver livrinhos juntos"*). Tratando-se das práticas autônomas voltadas à leitura e ao diálogo entre mãe e bebê que foram menos valorizadas e realizadas (*"ver livrinhos juntos"* e *"responder a perguntas"*), pode-se dizer que estas embora sejam altamente disseminadas na cultura urbana brasileira como práticas importantes para o desenvolvimento infantil, elas parecem ser drasticamente reduzidas em face de DPP (*"responder a perguntas"*: LUNDY, FIELD & PICKENS, 1996; RIGUETTI-VELTEMA et al., 2002; ZLOCHOWER & COHN, 1996; *"ver livrinhos juntos"*: LYONS-RUTH et al., 2002; MCLEARN et al., 2006; PAULSON, DAUBER, & LEIFERMAN, 2006). Já a explicação do porque a prática *"ficar frente a frente, olho no olho"* foi menos valorizada e não menos realizada pode se dever à sua natureza mais automática ou intuitiva que é capaz de fazer com que ela seja executada mesmo frente a cenários adversos (DPP). Por fim, o fato das práticas *"jogar jogos"*, *"pendurar brinquedos no berço"* e *"mostrar coisas interessantes"* não terem sido menos valorizadas mas terem sido menos realizadas pode ser explicado com base nas respostas das mães à EAR. Além de responderem que *"não tinham o costume de colocar móveis ou brinquedos no berço de seus bebês porque não achavam isso importante"*, as mães mais deprimidas da amostra perguntavam frequentemente *"que tipo de jogo se joga com uma criança de até um ano de idade"* e *"o que significa mostrar coisas interessantes ao bebê"*.

Por fim, apenas na EAR mães menos deprimidas pontuaram de maneira mais extrema (*1 ou 5*: nunca ou sempre realizou determinada prática de cuidado), enquanto mães mais deprimidas pontuaram de maneira mais ponderada (*2, 3 ou 4*: raramente, às vezes ou quase sempre realizou determinada prática de cuidado). Tal fato pode ser explicado pela maior susceptibilidade à avaliação social e a ambientes não familiares e novos (ex. laboratório) típica de mães deprimidas (BELSKY, 1980). Tal susceptibilidade poderia fazer com que as mães mais deprimidas, ao ficarem mais preocupadas com a avaliação do entrevistador sobre seu desempenho, respondessem de maneira mais ponderada. O contrário seria verdadeiro para as mães menos deprimidas que, por serem menos susceptíveis à avaliação social, tenderiam a responder de maneira mais extrema sendo, assim, mais espontâneas. Ainda é interessante comentar porque as mães se diferenciaram em função de respostas mais extremas e ponderadas apenas na EAR. É possível que esta escala, ao avaliar as práticas de cuidado que são efetivamente realizadas pela mãe, possa mensurar mais fortemente os possíveis efeitos da DPP visto que estes recaem mais sobre comportamentos do que sobre cognições maternas (EMS, ECP e EIAAR).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese fizemos uma caracterização geral (dimensões de autonomia e interdependência) e específica (intensidade da DPP) da amostra quanto a seu contexto ecossocial, modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas de cuidado maternas. Quanto à caracterização geral da amostra, as mães que residiam no estrato do Butantã investigado foram de modo geral autônomo-relacionais quanto às suas etnoteorias e práticas de cuidado, e *strictu sensu* mais interdependentes em suas metas e mais autônomas em suas crenças e práticas de cuidado. Já quanto à caracterização específica da amostra, foram encontradas as seguintes variáveis que agiam em sinergia (1) e que foram preditivas (2) da intensidade da DPP: (1) *relacionamento familiar empobrecido com a mãe na infância e adolescência; menarca precoce; maior número de homens com quem já teve filhos; conflito conjugal; história prévia de doença psiquiátrica; menor religiosidade; gravidez não desejada; e percepção de se dedicar menos do que o suficiente à criança, de considerar os cuidados infantis difíceis, de vivenciar impaciência com a criança e de receber menos apoio social principalmente do companheiro*; (2) *relacionamento familiar empobrecido com a mãe na infância; percepção de vivenciar impaciência com a criança; percepção de receber menos apoio social; e menor realização de práticas autônomas*. Nossas mães não se diferenciaram em função da intensidade da DPP quanto aos modelos culturais e metas de socialização, tendo se diferenciado quanto às crenças e práticas de cuidado. Mães de ambos os grupos valorizaram e realizaram igualmente cuidados primários, enquanto apenas mães mais deprimidas: (1) valorizaram menos práticas de cuidado interdependentes (*fazer massagem; tentar evitar que se acidente; abraçar e beijar*) e autônomas (*responder a perguntas; ficar frente a frente, olho no olho; ver livrinhos juntos*); e (2) realizaram menos práticas de cuidado autônomas (*jogar jogos; pendurar brinquedos no berço; ver livrinhos juntos; mostrar coisas interessantes; responder a perguntas*). Por fim, apenas na EAR¹⁰⁵ mães menos deprimidas pontuaram de maneira mais extrema (nunca ou sempre realizou determinada prática de cuidado) enquanto as mães mais deprimidas pontuaram de maneira mais ponderada (raramente, às vezes ou quase sempre realizou determinada prática de cuidado).

As mães terem sido de modo geral autônomo-relacionais e *strictu sensu* mais interdependentes em suas metas e mais autônomas em suas crenças e práticas de cuidado se

¹⁰⁵ Escala de Atividades Realizadas que mensurava com que frequência as mães realizavam certas atividades de cuidado durante o 1º. ano de vida infantil.

deve a nossa amostra (Butantã) retratar um cenário urbano tipicamente brasileiro que, ao mesmo tempo em que, continua a admirar valores interdependentes mais arraigados (ex. metas), aprecia valores autônomos mais recentes e mais suscetíveis ao contexto (ex. crenças e práticas). Cenário este que pode ser considerado de risco por ser composto por inúmeras variáveis associadas e preditoras da intensidade da DPP. As mães não terem se diferenciado em função dos grupos quanto aos modelos culturais e às metas (1) e terem se diferenciado quanto às crenças e práticas de cuidado (2) se deve ao fato: (1) dos modelos culturais e metas serem suficientemente arraigados às cognições maternas a ponto de serem dificilmente influenciados pela DPP; e (2) das crenças e práticas de cuidado serem mais suscetíveis às demandas contextuais e/ou situacionais a ponto de serem mais facilmente influenciadas pela DPP. Já o resultado em que apenas as mães mais deprimidas valorizaram menos práticas interdependentes e autônomas e realizaram menos somente práticas autônomas se deve ao fato da DPP, ao canalizar energia materna hierarquicamente (práticas mais às menos “emergenciais”), afetar prioritariamente práticas mais às menos custosas (*1º. práticas autônomas*: menor valorização e realização; *2º. práticas interdependentes*: menor valorização apenas; e *3º. cuidados primários*: nenhuma alteração). Por fim, o fato das mães menos deprimidas terem sido mais extremas enquanto as mais deprimidas foram mais ponderadas em suas respostas na EAR se deve à maior susceptibilidade à avaliação social e a ambientes não familiares e novos (ex. laboratório) típica de mães deprimidas.

Isto posto, considera-se que nossos objetivos foram atingidos e que nossos achados complementam, aprofundam e fazem repensar dois blocos isolados de estudos que versam sobre (1) DPP e (2) modelos culturais de *self*, etnoteorias e práticas de cuidado parentais. Isto porque, estabelecemos uma “ponte” entre estas literaturas ao inserirmos a DPP como uma terceira dimensão orientadora das estratégias de criação/socialização maternas (além do contexto ecossocial e dos modelos culturais de *self*). Tal inserção foi motivada pelo fato do segundo bloco de estudos considerar a cultura em demasia desconsiderando, assim, outras variáveis contextuais ou situacionais mais específicas (ex. DPP) na explicação do por que e como os pais diferem quanto à criação/socialização de suas crianças (etnoteorias e práticas de cuidado) (HEH, 2004; TRONICK & WEINBERG, 1997). A ausência de conjugação entre estas variáveis (culturais mais gerais: ex. modelos culturais de *self*; e contextuais ou situacionais mais específicas: ex. DPP) pode ser verificada tanto na literatura transcultural mais geral (2º. bloco de estudos) quanto na literatura mais específica produzida pelo projeto temático da FAPESP que deu origem a esta tese (1º. bloco de estudos). Conforme já

mentionado na apresentação, os estudos que versam sobre os efeitos da DPP na interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil são, muitas vezes, inconsistentes porque não conjugam categorias observacionais mais específicas às contextuais mais gerais que, por sua vez, poderiam estar associadas à DPP e poderiam explicar melhor seus efeitos. Os poucos estudos que conjugam tais categorias sugerem a existência de contextos de risco¹⁰⁶ ou de proteção¹⁰⁷ associados à DPP que potencializam ou amenizam seus efeitos, respectivamente (ex. FONSECA, SILVA, & OTTA, 2010; SILVA, 2008; VIEGAS et al., 2008¹⁰⁸).

Fazendo uma ponte destes últimos estudos com nossos resultados podemos dizer que: (1) mães menos deprimidas parecem estar situadas em contextos de proteção guiados por uma estratégia reprodutiva qualitativa; enquanto (2) mães mais deprimidas parecem estar situadas em contextos de risco guiados por uma estratégia reprodutiva quantitativa (BELSKY, STEINBERG & DRAPER, 1991). Percebemos, portanto, que dentro de um único estrato da capital (Butantã), considerado de risco (ex. baixo nível socioeconômico; alta prevalência de DPP) e guiado por uma orientação sociocultural autônomo-relacional, podem coexistir duas estratégias adaptativas diferenciais ligadas ao estresse contextual (qualitativa e quantitativa) que produzem diferentes padrões de criação/socialização infantil. Deste modo, não podemos atribuir nem à orientação sociocultural prevalente (autônomo-relacional) nem a um único fator psicológico materno (DPP) a responsabilidade de influenciar de maneira isolada e linear as estratégias maternas de criação/socialização infantil. O que devemos, na realidade, é considerar o “quadro completo” onde experiências estressantes vivenciadas na infância, adolescência e início da vida adulta de nossas mães (ex. relação familiar empobrecida com a mãe na infância e adolescência; conflito conjugal), ao se associarem e/ou predizerem a maior intensidade de certas desordens internalizantes (ex. DPP), chegam a afetar parcialmente a cognição (menor valorização de práticas interdependentes e autônomas) e o comportamento de cuidado materno (menor realização de práticas autônomas). Condição de desordem esta que, a propósito, poderia ser reconsiderada dado que a DPP nada mais é do que um subproduto de uma estratégia reprodutiva adaptada e sensível às demandas da ecologia local.

Assim, além de se basear em modelos que consideram o efeito da cultura mais geral (KELLER, 2007; 2010) e de fatores maternos, infantis e contextuais mais específicos (BELSKY, 1984) na expressão da parentalidade (ex. etnoteorias e práticas de cuidado), nossos dados encontraram suporte também em um modelo que considera a importância do

¹⁰⁶ Compostos por fatores como menor escolaridade, maior número de filhos, conflito conjugal.

¹⁰⁷ Compostos por fatores como suporte social, planejamento da gravidez, ambiente familiar saudável.

¹⁰⁸ Vale notar que estes três trabalhos foram produzidos pelo projeto temático da FAPESP.

contexto de criação precoce no delineamento de estratégias reprodutivas diferenciais que produzem uma parentalidade mais qualitativa ou mais quantitativa (BELSKY, DRAPER & STEINBERG, 1991) (Figura 28). Por fim, vale dizer que apesar de possuir limitações voltadas ao caráter homogêneo (predominantemente autônomo-relacional) e não estratificado da amostra, esta tese, ao “retratar” a forma que a cognição e o comportamento de criação/socialização materno se influenciaram em um período (pós-parto) e contexto (Butantã) particulares, oferece uma importante contribuição à área, pois ajuda a: (1) caracterizar possíveis arranjos maternos voltados à criação/socialização infantil existentes em outros contextos de capitais também permeados por variáveis de risco associadas à DPP; e (2) confeccionar materiais de orientação para promoção do desenvolvimento infantil destinado a pais e profissionais da área da saúde.

Figura 31 – Quadro que reúne os resultados desta tese em um esquema gráfico que mistura elementos dos três modelos teóricos que dão suporte a eles (BELSKY, 1984; BELSKY, DRAPER & STEINBERG, 1991; KELLER, 2007; 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELS, M. et al. Early socialization contexts and social experiences of infants in rural and urban Gujarat, India. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 36, n. 6, p. 717-737, 2005.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

BAHADORAN, P. et al. A meta-analysis on studies about obstetric risk factors of postpartum depression in Iran within 1995-2005. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 13, n. 4; p. 129-133, 2008.

BAKER, C. E.; IRUKA, I. U. Maternal psychological functioning and children's school readiness: the mediating role of home environments for African American children. *Early Childhood Research Quarterly*, v. 28, s.n., p. 509-519, 2013.

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

BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, v. 37, n. 4, p. 887-907, 1966.

BEACH, S. R. H. et al. Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 20, n. 3, p. 355-371, 2003.

BECK, A. T. Cognitive models of depression. In: LEAHY, R. L.; DOWD, E.T. (Eds.). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application*. New York: Springer Publishing Company, 2002a. p. 29-61.

BECK, C. T. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)*, v. 27, s.n., p. 39-46; 1998.

BECK, C. T. Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN)*, v. 31, n. 4, p. 394–402, 2002b.

BEDDEL, E. F. *Interactions among personality constructs and attitudes toward teaching in Turkish early childhood teacher candidates*. 2006. 89 f. Tese (Doutorado em Filosofia) - Departamento de Currículo e Instrução, The Pennsylvania State University, Pennsylvania. p. 27.

BEEBE, B. et al. Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother–infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal*, v. 29, n. 5, p. 442–471, 2008.

BELSKY, J. Mother-infant interaction at home and in the laboratory: a comparative study. *The Journal of Genetic Psychology*, v. 137, n. 1, p. 37-47, 1980.

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

BELSKY, J.; STEINBERG, L.; DRAPER, P. Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: an Evolutionary Theory of Socialization. *Child Development*, v. 62, n. 4, p. 647-670, 1991.

BERNSTEIN, I. H. et al. Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and Anxiety*, v. 25, s.n., p. 20–26, 2008.

BERRY, J. W. et al. *Cross-cultural psychology: Research and applications*. 2ª. Edição. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 611 p.

BINA, R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: a literature review. *Health Care for Women International*, v. 29, n. 6, p. 568-592, 2008.

BJORKLUND, D. F.; HERNÁNDEZ-BLASI, C. Evolutionary Developmental Psychology. In: BUSS, D. (Ed). *Evolutionary Psychology Handbook*. New York: Willey, 2005. P. 828-850.

BJORKLUND, D. F.; PELLEGRINI, A. D. Child Development and Evolutionary Psychology. *Child Development*, v. 71, n. 6, p. 1687-1708, 2000.

BJORKLUND, D. F.; PELLEGRINI, A. D. *The origins of human nature: Evolutionary Developmental Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. 444 p.

BJORKLUND, D. F.; YUNGER, J. L.; PELLEGRINI, A. D. The evolution of parenting and evolutionary approaches to childrearing. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.). *Handbook of Parenting: biology and ecology of parenting*. London: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. p. 3-30 (Volume 2).

BORNSTEIN, M. H.; HAHN, C.; HAYNES, O. M. Maternal personality, parenting cognitions, and parenting practices. *Developmental Psychology*, v. 47, n. 3, p. 658–675, 2011.

BORNSTEIN, M. H. et al. Mother–child emotional availability in ecological perspective: three countries, two regions, two genders. *Developmental Psychology*, v. 44, n. 3, p. 666–680, 2008.

BOWLBY, J. *Apego e Perda*. 1ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1984. p. 486.

BRANJE, S. J. T. et al. Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 38, n. 6, p. 751-763, 2010.

BRENNAN, P. A. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, v. 36, n. 6, p. 759-766, 2000.

BREZNITZ, Z.; FRIEDMAN, S. L. Toddler's concentration: does maternal depression make a difference? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 267-279, 1988.

BROCCHI, B. S.; BUSSAB, V. S. R. A influência da depressão pós-parto no desenvolvimento de crianças de 36 meses. In: VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO, VIII, 2011, Brasília. *Anais*. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

BURCUSA, S. L.; IACONO, W. G. Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, v. 27, n. 8, p. 959–985, 2007.

BUSSAB, V. S.; RIBEIRO, F. L. Biologicamente cultural. In: SOUZA, L.; FREITAS, M. F. Q. & RODRIGUES, M. M. P. (Orgs.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 175-193.

CAMPBELL, S. B.; COHN, J. F. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: MURRAY L.; COOPER, P. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p. 165-220.

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

CARTWRIGHT-JONES, C. *The functions of childbirth and postpartum Henna traditions*. Ohio: Henna Page Publications, 2002. p. 35.

CECCHINI, M. V. *Análise qualitativa do relato de mães com sintomatologia depressiva participantes do Projeto Ipê*. 2009. 177 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CHABROL, H.; BRON, N; LE CAMUS, J. Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, v. 19, n. 1, p. 149-152, 1996.

CHAO, R. The parenting of immigrant Chinese and European American mothers: relations between parenting styles, socialization goals, and parental practices. *Journal of Applied Developmental Psychology*, v. 21, n. 2, p. 233-248, 2000.

CHASIOTIS, A. An epigenetic view on culture: what Evolutionary Developmental Psychology has to offer for Cross-Cultural Psychology? In: Van De VIJVER, F. J. R.; BREUGELMANS, S. M. (Eds.). *Fundamental questions in Cross-Cultural Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 376-404.

CHELINI, M. O. M. et al. Postpartum depression and DHEAS levels. In: FOURTH INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE PARENTAL BRAIN: NEUROBIOLOGY, BEHAVIOR AND THE NEXT GENERATION, IV, 2010, Edinburgh. *Anais*. Edinburgh: University of Edinburgh, 2010a. p. 82.

CHELINI, M. O. M. et al. Postpartum depression: cortisol levels and stress response of infants. In: FOURTH INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE PARENTAL BRAIN: NEUROBIOLOGY, BEHAVIOR AND THE NEXT GENERATION, IV, 2010, Edinburgh. *Anais*. Edinburgh: University of Edinburgh, 2010b. p. 83.

CHUNG, E. K. et al. Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, v. 113, n. 6, p. 523-629, 2004.

COHN, J. F. et al. Face-to face interactions of depressed mothers and their infants. In: TRONICK, E. Z.; FIELD, T. (Eds). *Maternal depression and infant disturbance*. New directions for child development. San Francisco: Jossey-Bass, 1986. p. 34-44.

COHN, J. F. et al. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, v. 26, n. 1, p. 15-23, 1990.

COOPER, P. J.; MURRAY, L. Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, v. 77, n. 2, p. 97-99, 1997.

CORREIA, A. L. V. *Prevalência e fatores de risco em depressão pós-parto em um serviço de referência em João Pessoa*. 2006. 38 f. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Paraíba.

COSTA, M. T. Z. da et al. Depressão pós-parto e implicações no desenvolvimento do bebê. In: 12º. CONGRESSO PAULISTA DE PEDIATRIA. 2010. São Paulo. *Anais*. São Paulo: Transamérica Expo Center, 2010.

COX, J. L. Perinatal mood disorders in a changing culture: a transcultural European and African perspective. *International Review of Psychiatry*, v. 11, n. 2-3, p. 103-110, 1999.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, v. 150, n. 4, p. 782- 786, 1987.

CRUZ, E. B. DA S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

CUMMINGS, E. M; DAVIES, P. T. Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, n. 1, p. 73-122, 1994.

CUNHA, E. *Como nos tornamos humanos?* 2ª. Edição. Coimbra: Coimbra University Press. 2010. 154 p.

DANACI, A. E. et al. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology*, v. 37, n. 3, p. 125–129, 2002.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando o SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 420-455.

DANKNER, R. et al. Cultural elements of postpartum depression. *The Journal of Reproductive Medicine*, v. 45, n. 2, p. 97–104, 2000.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, v. 113, n. 3, p. 487-495, 1993.

DAVEY, H. L. et al. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, v. 15, n. 7, p. 866-875, 2011.

DAWSON, G. Autonomic and brain electrical activity in securely- and insecurely-attached infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, v. 24, n. 2, p. 135–149, 2001.

DEFELIPE, R. P. de. *Análise do efeito da depressão pós-parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos*. 2009. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DEMUTH, C.; KELLER, H.; YOVSI, R. D. Cultural models in communication with infants: Lessons from Kikaikelaki, Cameroon and Muenster, Germany. *Journal of Early Childhood Research*, v. 10, n. 1, p. 70-87, 2012.

DESSEN, M. A.; TORRES, C. V. Family and socialization factors in Brazil: an overview. In: LONNER, W. J.; DINNEL, D. L.; HAYES, S. A.; SATTLER, D. N. (Eds.). *Online Readings in Psychology and Culture* (Unit 13, Chapter 2). Washington: Western Washington University, Center for Cross-Cultural Research. 2002. Disponível em: <<http://www.wvu.edu/culture>>. 2002. Acesso em: 02 de fev. 2012.

DE TONI, P. M. et al. Etologia humana: o exemplo do apego. *Psico-USF*, v. 9, n. 1, p. 99-104, 2004.

DINIZ, P. K. C.; SALOMÃO, N. M. R. Metas de socialização e estratégias de ação paternas e maternas. *Paidéia*, v. 20, n. 46, p. 145-154, 2010.

DOWNEY, G.; COYNE, J. C. Children of depressed parents: an integrative review. *Psychological Bulletin*, v. 108, n. 1, p. 50-76, 1990.

EDWARDS, C. P.; BLOCH, M. The Whittings' concepts of culture and how they have fared in contemporary psychology and anthropology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 41, n. 4, p. 485-498, 2010.

FELDMAN, R.; GREENBAUM, C. W.; YIRMIYA, N. Mother-Infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of the self-control. *Developmental Psychology*, v. 35, n. 5, p. 223-231, 1999.

FELDMAN, R.; MASALHA, S. The role of culture in moderating the links between early ecological risk and young children's adaptation. *Development and Psychopathology*, v. 19, n. 1, p. 1-21, 2007.

FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S. A parentalidade nas múltiplas configurações familiares contemporâneas. In: MOREIRA, L. V. DE C.; RABINOVICH, E. P. (Orgs.). *Família e Parentalidade: olhares da psicologia e da história*. Curitiba: Juruá Editora, 2011. p. 117-134.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, v. 4, s.n., p. 49-66, 1992.

FIELD, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, v. 33, n. 1, p. 1-9, 2010.

FIELD, T.; HERNÁNDEZ-REIF, M.; DIEGO, M. Pregnancy, Labor and Infant Massage. In: FIELD, T. (Ed.). *Touch and massage in early child development*. Miami: Johnson & Johnson Pediatric Institute, 2004. p. 99-114.

FIELD, T.; HERNÁNDEZ-REIF, M.; FEIJÓ, L. Breastfeeding in depressed mother-infant dyads. *Early Child Development and Care*, v. 172, n. 6, p. 539-545, 2002.

FIELD, T. et al. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, v. 21, n. 6, p. 1152-1156, 1985.

FIELD, T. et al. Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, v. 59, n. 6, p. 1569-1579, 1988.

FIELD, T. et al. Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions in non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, v. 26, n. 1, p. 7-14, 1990.

FIELD, T. et al. Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, v. 19, s.n., p. 107-112, 1996.

FIELD, T. et al. Depressed mothers’ infants show less negative affect during non-contingent interactions. *Infant Behavior & Development*, v. 28, n. 4, p. 426-430, 2005.

FLEMING, A. S. et al. Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, v. 24, n. 1, p. 71-81, 1988.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Caderno de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 738-746, 2010.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.

GEARY, D. C. (1998). *Male, female: The evolution of human sex differences*. Washington, DC: American Psychological Association.

GEARY, D. C.; BJORKLUND, D. F. Evolutionary Developmental Psychology. *Child Development*, v. 71, n. 1, p. 57-65, 2000.

GHUBASH, R.; ABU-SALEH, M. T. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: Prevalence and psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 1, p. 65-68, 1997.

GIPSON, J. D.; KOENIG, M. A.; HINDIN, M. J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in Family Planning*, v. 39, n. 1, p. 18-38, 2008.

GLENN, A.L.; KURZBAN, R.; RAINE, A. Evolutionary theory and psychopathy. *Aggression and Violent Behavior*, v. 16, n. 5, p. 371-380, 2011.

GLOVER, V.; ONOZAWA, K.; HODGKINSON, A. Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology*, v. 7, n. 6, p. 495–500, 2002.

GOODNOW, J. J., & COLLINS, W. A. *Development according to parents: the nature, sources and consequences of parents' ideas*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 1990. 190 p.

GOTLIB et al. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100. n. 2, p. 122-132, 1991.

GOTTLIEB, G. Environmental and bahavioral influences on gene activity. *Current Directions in Psychological Science*, v. 9, n. 3, p. 93-97, 2000.

GOULD, S. J. *Darwin e os grandes enigmas da vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 282 p.

GRABER et al. Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 718-726, 2004.

GRACE, S. L.; EVINDAR, A.; STEWART, D. E. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women´s Mental Health*, v. 6, n. 4, p. 263–274, 2003.

GREENFIELD, P. M.; KELLER, H. Cultural Psychology. In: SPIELBERGER, C. (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Oxford: Elsevier, Inc, 2004. p. 545-553.

GREENFIELD, P. M. et al. Cultural pathways through universal development. *Annual Review of Psychology*, v. 54, s.n., p. 461–490, 2003.

GRIEP et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

HAGEN, E. H. The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, v. 20, n. 5, p. 325–359, 1999.

HALBREICH, U.; KARKUN, S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, v. 91, n. 2-3, p. 97-111, 2006.

HAMMEN, C.; HENRY, R.; DALEY, S. E. Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 68, n. 5, p. 782-787, 2000.

HARKNESS, S. The cultural mediation of postpartum depression. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 1, n. 2, p. 194-209, 1987.

HARKNESS, S.; SUPER, C. M. Parental ethnotheories in action. In: SIEGEL, I. E.; MCGILLICUDDY-DELISI, A. V.; GOODNOW, J. J. (Eds.). *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992. p. 373-391.

HARKNESS, S.; SUPER, C. M. Introduction. In: HARKNESS, S.; SUPER, C. M. (Eds.). *Parents' cultural beliefs systems: their origins expressions, and consequences*. New York: The Guilford Press, 1996. p. 1-23.

HARKNESS, S.; SUPER, C. M.; VAN TIJEN, N. Individualism and the "Western mind reconsidered: American and Dutch parents' ethnotheories of the child. *New Directions for Child and Adolescent Development*, v. 2000, n. 87, p. 23-39, 2000.

HARKNESS, S. et al. Cultural models and developmental agendas: implications for arousal and self-regulation in early infancy. *The Journal of Developmental Processes*, v. 2, n. 1, p. 5-39, 2007.

HARLOW, B. L. et al. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. *Journal of Affective Disorders*, v. 79, s.n., p. 167-176, 2004.

HARWOOD, R. L. et al. Cultural differences in maternal beliefs and behaviors: a study of middle-class Anglo and Puerto Rican mother-infant pairs in four everyday situations. *Child Development*, v. 70, n. 4, p. 1005-1016, 1999.

HAY, D. F. Postpartum depression and cognitive development. In: MURRAY L.; COOPER, P. (Eds.). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997. p. 85-105.

HEH, S. Relationship between social support and postnatal depression. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, v. 9, n. 10, p. 491-496, 2003.

HEH, S. The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, v. 41, n. 5, p. 573-579, 2004.

HENDERSON, J. J. et al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, v. 30, n. 3, p. 175-180, 2003.

HERNÁNDEZ-BLASI, C.; BJORKLUND, D. F. Evolutionary Developmental Psychology: a new tool for better understanding human ontogeny. *Human Development*, v. 46, n. 5, p. 259-281, 2003.

HERRERA, E.; REISLAND, N; SHEPHERD, J. Maternal touch and maternal child-directed speech: effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, v. 81, n. 1, p. 29-39, 2004.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, v. 11, n. 2, p. 228-239, 1975.

HOFSTEDE, G. *Cultures and organizations software of the mind*. London: McGraw-Hill, 1991. 576 p.

HOPKINS, J.; MARCUS, M.; CAMPBELL, S. B. Postpartum Depression: a critical review. *Psychological Bulletin*, v. 95, n. 3, p. 498-515, 1984.

HOWELL, E. A. et al. Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, v. 12, s.n., p. 113-120, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 de fev. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Contas regionais do Brasil*. Rio de Janeiro, 2005-2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 de fev. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 de fev. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios - Resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 de jan. 2012.

JENNINGS, K. D. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, v. 54, n. 1, p. 21–28, 1999.

JOINSON, C. et al. Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*, v. 198, n. 1, p. 17–23, 2011.

KAGITÇIBASI, Ç. The autonomous-relational self: a new synthesis. *European Psychologist*, v. 1, n. 3, p. 180-186, 1996.

KAGITÇIBASI, Ç. Autonomy and relatedness in cultural context: implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 36, n. 4, p. 403-422, 2005.

KÄRTNER, J. et al. Manifestations of autonomy and relatedness in mothers' accounts of their ethnotheories regarding child care across five cultural communities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 38, n. 5, p. 613, 2007.

KAVANAUGH, M. et al. Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children. *Ambulatory Pediatrics*, v. 6, n. 5, p. 32–37, 2006.

KELLER, H. Evolutionary approaches. In: BERRY, J. W.; POORTINGA, Y. H.; PANDEY, J. (Eds). *Handbook of Cross-cultural Psychology: Theory and Method* (Volume 1). Boston: Allyn & Bacon, 1997. 2ª. Edição. p. 215-255.

KELLER, H. Human parent-child relationships from an evolutionary perspective. *American Behavioral Scientist*, v. 43, n. 6, p. 957-969, 2000.

KELLER, H. Development as the interface between biology and culture: a conceptualization of early ontogenetic experiences. In: KELLER, H.; POORTINGA, Y.; SCHÖLMERICH, A. (Eds.). *Between culture and biology: perspectives on ontogenetic development*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p. 215-240.

KELLER, H. *Cultures of infancy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2007. 318 p.

KELLER, H. Linkages between the Whiting Model and contemporary evolutionary theory. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 41, n. 4, p. 563-577, 2010.

KELLER, H. Biology, culture and development: conceptual and methodological considerations. In: VAN DE VIJVER, F. J. R.; CHASIOTIS, A.; BREUGELMANS, S. M. (Eds.). *Fundamental questions in Cross-Cultural Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 312-340.

KELLER, H.; CHASIOTIS, A. Maternal investment. In: SALMON, C. A.; SHACKELFORD, T. K. (Eds.). *Family relations: an evolutionary perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 96-111.

KELLER, H.; GREENFIELD, P. M. History and Future of Development in Cross-Cultural Psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 31, n. 1, p. 52-62, 2000.

KELLER, H.; OTTO, H. The cultural socialization of emotion regulation during infancy. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 40, n. 6, p. 996-1011, 2009.

KELLER, H. et al. Temporal contingency as an independent component of parenting behavior. *Child Development*, v. 70, n. 2, p. 474-485, 1999.

KELLER, H. et al. Concepts of mother-infant interaction in Greece and Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 34, n. 6, p. 677, 2003.

KELLER, H. et al. Developmental consequences of early parenting experiences: self-recognition and self-regulation in three cultural communities. *Child Development*, v. 75, n.6, p. 1745-1760, 2004.

KELLER, H. et al. Parenting styles and the development of the categorical self: a longitudinal study on mirror self-recognition in Cameroonian Nso and German families. *International Journal of Behavioral Development*, v. 29, n. 6, p. 496-504, 2005a.

KELLER, H. et al. Cultural orientations and historical changes as predictors of parenting behavior. *International Journal of Behavioral Development*, v. 29, n.3, p. 229-237, 2005b.

KELLER, H. et al. Cultural models, socialization goals, and parenting ethnotheories: a multicultural analysis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 37, n. 2, p. 155, 2006.

KOBARG, A. P. R.; VIEIRA, M. L. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 3, p. 401-408, 2008.

KUMAR, R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 29, s. n., p. 250-264, 1994.

KUMAR, R.; ROBSON, K. M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*, v. 144, n. 1, p. 35-47, 1984.

KUSSEROW, A. S. De-homogenizing american individualism: socializing hard and soft individualism in Manhattan and Queens. *Ethos*, v. 27, n. 2, p. 210-234, 1999.

LAMB, M. E. et al. A biosocial perspective on paternal behavior and involvement. In: LANCASTER, J. B. et al. (Eds). *Parenting accross the lifespan: biosocial perspectives*. New York: Academic Press, 1987, p. 111-142.

LAMM, B.; KELLER, H. Understanding cultural models of parenting: The role of intracultural variation and response style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 38, n. 1, p. 50-57, 2007.

LAU, Y.; KEUNG, D. W. F. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong chinese. *Social Science & Medicine*, v. 64, n. 9, p. 1802-1811, 2007.

LEAKEY, R. E. *A origem da espécie humana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 310 p.

LEE, D. T. S. et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal*, v. 6, n. 4, p. 349-354, 2000.

LEIFERMAN, J. The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviors associated with child health. *Health Education & Behavior*, v. 29, n. 5, p. 596-607, 2002.

LEVINE, R. Child rearing as cultural adaptation. In: LEIDERMAN, H. P.; TULKIN, S. R.; ROSENFELD, A. (Eds). *Culture and Infancy: variations in the human experience* (The Child Psychology Series). New York: Academic Press, 1977. p. 15-27.

LIEBAL, K. et al. Socialization goals and parental directives in infancy: the theory and the practice. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, v. 10, n. 1, p. 113-131, 2011.

LIVAS, A. *The role of culture in early childhood: an examination of diverse parents' beliefs and practices in relation to their preschool-aged children*. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Instituto de Educação, Universidade da Califórnia, Berkeley.

LOGSDON, M. C.; WISNER, K. L.; PINTO-FOLTZ, M. D. The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, v. 35, n. 5, p. 652–658, 2006.

LOPES, E. R. et al. Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 2, p. 88-93, 2010.

LORDELO, E. R.; FONSECA, A. L.; ARAÚJO, M. L. V. B. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 13, n. 1, p. 73-78, 2000.

LOVEJOY, M. C. Maternal depression: effects on social cognition and behavior in parent-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 19, n. 6, p. 693-706, 1991.

LOVEJOY et al. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, v. 20, n. 5, p. 561–592, 2000.

LUCCI, T. K. *Desenvolvimento infantil a partir da perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista: um estudo de bebês filhos de mães com depressão pós-parto*. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUNDY, B.; FIELD, T.; PICKENS, J. Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, v. 19, n. 4, p. 419-424, 1996.

LYONS-RUTH, K et al. Depressive symptoms in parents of children under age 3: sociodemographic predictors, current correlates, and associated parenting behaviors. In: HALFON, N.; MCLEARN, K. T.; SCHUSTER, M. A. (Eds). *Child rearing in America: challenges facing parents with young children*. New York: Cambridge University Press, 2002. p. 217-259.

MACARINI, S. M. *Autonomia e interdependência: sistema de crenças parentais de mães residentes em pequenas cidades e capitais do Brasil*. 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MACARINI, S. M.; VIEIRA, M. L. Crenças e práticas parentais: uma análise transcultural integrando biologia e cultura. In: MOREIRA, L. V. D. C; RABINOVICH, E. P. (Orgs.). *Família e Parentalidade: olhares da Psicologia e da História*. Curitiba: Juruá Editora, 2011. p. 135-155.

MACARINI et al. Etnoteorias parentais: um estudo com mães residentes no interior e na capital de Santa Catarina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 1, p. 37-45, 2010.

MANDL, K. D. et al. Infant health care use and maternal depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v. 153, n. 8, p. 808-813, 1999.

MANN, J. R. et al. Do antenatal religious and spiritual factors impact the risk of postpartum depressive symptoms? *Journal of Women's Health*, v. 17, n. 5, p. 745-755, 2008.

MARKUS, H. R.; KITAYAMA, S. Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, v. 98, n. 2, p. 224-253, 1991.

MARMOT, M. The influence of income on health: views of an epidemiologist - does money really matter? Or is it a marker for something else? *Health Affairs*, v. 21, n. 2, p. 31-46, 2002.

MARTINEZ, A. et al. Depressed mothers' and infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health Journal*, v. 17, n. 1, p. 74-80, 1996.

MARTINEZ-SCHALLMOSER, L.; TELLEEN, S.; MACMULLEN, N. J. The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing*, v. 14, n. 4, p. 329-338, 2003.

MARTINS, G. D. F. *Influência do apoio social sobre crenças e práticas maternas em capitais e pequenas cidades brasileiras*. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARTINS, G. D. F. et al. Construção e validação da Escala de Crenças Parentais e Práticas de Cuidado (E-CPPC) na primeira infância. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 23-34, 2010.

MASIH, S.; SPENCE, S. H; OEI, T. P. S. Sociotropic and autonomous personality and stressful life events as predictors of depressive symptoms in the postpartum period. *Cognitive Therapy and Research*, v. 31, n. 4, p. 483–502, 2007.

McLEARN, K. T. et al. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, v. 160, n. 3, p. 279-284, 2006.

McLENNAN, J. D.; KOTELCHUCK, M. Parental prevention practices for young children in the context of maternal depression. *Pediatrics*, v. 105, n. 5, p. 1090-1095, 2000.

MENDONÇA, J. S.; BUSSAB, V. S. R.; & SIQUEIRA, J. Depressão pós-parto e conflito conjugal: estudo longitudinal das associações bidirecionais em famílias de baixa renda. *Psico - PUCRS*. No prelo.

MILGROM, J., WESTLEYI, D. T.; McCLOUD, P. I. Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Pediatrics and Child Health*, v. 31, n. 3, p. 218-221, 1995.

MILLER, P. J.; FUNG, H.; MINTZ, J. Self-construction through narrative practices: a Chinese and American comparison of early socialization. *Ethos*, v. 24, n. 2, p. 237–280, 1996.

MINKOVITZ, C. S. et al. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, v. 115, n. 2, p. 306 -314, 2005.

MIYAKE, Y. et al. Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*, v. 130, n. 1, p. 133–137, 2011.

MOINHOS, M. V. *Metas, estratégias e práticas maternas na criação de filhos em diferentes contextos socioeconômicos*. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MOINHOS, M. V.; LORDELO, E. R.; SEIDL-DE-MOURA, M. L. Metas de socialização de mães baianas de diferentes contextos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 17, n. 1, p. 114-125, 2007.

MONTAGU, A. *Growing Young*. 2a. Edição. Granby, Massachusetts: Bergin & Garvey, 1989. 272 p.

MORAIS, M de L. S.; LUCCHI, T. K.; OTTA, E. Depressão pós-parto e desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 30, n. 1, p. 7-17, 2011.

MORIN, E. *O enigma do homem: para uma nova antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar. 1975. 227 p.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcome. In: MURRAY, L.; COOPER, P. J. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford, 1997a. p. 111-133.

MURRAY, L.; COOPER, P. J. Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, v. 27, n. 2, p. 253-260, 1997b.

MURRAY, L. et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, v. 67, n. 5, p. 2512-2526, 1996.

NAJMAN, J. M. et al. The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study. *Social Science & Medicine*, v. 32, n. 3, p. 241-247, 1991.

NAKKU, J. E. M.; NAKASI, G.; MIREMBE, F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African Health Sciences*, v. 6, n. 4, p. 207-214, 2006.

NATSUAKI, M. N.; BIEHL, M. C.; GE, X. Trajectories of depressed mood from early adolescence to young adulthood: the effects of pubertal timing and adolescent dating. *Journal of Research on Adolescence*, v. 19, n. 1, p. 47-74, 2009.

NUNES, S. A. N.; FERNANDES, M. G.; VIEIRA, M. L. Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 17, n. 3, p. 160-171, 2007.

O'HARA, M. W. The nature of postpartum depression. In: Murray, L.; Cooper, P. (Eds.). *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press, 1997. p. 3-31.

O'HARA, M. W.; SWAIN, A. M. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 1-54, 1996.

O'HIGGINS, M.; ROBERTS, I. S. J.; GLOVER, V. Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of Affective Disorders*, v. 109, s.n., p. 189-192, 2008.

ONOZAWA, K. et al. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, v. 63, n. 1, p. 201-207, 2001.

OYSERMAN, D. et al. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, v. 28, n. 4, p. 443-463, 2005.

PALÁCIOS, J.; MORENO, M. C. Parents' and adolescents' ideas on children: origins and transmission of intracultural diversity. In: HARKNESS, S.; SUPER, C. M. (Eds). *Parent's Cultural Belief Systems: their origins, expressions and consequences*. Guilford. New York: London. 1996. p. 215-253.

PATEL, V. M. R. C.; RODRIGUES, M. M. A.; DESOUSA, N. M. D. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, v.159, n. 1, p. 43-47, 2002.

PAULI-POTT, U. Mothers with depressive symptoms: cross-situational consistency and temporal stability of their parenting behavior. *Infant Behavior & Development*, v. 31, n. 4, p. 679-687, 2008.

PAULI-POTT, U. et al. Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behavior & Development*, v. 23, n. 1, p. 23-39, 2000.

PAULSON, J. F.; DAUBER, S.; LEIFERMAN, J. A. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, v. 118, n. 2, p. 659-668, 2006.

PAYKEL, E. S. et al. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, v. 136, n. 4, p. 339-346, 1980.

PELÁEZ-NOGUERAS, M. et al. Depressed mothers' touching increases infants' positive affect and attention in still-face interactions. *Child Development*, v. 67, n. 4, p. 1780-1792, 1996.

PIOVANOTTI, M. R. A. *Crenças maternas sobre práticas de cuidado parental e metas de socialização infantil*. 2007. 57 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PRADO, A. B. *A relação entre compreensão de intencionalidade em crianças de três anos e o discurso de mães com e sem depressão*. 2013. 231 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PROJETO TEMÁTICO. *Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências*. São Paulo. No prelo.

RABINOVICH, E. P. Modos de morar no Brasil e contexto de desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, v. 6, n. 2, p. 105-115, 1998.

RAMSAY, M. et al. Infant sucking ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 44, n. 6, p. 405–414, 2002.

REGMI, S. et al. A controlled study of postpartum depression among Nepalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health*, v. 7, n. 4, p. 378–382, 2002.

REINHERZ, H. Z. et al. Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*, v. 160, s.n., p. 2141–2147, 2003.

RIBAS JR, R. C.; SEIDL-DE-MOURA, M. L.; BORNSTEIN, M. H. Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II. Socioeconomic status and parenting knowledge. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 8, n. 3, p. 385-392, 2003.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 435 p.

RICK-EDWARDS, J. W et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 60, n. 3, p. 221–227, 2006.

RIGHETTI-VELTEMA, M. et al. Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, v. 70, n. 3, p. 291–306, 2002.

RIOS, G. S. *Análise do desenvolvimento da empatia aos dois anos de idade – contexto de criação e presença de depressão pós-parto*. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ROBERTSON, E. et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, vol. 26, n. 4, p. 289-295, 2004.

RODRIGUES, M. M. P. (1998). Evolução do Comportamento Parental em Primatas - o caso do Homo sapiens. In: SOUZA, L.; FREITAS, M. F. Q. & RODRIGUES, M. M. P. (Orgs.), *Psicologia: Reflexões (im)pertinentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 273-292.

ROSABAL-COTO, M. *Parental belief systems, conflict resolution strategies, and cultural orientation in the mother-child interactive context: a comparative study of two Costa Rican samples*. 2004. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia Cultural e do Desenvolvimento, University of Osnabrück, Osnabrück.

ROSENBERG, K.; TREVATHAN, W. Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 109, n. 11, p. 1199–1206, 2002.

RUELA, S. F. *Um estudo intergeracional de crenças valorizadas por mães em uma comunidade rural do estado do Rio de Janeiro*. 2006. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

RUELA, S. F.; SEIDL-DE-MOURA, M. L. Um estudo do nicho de desenvolvimento de um grupo de crianças em uma comunidade rural. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 12, n. 2, p. 315-324, 2007.

RUSCHI, G. E. C. et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria, Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 3, p. 274-280, 2007.

RUTTER, M. Commentary: Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, v. 26, s.n., p. 60-67, 1990.

SACHETTI, V. A. R. *Um estudo das crenças maternas sobre cuidados com crianças em dois contextos culturais do estado de Santa Catarina*. 2007. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. Definición del tipo de investigación a realizar: basicamente exploratória, descriptiva, correlacional o explicativa. In: SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B (Eds). *Metodologia de la investigación*. Colômbia: McGraw-Hill, 1994. p. 57-73.

SANTOS, M. F. S.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escalas de autoavaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 32-40, 1999.

SCARINCI, I. C. et al. Depression, socioeconomic status, age, and marital status in black women: a national study. *Ethnicity & Disease*, v. 12, n. 3, p.421-428, 2002.

SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M; MÜLLER, M. C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SCHORE, A. N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, v. 22, n. 1-2, p. 1-60, 2001.

SCHUETZE P.; ZESKIND, P. S. Relations between women's depressive symptoms and perceptions of infant distress signals varying in pitch. *Infancy*, v. 2, n. 4, p. 483-499, 2001.

SCHWENGBER, D. D de S. *A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de depressão no final do primeiro ano de vida do bebê*. 2002. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SCHWENGBER, D. D. de S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, Natal*, v. 8, n. 3, p. 403-411, 2003.

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

SEGALL, M. H.; LONNER, W. J.; BERRY, J. W. Cross-cultural psychology as a scholarly discipline: on the flowering of culture in behavioral research. *American Psychologist*, v. 53, n. 10, p. 1101-1110, 1998.

SEIDL-DE-MOURA, M. L.; FERREIRA, M. C. *Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005. 144p.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*, v. 9., n. 3, p. 421-429, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Brazilian mothers' socialization goals: intracultural differences in seven Brazilian cities. *International Journal of Behavioral Development*, v. 32, n. 6, p. 465-472, 2008a.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008b.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Profiles of maternal care observed in a group of brazilian mothers: an exploratory study. *The Spanish Journal of Psychology*, v. 15, n. 3, p. 989-999, 2012.

SHARMA, D.; FISCHER, K. W. Socioemotional development across cultures: context, complexity, and pathways. *New Directions for Child Development*, v. 81, n.81, p. 3-20, 1998.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SIGEL, I. E.; MCGILLICUDDY-DE LISI, A. V. Parent beliefs are cognitions: the dynamic belief systems model. In: Bornstein, M. H. (Ed.). *Handbook of parenting*. 2ª. Edição, Vol. 3. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. p. 485-508.

SILVA, G. A. *Estudo longitudinal sobre prevalência e fatores de risco para depressão pós-parto em mães de baixa renda*. 2008. 212 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, G. A. *Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise*. 2013. 246 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, R. A. M.; MAGALHÃES, C. M. C. Crenças sobre práticas: um estudo sobre mães primíparas de contexto urbano e não urbano. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2011.

SMITH, W.; NICHOLLS, D. S. Working with families under pressure - the impact of mental illness on the family. *Comissão de Saúde Mental do Governo da Austrália* (Ano 2002). Disponível em: < <http://www.fahcsia.gov.au/>>. Acesso em: 14 de abr. 2012.

SOTTO-MAYOR, I. M. B. de; PICCININI, C. A. Relacionamento conjugal e depressão materna. *PSICOΨ*, v. 36, n. 2, p. 135-148, 2005.

SOUSA, D. D. de; PRADO, L. C.; PICCININI, C. A. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 2, p. 335-343, 2011.

SOUTHWICK, S. M.; VYTHILINGAM, M.; CHARNEY, D. S. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 1, s.n., p. 255-291, 2005.

STEIN, A. et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *The British Journal of Psychiatry*, v. 158, n. 1, p. 46-52, 1991.

STEINER, M.; DUNN, E.; BORN, L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, v. 74, n. 1, p. 67-83, 2003.

STERN, D. N. *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212 p.

STEWART, S.; JAMBUNATHAN, J. Hmong women and postpartum depression. *Health Care for Women International*, v. 17, n. 4, p. 319-330, 1996.

STOBÄUS, L. C. *Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade: relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão materna*. 2013. 165 f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

STRAUSS, A.; WAIZBORT, R. Sob o signo de Darwin? Sobre o mau uso de uma quimera. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 68, p. 1-19, 2008.

STUCHBERY, M.; MATTHEY, S.; BARNETT, B. Postnatal depression and social supports in Vietnamese, Arabic and Anglo-Celtic mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 33, n. 10, p. 483-490, 1998.

SUIZZO, M. A. French parents' cultural models and childrearing beliefs. *International Journal of Behavioral Development*, v. 26, n. 4, p. 297-307, 2002.

SUIZZO, M. A. French and American mothers' childrearing beliefs: stimulating, responding, and long-term goals. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 35, n. 5, p. 606-625, 2004.

TAKEDA, F. et al. Postpartum depression and social support. *Nihon Koshu Eisei Zasshi Japanese Journal of Public Health*, v. 45, n. 6, p. 564-571, 1998.

TETI, D. M.; COLE, P. M. Parenting at risk: new perspectives, new approaches. *Journal of Family Psychology*, v. 25, n. 5, p. 625-634, 2011.

TETI, D. M.; GELFAND, D. M. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, v. 62, n. 5, p. 918-29, 1991.

THOMPSON, J. L.; NELSON, A. J.; KROVITZ, G. E. Hominid growth and development: the modern context. In: THOMPSON, J. L.; KROVITZ, G. E.; NELSON, A. J. (Eds.). *Patterns of growth and development in the Genus Homo*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 170-190.

TOMASELLO, M. *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 342 p.

TORRES, C. V.; DESSEN, M. A. The Brazilian jeitinho: Brazil's sub-cultures, its diversity of social contexts, and its families structures. In: GEORGAS, J.; BERRY, J. W.; VAN DE VIJVER, F. J.; KAGITÇIBASI, Ç.; POORTINGA, Y. H. *Families across cultures: a 30-nation psychological study*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 259-266.

TRACY, M. Postpartum depression: an evolutionary perspective. *Nebraska Anthropologist*, v. 20, n. 12, p. 93-114, 2005. Disponível em: <<http://digitalcommons.unl.edu/nebanthro/12>>. Acesso em: 02 de mar. 2012.

TRIVERS, R. L. Parent-offspring conflict. *American Zoologist*, v. 14, n. 1, p. 249-264, 1974.

TRIVERS, R. L.; CAMPBELL, B. Sexual selection and the descent of man. *Parental investment and sexual selection*, s.v., s.n., p. 136-179, 1972.

TRONICK, E. Z.; WEINBERG, M. K. Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: MURRAY, L.; COOPER, P. (Eds). *Postpartum Depression and Child Development*. New York: Guilford Press, 1997. p. 54–81.

VARELLA, M. A. C. *Variação individual nas estratégias sexuais: alocação de investimentos parentais e pluralismo estratégico*. 2007. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VICENTE, C.; BUSSAB, V. S. R. Estilo de apego e depressão pós-parto. In: VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO, VIII, 2011, Brasília. *Anais*. Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

VIEGAS, L. et al. Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, v. 46, s.n., p. 9-11, 2008.

VIEIRA, M. L. et al. Autonomy and interdependence: beliefs of Brazilian mothers from state capitals and small towns. *The Spanish Journal of Psychology*, v. 13, n. 2, p. 818-826, 2010a.

VIEIRA, M. L. et al. Brazilian mothers' beliefs about child-rearing practices. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, v. 41, n. 2, p. 195–211, 2010b.

WARNER, R. et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, v. 168, s.n., p. 607-611, 1996.

WEICH, S. et al. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, v. 194, n. 5, p. 392–398, 2009.

WEINBERG, K. M.; TRONICK, E. Z. Emotional characteristics of infants associated with maternal depression. *Depression and Anxiety*, v. 102, n. 5, p. 1298-304, 1998.

WHIFFEN, V. E. Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Reviews*, v. 12, s.n., p. 485-508, 1992.

WHISMAN, M. A.; UEBELACKER, L. A. Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, v. 24, n. 1, p. 184–189, 2009.

WHISMAN, M. A.; DAVILA, J.; GOODMAN, S. H. Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, v. 25, n. 3, p. 375–383, 2011.

WHITING, B. B. Culture and social behavior: a model for the development of social behavior. *Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology*, v. 8, n. 2, p. 95-115, 1980.

WHITING, J. W. M. A model for psychocultural research. In: LEIDERMAN, H. P.; TULKIN, S. R.; ROSENFELD, A. (Eds). *Culture and Infancy: variations in the human experience* (The Child Psychology Series). New York: Academic Press, 1977. p. 29-47.

WILEY, A. R. et al. Constructing autonomous selves through narrative practices: a comparative study of working-class and middle-class families. *Child Development*, v. 69, n. 3, p. 833–847, 1998.

WISNER, K. L. et al. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 60, n. 3, p. 176-180, 1999.

XIE, R. et al. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, v. 19, n. 9, p. 637-643, 2009.

ZAGNOEV, J. The knock-on effects of postnatal depression: why it is vital to intervene until the depression is adequately resolved. *Post Natal Depression Support Association – South Africa*. Disponível em: < <http://www.pndsa.org.za>>. Acesso em: 02 de julho. 2013.

ZEVELOFF, S. I.; BOYCE, M. S. Why human neonates are so altricial. *The American Naturalist*, v. 120, n. 4, p. 537-542, 1982.

ZLOCHOWER, A. J.; COHN, J. F. Vocal timing in face-to-face interaction of clinically depressed and nondepressed mothers and their 4-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, v. 19, n. 3, p. 371-374, 1996.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Of.0806/CEPH-04/07/06

Senhora Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) aprovou, em reunião de 12/06/2006, o projeto intitulado "Depressão pós-parto, comportamentos de cuidado e vinculação mãe-bebê" a ser desenvolvido pela mestranda Gabriela Andrade da Silva, sob a orientação de V. Exa., no Programa de Pós-Graduação Psicologia Experimental.

Atenciosamente,

Edely Tereza Murda
Secretária do CEPH-IP

Exma. Sra.
Professora Titular Emma Otta
Programa de Pós-Graduação Psicologia Experimental
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

**ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da
Universidade de São Paulo (HU-USP).**

São Paulo, 27 de novembro de 2006.

Ilmo(a) Sr(a).

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Divisão de Clínica Pediátrica
Hospital Universitário
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: Projeto de Pesquisa *"Interação mãe-bebê: depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento"* – **Registro CEP-HU/USP: 673/06 – SISNEP CAAE: 0051.0.198.000-06**

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 24 de novembro de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 24 de novembro de 2007.

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo.

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 15 de agosto de 2006

PARECER Nº 0193/CEPS/MS/2006

I - Identificação

Título do projeto: "Depressão pós-parto, comportamento de cuidado e vinculação mãe-bebê"

Número CEPSMS: CAAE 0123/06

Pesquisadores responsáveis: EMMA OTTA

II Objetivos:

- Verificar a incidência de depressão pós-parto (DPP) em mães durante o primeiro trimestre de vida dos bebês, em São Paulo;
- Avaliar alguns comportamentos maternos após o parto indicativos de busca de aumento de vinculação do pai com o bebê, como a atribuição de semelhança física ao pai e a motivação para nomeação;
- Relacionar a DPP no primeiro trimestre após o parto com o estilo de apego da mãe avaliado no último trimestre da gestação;
- Verificar a correlação entre DPP e condições de suporte à mãe (incluindo suporte material, afetivo e emocional) no último trimestre da gestação e entre 9 a 12 semanas após o parto.

III - Sumário do Projeto:

Descrição, caracterização da amostra e critérios de inclusão: mães que tiverem o parto realizado no HU-USP entre setembro e dezembro de 2006, tiverem realizado o pré-natal em uma das unidades de saúde (HU-USP, CSE Butantã, UBS Jardim São Jorge, UBS Vila Dalva e UBS Boa Vista), cujos bebês tiverem nascido a termo e que elas e os bebês apresentem boas condições de saúde.

Adequação da metodologia: serão realizadas entrevistas individuais, aplicados questionários e escalas de apego, de apoio social e de depressão pós-parto. Os instrumentos de pesquisa foram relacionados no projeto e foram apresentados.

Adequação das condições: estão adequadas.

IV – Comentários do relator, frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

Estrutura do protocolo: Adequado.

Justificativa de uso de placebo: Não se aplica.

Justificativa de suspensão terapêutica (Wash – out): Não se aplica.

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa

Análise de riscos e benefícios: O estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa.
Retorno de benefícios para sujeito e/ou para comunidade: O estudo pode trazer benefício para a área do conhecimento..
Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo: adequado.
Informação adequada quanto ao financiamento: Está esclarecido que o projeto não demandará despesas para a SMS/SP.
Outros centros, no caso de estudos multicêntricos: Não se aplica.

V – Parecer do CEP:

PROJETO APROVADO

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. TARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a)
EMMA OTTA
NESTA

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “Interação mãe-bebê e depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento” que visa obter dados a respeito de aspectos físicos e emocionais referentes à gravidez e ao período pós-parto que possam estar relacionados com a presença ou não de depressão. Nosso estudo começa logo antes do parto e segue a mãe e o bebê até que ele tenha 3 anos de idade. Esta pesquisa está sendo desenvolvida nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Natal, estando a coordenação da pesquisa em São Paulo a cargo da Dra. Maria Teresa Zulini da Costa da Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário da USP e da Profa. Emma Otta do Departamento de Psicologia Experimental da USP. A sua participação é voluntária e muito importante para que possamos esclarecer melhor o problema da depressão pós-parto, que aflige hoje tantas mulheres no mundo todo. Caso concorde em participar, teremos contato com a senhora nas seguintes etapas:

Entrevistas: Serão realizadas entrevistas que terão a duração máxima de 20 minutos nos seguintes momentos:

- No último trimestre da gestação;
- No período entre 24 e 48 horas depois do parto, quando a senhora ainda estiver no hospital;
- No período entre 9 e 12 semanas depois do parto;
- E antes das filmagens, que acontecerão aos 4, 8, 14, 24 e 36 meses de idade de seu filho (conforme explicado logo abaixo).

Filmagens (após as entrevistas): A duração máxima de cada filmagem será de 15 minutos, exceto aos 14 meses, quando deverá durar em torno de 30 minutos. Serão realizadas seis filmagens do seu bebê com a senhora, nas seguintes ocasiões:

- na hora do parto, quando ele é colocado no seu peito.
- com 4 meses de idade
- com 8 meses de idade
- com 14 meses de idade
- com 24 meses de idade
- com 36 meses de idade.

Coleta de Sangue e Saliva: Serão coletadas amostras do seu sangue na hora do parto, no 2o dia após o parto, e entre 9 e 12 semanas após o parto. O volume coletado por amostra será apenas de 5 mililitros. Pode haver um pequeno desconforto decorrente da coleta de sangue, e em alguns casos surgir hematoma no local da punção. Entretanto, isso geralmente não ocorre e, quando ocorre, os efeitos são passageiros e os riscos são mínimos. A coleta de sangue será feita por um profissional de saúde especializado, que poderá orientá-la no caso de alguma eventualidade, além de esclarecer qualquer dúvida. Serão coletadas amostras de saliva do seu bebê através do umedecimento de um pequeno algodão colocado na sua boca, próximo à gengiva. Os momentos da coleta serão os seguintes: no 2o dia, entre 9 e 12 semanas após o parto, e aos 8, 12, 24 e 36 meses de idade. O desconforto para o seu filho, se houver, é mínimo, passageiro e o procedimento é isento de riscos. O sangue e a saliva coletados serão usados para dosagem hormonal nos casos em que a entrevista indicar depressão. Para um grupo de mães participantes nas quais não tiver sido constatada depressão também serão realizadas dosagens hormonais nas amostras anteriormente coletadas do seu sangue e da saliva do seu filho, para servirem de referência para os casos onde houve indicação. Os exames laboratoriais serão realizados no Laboratório de Dosagens Hormonais da FMVZ da Universidade de São Paulo sob coordenação do Dr. Cláudio Alvarenga. As amostras de

sangue poderão também ser objeto de análises de biologia molecular, visando detectar indicadores adicionais da depressão.

Avaliação do Desenvolvimento da Criança: Durante os períodos de filmagens e entrevistas, nós avaliaremos o crescimento do seu bebê através da medição do peso e do comprimento, e também o seu desenvolvimento geral (comportamento, movimentos, atitudes, linguagem etc) e neurológico através de EEG.

As fases da pesquisa que ocorrem a partir do momento do parto só serão realizadas com as mulheres que tiverem bebê no Hospital Universitário da USP (HU). Portanto, se a senhora quiser participar de todas as etapas da pesquisa, deverá dar preferência por esse hospital. Caso ele venha a nascer em outro local, não poderemos dar continuidade ao trabalho de pesquisa.

As filmagens de todas as mães e de seus respectivos bebês, assim como as amostras de sangue e saliva que não forem utilizadas para dosagem hormonal, ficarão armazenadas em um banco de dados para futuras pesquisas, mas somente serão usadas após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP.

Se, através das entrevistas, considerarmos que a senhora necessita de tratamento médico para depressão, será feito o encaminhamento para o sistema de saúde público (SUS). Se, através da avaliação do desenvolvimento de seu filho, considerarmos que o desenvolvimento apresenta problemas, ele também será encaminhado para a rede de atendimento (SUS).

Não haverá nenhum pagamento, porém, haverá ajuda de custo para cobrir gastos com locomoção em todos os momentos em que for necessário em decorrência da sua participação nesta pesquisa.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4042 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. A senhora também pode entrar em contato, para mais informações sobre a pesquisa, ou em caso de qualquer intercorrência, com as seguintes pesquisadoras: Dra. Maria Teresa Zulini da Costa, da Unidade Neonatal da Divisão de Clínica Pediátrica, do Hospital Universitário (Telefone: 30399409; e-mail: mtzcosta@usp.br) e Profa. Emma Otta, do Instituto de Psicologia da USP (Telefone: 30914448; e-mail: emmaotta@usp.br). O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP, caso deseje fazer contato, é: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 e Telefone: 30399457.

A senhora poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Declaro, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador, ter entendido o que me foi explicado e, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, consinto em participar da presente pesquisa.

Nome da participante da pesquisa:
Número do RG:
Endereço residencial:
Telefones para contato:

Assinatura da participante

São Paulo, _____
(data)

Assinatura do pesquisador

ANEXO E – Variáveis de interesse extraídas das oito etapas do projeto temático da FAPESP.

No.	Entrevistas	Variáveis	Descrição
I Variáveis sociodemográficas			
1	1a. Entrevista	Idade da mãe	numérica
2	1a. e 8a. Entrevista	Tem trabalho remunerado?	1 - sim; 2 - não
3	8a. Entrevista	Quantas horas/dia e quantos dias/semana ou NSA	numérica
4	1a. Entrevista	Escolaridade da mãe (métrica)	numérica
5	1a. Entrevista	Escolaridade da mãe (categórica)	1 - não alfabetizado; 2 - primário incompleto; 3 - primário completo e ginásio incompleto; 4 - ensino fundamental completo; 5 - ensino médio incompleto; 6 - ensino médio completo; 7 - ensino superior incompleto; 8 - ensino superior completo; 9 - pós-graduação; 10 - não sabe
6	1a. Entrevista e 8a. Entrevista	Status marital	1 - tem companheiro; 2 - não tem; e 1 - solteira; 2 - casa com o pai da criança; 3 - mora com o pai da criança; 4 - casa com outra pessoa; 5 - mora junto com outra pessoa; 6 - divorciada; 7 - viúva.
7	1a. Entrevista	Idade do pai da criança	numérica
8	1a. Entrevista	Tem trabalho remunerado?	1 - sim; 2 - não
9	1a. Entrevista	Escolaridade do companheiro	1 - não alfabetizado; 2 - primário incompleto; 3 - primário completo e ginásio incompleto; 4 - ensino fundamental completo; 5 - ensino médio incompleto; 6 - ensino médio completo; 7 - ensino superior incompleto; 8 - ensino superior completo; 9 - pós-graduação; 10 - não sabe; 11 - não tem companheiro
10	8a. Entrevista	Renda familiar total	1 - menos de 100; 2 - 101 a 200; 3 - 201 a 300; 4 - 301 a 400; 5 - 401 a 500; 6 - 501 a 600; 7 - 601 a 800; 8 - 801 a 1000; 9 - 1001 a 1300; 10 - 1300 a 1600; 11 - 1601 a 2000; 12 - 2001 a 3000; 13 - 3000 a 4000; 14 - Acima de 4000
11	8a. Entrevista	Renda familiar (respondente, marido e outros da casa)	numérica
12	8a. Entrevista	Número de cômodos da residência	numérica
13	8a. Entrevista	Classificação econômica	1 - A1 (42-46); 2 - A2 (35-41); 3 - B1 (29-34); 4 - B2 (23-38); 5 - C1 (18-22); 6 - C2 (14-17); 7 - D (8-13); E - (0-7)
14	8ª. Entrevista	Classificação econômica reduzida	1 - A; 2 - B; 3 - C; 4 - D; 5 - E
15	8a. Entrevista	Onde foi criada?	1 - zona urbana; 2 - zona rural/cidade pequena
16	8a. Entrevista	Nome município/cidade	qualitativa
17	8a. Entrevista	Tamanho do município/cidade	1 - pequena (<50.000 hab); 2 - média (entre 50.000 e 800.000 hab); 3 - grande (>800.000 hab)
18	8a. Entrevista	Tem religião?	1 - sim; 2 - não
19	8a. Entrevista	Qual? ou NSA	qualitativa
II Variáveis relacionadas a histórico familiar			
20	1a. Entrevista	Qualidade do ambiente familiar na infância	1 - muito afetivo; 2 - afetivo; 3 - de vez em quando estressante; 4 - quase sempre estressante; 5 - nem muito afetivo, nem muito estressante
21	8ª. Entrevista	Relação da participante com a mãe quando criança	1 - péssima; 2 - ruim; 3 - regular; 4 - boa; 5 - ótima
22	8ª. Entrevista	Relação da participante com a mãe quando adolescente	1 - péssima; 2 - ruim; 3 - regular; 4 - boa; 5 - ótima
23	8ª. Entrevista	Relação da participante com o pai quando criança	1 - péssima; 2 - ruim; 3 - regular; 4 - boa; 5 - ótima

No.	Entrevistas	Variáveis	Descrição
24	8ª. Entrevista	Relação da participante com o pai quando adolescente	1 - péssima; 2 - ruim; 3 - regular; 4 - boa; 5 - ótima
25	1a., 4a. Entrevista	Qualidade da vida familiar com o companheiro	1 - nada conflituosa; 2 - conflituosa
26	1a. Entrevista	Número de pessoas morando na mesma casa	numérica
27	1a. Entrevista	Número de adultos (parentes e/ou amigos) que moram na mesma casa	numérica
28	1a. Entrevista	Número de crianças (filhos ou outras crianças) morando na mesma casa	numérica
29	1a. Entrevista	Composição familiar	1 - família nuclear - pai, mãe e filhos; 2 - família nuclear estendida - pai, mãe, filhos e outros parentes e amigos; 3 - família mononuclear; mãe e filhos; 4 - família mononuclear estendida - mãe, filhos e outros parentes e amigos; 5 - outra.
30	1a. Entrevista	Composição familiar reduzida	1 - família nuclear e nuclear estendida; 2 - família mononuclear e mononuclear estendida; 3 - outra.
31	1a. Entrevista	A mãe conviveu com o pai da criança	1 - sim; 2 - não
III Variáveis relacionadas à gravidez			
32	1a. Entrevista	A gravidez foi planejada, aceita e desejada	1 - sim; 2 - não
33	2a. Entrevista	Tempo de gestação (em semanas)	numérica
34	2a. Entrevista	Fumou e/ou bebeu durante a gravidez	1 - sim; 2 - não
35	2a. Entrevista	Quantos quilos engordou durante a gravidez	0 - não sabe; 1 - menos de 9kg; 2 - até 9kg; 3 - até 15 kg; 4 - até 20 kg; 5 - mais de 20 kg; 6 - emagreceu
IV Variáveis relacionadas ao pré-natal			
36	1a. Entrevista	Número de consultas durante o pré-natal	numérica
V Variáveis relacionadas a histórico reprodutivo			
37	1a. Entrevista	Idade da menarca	numérica
38	1a. Entrevista	Idade da primeira relação sexual	numérica
39	1a. Entrevista	Número de filhos vivos	numérica
40	1a. Entrevista	Paridade	1 = sim; 2 = não
41	1a. Entrevista	Pai da criança tem filhos com outra mulher	1 - sim; 2 - não
VI Variáveis relacionadas a características infantis			
42	2a. Entrevista	Sexo	1 = masculino; 2 = feminino
43	2a. Entrevista	Altura	numérica
44	2a. Entrevista	Peso	numérica
45	8a. Entrevista	Idade	numérica
VII Variáveis relacionadas a histórico psiquiátrico			
46	1a. Entrevista	Histórico prévio de depressão	1 - sim; 2 - não
47	1a. Entrevista	Histórico na família	1 - sim; 2 - não
VIII Variável relacionada a aleitamento			
48	2ª Entrevista	Estava amamentando a criança no peito após o parto?	1 - sim; 2 - não
IX Variáveis relacionadas à DPP			
49	1ª., 3ª., 4ª., 5ª., 7ª. 8ª. Entrevista	Soma dos escores obtidos na Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE)	numérica
50	1a., 3a., 4a., 5a., 7a. 8a. Entrevista	Mãe está com indicadores de depressão ou não	1 = sim; 2 = não

No.	Entrevistas	Variáveis	Descrição
51	1a., 3a., 4a., 5a., 7a. 8a.	Incidência da DPP	1 - pelo menos uma vez DPP no puerpério; 2 - nunca DPP
X	Variável relacionada à Escala de Apoio Social		
52	1a., 3a., 4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Soma dos escores totais	numérica
XI	Variáveis relacionadas aos Modelos, Metas, Crenças e Práticas Parentais		
53	8a. Entrevista	Escala de Metas de Socialização	1 - autonomia; 2 - interdependência
54	8a. Entrevista	Aprender a obedecer seus pais; Aprender a obedecer pessoas mais velhas; Aprender a cuidar do bem-estar dos outros; Desenvolver um senso de autoestima; Aprender a animar os outros; Desenvolver competitividade Desenvolver um senso de identidade	1 - nem um pouco; 2 - um pouco; 3 - mais ou menos; 4 - concordo; 5 - concordo completamente
55	8a. Entrevista	Escala de Crenças sobre Práticas de Cuidado	1 - autonomia; 2 - interdependência
56	8a. Entrevista	Importante ninar bebê quando chora; Dormir a noite toda deve ser treinado desde cedo; Não é necessário atender bebê imediatamente Nunca é cedo demais p/ dirigir atenção do bebê para objetos; Ginástica faz um bebê forte; Se bebê estiver enjoado deve-se pegá-lo no colo; É bom para o bebê dormir sozinho; Qdo um bebê chora deve-se dar o peito; Deixar bebê chorar um pouco como auto-consolo; Bebê deve estar próximo da mãe	1 - nem um pouco; 2 - um pouco; 3 - mais ou menos; 4 - concordo; 5 - concordo completamente
57	8a. Entrevista	Escala de Atividades Realizadas	1 - Práticas autônomas (face-a-face e estimulação via objetos); 2 - Práticas interdependentes (contato e estimulação corporal); 3 - Práticas de cuidados primários
58	8a. Entrevista	Socorrer qdo está chorando; Alimentar; Manter limpo; Cuidar para que durma e descanse; Não deixar que passe frio; Carregar no colo; Ter sempre por perto; Abraçar e beijar; Dormir junto na rede ou cama; Tentar evitar que se acidente; Fazer cócegas; Fazer massagem; Deixar livre para correr, nadar; Brincadeiras de lutar (corporais); Atividades físicas; Dar brinquedos; Jogar jogos; Pendurar brinquedos no berço; Ver livrinhos juntos; Mostrar coisas interessantes; Conversar; Explicar coisas; Ouvir o que tem a dizer; Responder a perguntas; Ficar frente a frente, olho no olho.	1 - nunca; 2 - raramente; 3 - às vezes; 4 - quase sempre; 5 - sempre
59	8a. Entrevista	Escala de Importância Atribuída às Atividades Realizadas	1- Práticas autônomas (face-a-face e estimulação via objetos); 2- Práticas interdependentes (contato e estimulação corporal); 3- Práticas de cuidados primários

No.	Entrevistas	Variáveis	Descrição
60	8a. Entrevista	Socorrer qdo está chorando; Alimentar; Manter limpo; Cuidar para que durma e descanse; Não deixar que passe frio; Carregar no colo; Ter sempre por perto; Abraçar e beijar; Dormir junto na rede ou cama; Tentar evitar que se acidente; Fazer cócegas; Fazer massagem; Deixar livre para correr, nadar; Brincadeiras de lutar (corporais); Atividades físicas; Dar brinquedos; Jogar jogos; Pendurar brinquedos no berço; Ver livrinhos juntos; Mostrar coisas interessantes; Conversar; Explicar coisas; Ouvir o que tem a dizer; Responder a perguntas; Ficar frente a frente, olho no olho.	1 - pouco importante; 2 - razoavelmente importante; 3 - mais ou menos importante; 4 - importante; 5 - muito importante
XII Variável relacionada aos cuidados maternos e alo-maternos			
61	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Frequenta a creche	1 – sim; 2 - não
62	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Quantas horas passa na creche	numérica
63	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Quem é o principal cuidador	1 – mãe; 2 – outros; 3 – mãe e outros; 4 – companheiro; 5 – companheiro e outros
64	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Quantas horas passa com o principal cuidador	numérica
65	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Quantas horas passa com a mãe	numérica
66	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Avaliação da mãe do tempo dedicado ao bebê	1 – suficiente; 2 – menos que o necessário; 3 – mais que o necessário
67	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Avaliação da mãe do trabalho que o bebê dá	1 – pouco; 2 – razoável; 3 - muito
68	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Como se sente em relação aos cuidados	1 – muito fácil; 2 – fácil; 3 – razoável; 4 – difícil; 5 – muito difícil
69	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Avaliação do relacionamento com a criança	1 – muito; 2 – prazeroso; 3 – razoável; 4 – pouco; 5 - nada
70	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Frequência com quem alguém ajuda nos cuidados com o bebê	1 – sempre; 2 – quase sempre; 3 – às vezes; 4 – raramente; 5 - nunca
71	4a., 5a., 7a. e 8a. Entrevista	Frequência com que fica impaciente com a criança	1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – quase sempre; 5 - sempre

ANEXO F – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º. Grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º. Grau completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente: Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

ANEXO G – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE).

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

Sim, todo o tempo.....	1
Sim, na maior parte do tempo.....	2
Não, nem sempre.....	3
Não, em nenhum momento.....	4

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana. Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

01. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

Como eu sempre fiz.....	0
Não tanto quanto antes.....	1
Sem dúvida menos que antes.....	2
De jeito nenhum.....	3

02. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

Como sempre senti.....	0
Talvez menos do que antes.....	1
Com certeza menos.....	2
De jeito nenhum.....	3

03. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0

04. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

Não, de maneira alguma.....	0
Pouquíssimas vezes.....	1
Sim, algumas vezes.....	2
Sim, muitas vezes.....	3

05. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

Sim, muitas vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0

06. *Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.	
Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.....	3
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.....	2
Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.....	1
Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.....	0
07. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.	
Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
08. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	
Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, muitas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, de jeito nenhum.....	0
09. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.	
Sim, quase todo o tempo.....	3
Sim, muitas vezes.....	2
De vez em quando.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
10. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	
Sim, muitas vezes ultimamente.....	3
Algumas vezes nos últimos dias.....	2
Pouquíssimas vezes, ultimamente.....	1
Nenhuma vez.....	0

ANEXO H – Escala de Apoio Social (EAS).

<i>Se precisar com que frequência você conta com alguém</i>	Nunca 1	Raramente 2	Às vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
1. que a ajude se ficar de cama?					
2. para levá-la ao médico?					
3. para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?					
4. para preparar suas refeições se a você não puder prepará-las?					
5. que demonstre afeto pela Sra.?					
6. que lhe dê um abraço?					
7. que Sra. ame e que faça a Sra. se sentir querida?					
8. para ouvi-la quando a Sra. precisar falar?					
9. em quem confiar ou para falar da Sra. ou sobre seus problemas?					
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
11. que compreenda seus problemas?					
12. para dar bons conselhos em situações de crise?					
13. para dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?					
14. de quem a Sra. realmente quer conselhos?					
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
16. com quem fazer coisas agradáveis?					
17. com quem distrair a cabeça?					
18. com quem relaxar?					
19. para se divertir junto?					