**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

GABRIELA SINTRA RIOS

**Análise do Desenvolvimento da Empatia aos dois anos de idade –
Contexto de Criação e Presença de Depressão Pós-Parto**

Versão Corrigida

São Paulo
2013

GABRIELA SINTRA RIOS

**Análise do Desenvolvimento da Empatia aos dois anos de idade –
Contexto de Criação e Presença de Depressão Pós-Parto**

Dissertação apresentada ao Instituto
de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração:
Psicologia Experimental

Orientadora: Vera Silvia Raad Bussab

São Paulo
2013

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

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

Rios, Gabriela Sintra.

Análise do desenvolvimento da empatia aos dois anos de idade – contexto de criação e presença de depressão pós-parto / Gabriela Sintra Rios; orientadora Vera Silvia Raad Bussab. -- São Paulo, 2013.
120 f.

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

1. Depressão Pós-Parto 2. Empatia 3. Desenvolvimento infantil I. Título.

RC537

GABRIELA SINTRA RIOS

**ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA AOS DOIS ANOS
DE IDADE – CONTEXTO DE CRIAÇÃO E PRESENÇA DE
DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Experimental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em especial à minha Avó Carmelinda Sintra (in memória) por me fazer acreditar que “a perseverança é sempre vantajosa”.

E aos meus Pais: Marina e Atevaldo, pelo imenso e incondicional amor a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela vida, por sempre me guiar pelos melhores caminhos e por tornar realidade os desejos do meu coração.

Muitas são as pessoas a quem aqui quero deixar registrada minha imensa gratidão. Vou começar pelas minhas queridas irmãs Renata e Daniela, amigas que tenho para todas as horas: meus agradecimentos pelas atitudes de carinho, apoio, dedicação e amizade mútua. Saibam que “minhas mãozinhas sempre estarão atreladas às de vocês”.

Meus agradecimentos às minhas sobrinhas e filhas do coração Ana Lara e Luana, por me fazer acreditar todos os dias que viver vale a pena, e que podemos superar tudo quando temos uma missão nesta terra.

A todos da minha amada Família que com muito carinho vibram a cada passo conquistado que dou.

Meus agradecimentos à minha Orientadora Profa. Dra. Vera Silvia Raad Bussab, pela grande oportunidade a mim dispensada, pela sua humildade em compartilhar seus ricos conhecimentos, pela sua dedicação, paciência e amizade.

Agradeço a Profa. Dra. Maria Salum por ter aberto as portas da USP para mim; na verdade já nos conhecemos há algum tempo e hoje vejo que nossa amizade rendeu belos frutos: aqui estou eu me tornando Mestre; obrigada por me acompanhar e contribuir para mais esta conquista.

À Prof. Dra. Vera Regina, pela confiança em mim depositada e por empaticamente compartilhar seus conhecimentos, que me guiaram para a escolha e realização deste estudo.

Às Professoras Emma Otta e Briseida, que contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos tão acurados em aulas enriquecedoras ao longo da minha caminhada acadêmica.

Ao Cristhian, pela amizade, colaboração e auxílio mútuo em minha coleta de dados.

Aos Estatísticos do Projeto Ipê, em especial ao Luís, que sabiamente me ensinou a caminhar por vales extremamente desconhecidos da estatística. Agora a “tabelinha de X no Excel é uma verdadeira Planilha de SPSS”.

Meu especial agradecimento a cada mãe e bebê, que contribuíram ativamente para o desenvolvimento deste Projeto.

Minha imensa e carinhosa gratidão às minhas inesquecíveis e amadas amigas: Renata de Felipe, Alessandra, Tânia, Juraci, Bruninha, Ana Patrícia, Bia Servilha, Rachel, Vanessa, Flavinha, Laura, Gi Zago, Carla Cristine, Lia, Gabi Silva, Julia, amizades conquistadas com tanto carinho, dedicação e cumplicidade ao longo desta minha caminhada na USP. Muitos foram os momentos de trabalho, estudos, mas também de boas conversas, trocas de experiências, risadas, choros e confidências... Momentos únicos que ficarão gravados em meu coração.

Agradecimentos a todos os Pesquisadores do Projeto Ipê.

Meus agradecimentos a todos os funcionários do Instituto de Psicologia, em especial à Sonia, pela seriedade e disponibilidade com que me auxiliou nas diversas dúvidas acadêmicas e por sempre me lembrar de que o caminho mais fácil é aquele que conseguimos traçar com responsabilidade.

Meus agradecimentos aos amigos do Instituto de Saúde - ISAÚDE: Dra. Sonia Venâncio, Dra. Maria Cezira, ao Nelson, por sempre me oferecer aquela oportuna “ajudinha” nas minhas tantas dificuldades em dominar alguns comandos do computador, à Taninha, Valéria, Jaci, Natália. Amigos que com seu imenso carinho sempre contribuíram e torceram por esta conquista.

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado, que sabem o valor desta conquista para mim e que estão também compartilhando comigo mais esta realização.

“Somos pré-programados a estender a mão”.

FRAZ DE WAAL.

RESUMO

RIOS, G. S. **Análise do desenvolvimento da empatia aos dois anos de idade: Contexto de criação e presença de Depressão Pós – Parto**. 2013. 230f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Introdução: A empatia consiste em compartilhar uma emoção percebida de outra pessoa, e, em certa medida, sentir a mesma emoção que a outra pessoa está sentindo (Eisenberg e Strayer; 1992). Aos dois anos, as crianças têm a capacidade de atribuir significado emocional às expressões dos outros, além de responder a estas expressões de modo adequado; verifica-se neste contexto de compartilhamentos emocionais precoces o aparecimento de comportamentos de consolo e de ajuda, ainda que de maneira incipiente (Harris, 1996; Strayer, 1993). O presente estudo faz parte do Projeto Temático (FAPESP) “Depressão Pós-Parto (DPP) como fator de risco no desenvolvimento: Estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, que acompanha díades mãe-bebê da gestação ao terceiro ano da criança. Dentro deste projeto, este estudo objetivou avaliar relações entre variáveis do contexto socioafetivo da criança sobre o desenvolvimento da empatia na criança, aos dois anos de idade. Recebeu atenção especial a presença ou não de indicadores de DPP, bem como de outros fatores contextuais associados ao sexo da criança, apoio social, ao fato de a criança ter outros cuidadores, frequentar a creche, desfrutar da presença do pai, considerando-se também as percepções da mãe quanto ao temperamento de suas crianças, a impaciência e a satisfação em ser mãe. **Métodos:** A amostra foi composta por 69 díades (mãe-bebê) com a presença ou não de indicadores de DPP. Esta foi avaliada no puerpério, aos 8 meses e aos 24 meses, pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgh (EDPE). Para analisar o desenvolvimento da empatia, utilizou-se aos 24 meses das crianças o teste do “Teddy Bear”, segundo protocolo desenvolvido por Bischof – Kohler (1991), que visa avaliar ações e emoções indicativas de empatia. As reações apresentadas pelas crianças foram analisadas quanto à presença de indicadores de empatia, conforme protocolo do teste. As crianças também receberam classificações a partir de padrões de comportamentos descritos como: ajudantes, ajudantes bloqueados e indiferentes. **Resultados:** O teste da empatia foi aplicado em 69 crianças, e inicialmente foi possível verificar, por meio do teste realizado aos 24 meses, que ainda que estas crianças sejam filhas de mães com ou sem indicativos de DPP, a grande maioria (43=63,2%) demonstrou empatia diante da situação de choro do experimentador enquanto as demais apresentaram comportamentos de indiferença. Ao contrário do esperado, não se verificou efeito da DPP no puerpério sobre a empatia nas

crianças de dois anos. Ainda assim, houve uma tendência a este efeito esperado da DPP sobre a empatia: No grupo sem depressão pós-parto, há uma tendência a mais crianças empáticas. Pode-se verificar, no resíduo ajustado, que as crianças empáticas estão positivamente associadas à ausência de DPP (1,6) – enquanto no grupo com DPP há menos frequência (-1,6) do que a esperada pelo acaso de crianças empáticas. Não foram observadas diferenças significativas na empatia aos dois anos, em função da depressão materna medida aos 8 e 24 meses. Neste estudo, os meninos apresentaram-se proporcionalmente mais empáticos (77,3% versus 55,6% das meninas), embora este bom desempenho tenha se revelado no contexto sem indicativo de DPP. Este resultado contraria o esperado pela literatura, no sentido de mais empatia associada às meninas. Os resultados obtidos com relação à empatia da criança aos 24 meses e seu principal cuidador neste período revelam que grande parte das crianças consideradas empáticas (26=65,0%) estão sob cuidados de outras pessoas que não a mãe, principalmente aos 24 meses. Os resultados citados anteriormente relacionam-se diretamente com o estar ou não em creches. Analisando-se em função da frequência à creche, verifica-se que a maioria das crianças consideradas empáticas (25=69,4%) já está frequentando a creche ou a escolinha aos 24 meses. Embora os resultados não tenham sido significativos, o resíduo ajustado demonstrou uma tendência para associação entre frequentar a creche e apresentar empatia (1,3). A relação entre os indicadores de empatia da criança aos 24 meses e ter contato com o Pai neste mesmo período, obtidos nesta amostra, também revelou tendência a mais empatia (35=59,3) nas crianças que desfrutam da presença do pai. As mães do grupo sem indicativos de DPP consideraram o temperamento de suas crianças “mais fácil” e estas por sua vez foram consideradas mais empáticas (17=69,0). Embora estes estudos realizados dentro do Projeto Temático apontem frequentes manifestações de impaciência das mães aos 24 meses, as crianças filhas de mães que relataram ficar “às vezes” impacientes apresentaram-se mais empáticas (23=63,9%). No que se refere à satisfação em ser mãe e a empatia da criança aos 24 meses, no grupo de mães que se declararam sempre estar satisfeitas, as crianças apresentaram mais comportamentos empáticos (35=64,8%) e na presença de depressão não houve associações significativas com a empatia. **Conclusão:** Embora a DPP não tenha influenciado de modo significativo o desenvolvimento da empatia das crianças aos 24 meses, o conjunto de indicadores mostrou uma associação complexa entre os vários fatores do contexto e o sexo da criança em interação com a DPP. É fato que alguns elementos podem amenizar os sintomas que afetam a mãe deprimida, que pode por sua vez buscar através de mecanismos de proteção ao seu bebê um suporte emocional e social adequado com subsídios eficazes para a compreensão e amparo das necessidades do seu bebê. A presente pesquisa ao

mostrar estas interações contribui para a compreensão da DPP como um fator de risco para o desenvolvimento das crianças que vivem neste contexto, associando os mesmos a fatores psicossociais de risco. Reitera-se a importância de pesquisas que possam contribuir para a compreensão do desenvolvimento e para intervenções psicológicas e cuidados com a saúde das mães e seus bebês.

Palavras Chaves: Depressão Pós-Parto; Empatia; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

RIOS, G. S. **Analysis of the development of empathy at two years of age: Context creation and presence of Postpartum Depression**. 2013. 230f. Dissertation (Master) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Introduction: Empathy is to share a perceived emotion of another person, and to some extent, feel the same emotion that the other person is feeling (Eisenberg e Strayer; 1992). At two years the children have the ability to assign meaning to the emotional expressions of others, and respond to these expressions appropriately: there is in this context shares the early emergence of emotional behaviors consolation and help, albeit in a incipient (Harris, 1996; Strayer, 1993). This study is part of the Thematic Project (FAPESP) "Postpartum Depression (DPP) as a risk factor in development: Interdisciplinary study of the factors involved in the genesis of the framework and its consequences ", accompanying mother-infant dyads from pregnancy to the child's third year. Within this project, this study aimed to evaluate relationships between variables in the context of socio-affective child on the development of empathy in children at two years of age. Received special attention to the presence or absence of indicators of DPP, as well as other contextual factors associated with the sex of the child, social support, the fact that the child has other caregivers, attending daycare, enjoy the presence of the father, considering also the mother's perceptions regarding the temperament of your children, impatience and satisfaction in being a mother. **Methods:** The sample consisted of 69 dyads (mother-baby) with the presence or absence of indicators of postpartum depression; this was evaluated postpartum, 8 months and 24 months, the Depression Scale of Postpartum Edimburgh (EDPE). To analyze the development of empathy, we used 24 months of testing children's "Teddy Bear", a protocol developed by Bischof - Kohler (1991), which aims to evaluate actions and emotions indicative of empathy. The reactions presented by the children were analyzed for the presence of indicators of empathy as the test protocol. Children also received ratings from patterns of behavior described as helpers, helpers blocked and indifferent. **Results:** The empathy test was applied in 69 children, and initially was verified by testing performed at 24 months, that although these children are born to mothers with or without indications of postpartum depression, the vast majority (43 = 62,3 %) showed empathy to the situation of crying the experimenter while the others showed behaviors of indifference. Still, there was a tendency to this expected effect of DPP about empathy: In the group without postpartum depression, there is a trend to more empathic children. You can check the residue adjusted, empathic children are positively associated with the absence of

DPP (1,6) - while the group with DPP less frequently (-1,6) than expected by chance empathic children. There were no significant differences in empathy to two years, depending on maternal depression measured at 8 and 24 months. In this study, boys showed up proportionately more empathetic (77,3% versus 55,6% girls), although this has proved good performance in context without indicating DPP. This result runs counter to the anticipated by the literature, in order to more empathy associated with girls. The results obtained with respect to the child's empathy at 24 months and their caregivers in this period reveal that most children considered empathetic (26 = 65,0%) are under the care of persons other than the mother especially at 24 month. The results cited above relate directly to whether or not in daycare. Analyzing a function of frequency to daycare, it appears that the majority of children considered empathetic (25 = 69,4%) is already attending kindergarten or kindergarten to 24 months. Although the results were not significant, the adjusted residual showed a trend for association between attending nursery and display empathy (1,3). The relationship between indicators of empathy in children at 24 months and have contact with the Father in the same period, obtained in this sample also showed a tendency to more empathy (35 = 59,3) in children who enjoy the presence of the father. The mothers in the group without DPP considered indicative of the temperament of their children "easier" and these in turn were considered more empathetic (17 = 69,0). While these studies point within the Thematic Project frequent expressions of impatience mothers at 24 months, children born to mothers who reported getting "sometimes" impatient were more empathic (23 = 63, 9%). Regarding the satisfaction of being a mother and child empathy at 24 months in the group of mothers who reported ever being satisfied children showed more empathetic behaviors (35 = 64, 8%) and in the presence of depression no significant associations with empathy. **Conclusion:** Although the DPP has not significantly influenced the development of empathy for children at 24 months, the number of indicators showed a complex association between various factors and the context of the child's gender in interaction with the DPP. It is a fact that some elements may ease symptoms that affect the depressed mother, which may in turn seek through mechanisms of protection for your baby a proper social and emotional support with subsidies for effective understanding and support the needs of your baby. The present research to show these interactions contributes to the understanding of the DPP, as a risk factor for the development of children living in this context, associating them with psychosocial risk. Reiterates the importance of research that can contribute to the understanding of development and psychological interventions and health care of mothers and their babies.

Key-words: Postpartum depression; empathy; child development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Protocolo de entrevistas realizadas durante o último trimestre de gravidez, após o parto e aos 3, 4, 8, 12 e 24 meses de vida da criança.....	28
Tabela 2 – Lista de reações empáticas apresentadas pelas crianças durante o Teddy Bear Test (Bischof-Kohler, 1991).....	33
Tabela 3 – Distribuição com relação à condição da criança (empático e não empático) medida aos 24 meses e as medidas de DPP das mães durante o puerpério e resultados do Chi – Quadrado.....	38
Tabela 4 – Distribuição com relação ao sexo da criança, condição da criança (empático e não empático), a condição da mãe com ou não indicativo de DPP aos 24 meses e resultados do teste de Chi-Quadrado.....	40
Tabela 5 – Distribuição com relação ao sexo da criança, estilo da criança (indiferente, ajudante e ajudante bloqueado) e resultados do teste do Chi-Quadrado.....	41
Tabela 6 – Distribuição da condição da criança (empático e não empático), seu principal cuidador aos 24 meses e resultados do teste do Chi-Quadrado.....	42
Tabela 7 – Medidas relacionadas a condição da criança (empático e não empático), ao fato da crianças estar frequentando creche aos 24 meses e medidas do teste do Chi-Quadrado.....	42
Tabela 8 – Representa a condição da criança (empático e não empático), o contato que a mesma tem com o Pai aos 24 meses e resultados do teste do Chi-Quadrado.....	43
Tabela 9 – Medidas relacionadas à DPP materna aos 24 meses, a visão das mães com relação ao temperamento de suas crianças aos 24 meses, a condição da criança (empático e não empático) e teste do Chi-Quadrado.....	44
Tabela 10 – Distribuição relacionada à condição da criança (empático e não empático), a visão das mães quanto ao sentimento de impaciência com relação a sua criança e teste do Chi-Quadrado.....	45
Tabela 11 – Medidas sobre a condição da criança (empático e não empático), a visão das mães quanto ao sentimento de satisfação em ser mães aos 24 meses da criança e teste do Chi-Quadrado.....	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Árvore da Decisão (Bischof-Kohler, 1991).....	34
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das crianças segundo ao sexo que participaram do Teddy Bear Test aos 24 meses.....	37
Gráfico 2 – Resultados de EDPE obtidos nas diversas etapas do projeto temático DPP: percentagem de mães com e sem DPP.....	38
Gráfico 3 – Porcentagem de crianças empáticas e não empáticas nos grupos com ou sem indicativo de DPP aos 8 e 24 meses da criança.....	39
Gráfico 4 – Porcentagem de crianças que frequentam creche ou escolinha aos 4, 8 e 12 meses.....	43

LISTA DE SIGLAS

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde, 10 revisão.

CEPH-IP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

CSEB - Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa.

DPP - Depressão Pós – Parto.

EDPE - Escala de Depressão Pós – Pós Parto de Edimburgo (versão validada no Brasil).

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

HU – USP Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

IPUSP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

PAM - Perception-Action Model - Modelo de Percepção-Ação.

SPSS - Statistical Package for Social Sciences.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

USP - Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. EMPATIA	2
1.1. Definição e Conceitos de Empatia	2
1.2. Empatia sob uma perspectiva evolucionista	5
1.3. Desenvolvimento da empatia em crianças	8
1.4 Empatia e comportamento pró-social	14
2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO	18
2.1. Classificação e sintomas	18
2.2. Desenvolvimento da Empatia em contexto de Depressão Pós-Parto	20
3. OBJETIVOS E HIPÓTESES	23
3.1. Objetivo Geral	23
3.2. Objetivos Específicos	23
3.3. Hipóteses	23
4. MÉTODO	23
4.1. Participantes	23
4.2. Instrumentos de Medida e Procedimentos	24
4.2.1. Escala de Depressão Pós- Parto de Edimburgo (EDPE)	25
4.2.2. Teddy Bear Test (Bischof- Kohler, 1991)	25
4.2.3. Entrevistas Estruturadas	27
4.2.4. Protocolo de Análise do Teddy Bear Test	32
4.2.5. Análise Estatística	35
5. RESULTADOS	36
6. DISCUSSÃO e CONCLUSÃO	47
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
8. ANEXOS	64
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de São Paulo	65
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP)	66
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo	67
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	69

ANEXO E – Instrumento – Quarta Entrevista realizada aos 4 meses de vida da criança.....	72
ANEXO F – Instrumento – Quinta Entrevista realizada aos 8 meses de vida da criança.....	77
ANEXO G – Instrumento – Sexta Entrevista realizada aos 12 meses de vida da criança.....	83
ANEXO H - Instrumento – Sétima Entrevista realizada aos 24 meses de vida da criança.....	69

APRESENTAÇÃO

O presente estudo está inserido em um projeto longitudinal temático, “Depressão pós-parto (DPP) como fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, (FAPESP, no. 06/59192) que conta com pesquisadores da USP (do IP, Instituto de Biociências, Instituto de Ciências Biomédicas e Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia e HU), do Centro de Saúde Escola da região do Butantã e do Instituto de Saúde de São Paulo. Este é coordenado pela Profa. Dra. Emma Otta em conjunto com a Profa. Dra. Vera Silvia Raad Bussab, do Instituto de Psicologia da USP (IP), e a Dra. Maria Salum de Moraes, do Instituto de Saúde de São Paulo. Trata-se de um projeto de pesquisa longitudinal, que acompanha mães e bebês desde o terceiro trimestre de gravidez até o terceiro ano de vida da criança, com vistas à compreensão dos fatores associados à possível ocorrência de DPP e ao entendimento das características do desenvolvimento da criança neste contexto.

Mediante o reconhecimento crescente da importância do ambiente sócio-afetivo de criação, pretende-se no presente estudo avaliar o desenvolvimento da empatia aos 24 meses, das crianças acompanhadas neste projeto longitudinal, com especial atenção à presença ou não de Depressão Pós-Parto (DPP).

Estudos apontam que o desenvolvimento da capacidade de empatia tem seu início desde muito cedo na vida dos seres humanos. Reconhece-se que a empatia está essencialmente envolvida nas interações sociais e no desenvolvimento tanto de comportamentos de ajuda como de habilidades relativas ao convívio social. A empatia também contribui para o desenvolvimento psicológico do indivíduo de várias maneiras; pode-se ressaltar que uma das suas funções mais importantes esteja relacionada à vinculação entre as pessoas, especialmente entre as mães e seus filhos (Plutchik, 1987; Staub, 1987). Essa capacidade para estabelecer relacionamentos íntimos com pessoas significativas durante o curso da vida é considerada por vários autores como componente básico da natureza humana (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1982).

Os diferentes sub-projetos que compõem o Projeto Temático têm apontado diferenças entre mães nos grupos com e sem DPP e entre crianças destes grupos com relação ao desenvolvimento infantil. Ao longo do projeto temático foram desenvolvidas pesquisas descritivas e comparativas quanto às características da amostra.

A escolha deste tema deve-se ao fato de que o comportamento materno, em especial a qualidade das primeiras interações entre a mãe e o bebê, é essencial para o

estabelecimento de um vínculo afetivo eficaz e para o desenvolvimento infantil adequado. A depressão pós-parto (DPP) pode repercutir negativamente no estabelecimento destas primeiras interações mãe-bebê e, conseqüentemente, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Tronick & Weinberg, 1997).

Os conhecimentos gerados neste estudo podem se transformar em subsídios que visam avaliar o contexto da relação mãe-bebê considerando a empatia como um elemento fundamental para o desenvolvimento sociocognitivo da criança.

Neste sentido, serão apresentadas as definições de empatia, bem como a empatia sob a perspectiva evolucionista e considerações sobre a DPP e o desenvolvimento psicológico da criança.

1. EMPATIA

1.1. Definição e Conceitos sobre a Empatia

A palavra empatia deriva da palavra grega “*empathia*”, que significa “paixão” ou “ser muito afetado”, sendo especificamente mencionado no campo da estética (Enz e Zoll, 2006). A primeira tradução surgiu do termo alemão *Einfühlung* para a língua inglesa e foi feita pelo psicólogo americano Edward B. Titchener, em 1909, o qual passou a utilizar o termo *empathy* para referir-se à capacidade de conhecer a consciência e os sentimentos das outras pessoas, por meio de um processo de imitação interna. Contudo, posteriormente, o termo adquiriu diversos sentidos e passou a ser amplamente investigado pela ciência psicológica e por outros campos do saber.

Conceitualmente a palavra empatia também vem sendo descrita por autores de diversas áreas, referindo-se especificamente à capacidade do indivíduo de se colocar no lugar do outro, gerando uma compreensão em relação aos sentimentos deste e abrindo espaço para a diferenciação de outros estados emocionais como a simpatia e o contágio emocional.

Para Eisenberg e Strayer (1987), a empatia diz respeito a uma resposta emocional que deriva da percepção do estado ou condição emocional de outra pessoa, sendo congruente com a situação emocional desta. Os autores apontam que a empatia consiste em compartilhar uma emoção percebida de outra pessoa, e sentir a mesma emoção que esta pessoa está sentindo; segundo os autores, a empatia é um sentimento diferente da simpatia, que se refere a uma intensa preocupação com o sentimento de outra pessoa, ou seja, consiste em sentir por outra pessoa, referindo-se, geralmente a sentimentos de lamento e tristeza. Com

relação ao contágio emocional, o mesmo é caracterizado como a tendência para imitar e sincronizar automaticamente expressões, vocalizações, posturas e movimentos com os de outra pessoa e, conseqüentemente, a convergir emocionalmente (Hatfield, Cacioppo e Rapson, 1993).

Ao longo do século XIX, o termo empatia também foi sendo empregado no contexto dos estudos da Psicologia e das Ciências Sociais, com significados que foram sendo elaborados e desdobrados a partir do sentido da palavra original, referindo capacidade pela qual um indivíduo poderia identificar o que estava na consciência de outra pessoa.

Rogers (1979/2001) e outros autores da Psicologia da Personalidade e pesquisadores cognitivo-desenvolvimentistas como Eisenberg (1987), Hoffman (1989, 1991) e Davis (1983) concebem a empatia como um construto multidimensional, composto por componentes afetivos e cognitivos que se desenvolvem ao longo do tempo. Ainda para Rogers (1959), o estado de empatia, ou de entendimento empático, consiste em perceber corretamente o marco de referência interno do outro quanto aos significados e componentes emocionais, como se o indivíduo fosse a outra pessoa; em outras palavras, é uma forma de colocar-se no lugar do outro, porém sem perder nunca essa condição de “como se”. Segundo o autor, a empatia implica, por exemplo, em sentir a dor ou o prazer do outro como ele o sente e perceber suas causas como ele a percebe, porém sem perder nunca de vista que se trata da dor ou do prazer do outro. Portanto, se esta condição de “como se” está presente, encontramos-nos diante de um caso de identificação.

Na perspectiva cognitivista, a empatia pode ser atualmente definida, em situações de demanda afetiva, como a capacidade de apreender sentimentos e de identificar-se com a perspectiva do outro, manifestando reações que expressam essa compreensão e sentimento (Del Prette e Del Prette, 2001). Essa definição articula o aspecto cognitivo (adotar o ponto de vista do interlocutor), o afetivo (experimentação da emoção do outro, mantendo a distância emocional necessária) e o comportamental (expressar compreensão) conforme defendido por diversos autores (Del Prette e Del Prette, 2001; Falcone, 2001; Roberts e Strayer, 1996). A definição de Del Prette e Del Prette (2001) introduz a expressão “situação de demanda afetiva”, sugerindo uma propriedade de algumas situações para as quais a resposta empática é esperada e adequada. As demandas são reguladas pela cultura dos subgrupos e, portanto, consequência da vida em sociedade. As habilidades empáticas são empregadas como reação a demandas de necessidades afetivas do outro, tais como quando o interlocutor experimenta sentimentos negativos ou positivos e espera o compartilhamento solidário dos que lhes são próximos. Desta forma, sendo composta de componentes cognitivos

associados a componentes emocionais, a empatia pode ainda ser caracterizada por outro mecanismo de cognição social, isto é, assumir a perspectiva, tomar para si, imaginar-se no lugar de outra pessoa (Bischof Kohler, 1991).

Para a Psicologia Social, a partir da década de 60, diversos estudos foram desenvolvidos para investigar comportamentos de ajuda, distribuição e mediação, tentando explicá-los através de construtos motivacionais como o altruísmo, as disposições pessoais, a dependência e a própria empatia. E embora houvesse algumas divergências teóricas com relação aos termos e aos processos subjacentes à empatia, simpatia e a compaixão, de maneira geral, os estudiosos estavam interessados em explicar o porquê do engajamento das pessoas em comportamentos de ajuda e em que circunstâncias eles ocorriam com mais frequência (Batson, Duncan, Ackerman, Buckley, e Birch, 1981; Coke, Batson, e McDavis, 1978).

Alguns autores apontam que a empatia é uma profunda capacidade humana e uma característica fundamental do comportamento de ajuda. A capacidade de empatia e identificação com os outros é essencial para todas as relações humanas e pode ser entendida como um elo que torna a vida social possível (Hogan, 1969; Kohut, 1984; Eisenberg e Strayer, 1987).

Do ponto de vista fenomenológico, a empatia é a experiência de participar do estado emocional do outro e, assim, compreendê-lo. Entretanto, na empatia, os observadores ficam cientes do fato de que a emoção ou intenção das quais participam é realmente a emoção ou intenção do outro. Não se trata de um mero contágio emocional. Geralmente a empatia é concebida como um fenômeno que propicia ao sujeito “colocar-se no lugar do outro” ou “sentir o que o outro sente, na perspectiva do outro” ou, então, é apresentada como “uma resposta de uma pessoa ao estado afetivo de outra” (Bastos e Carvalho, 1992).

Os estudos sobre desenvolvimento propõem que os seres humanos já nascem predispostos a desenvolver empatia, predisposição esta que, ao que tudo indica, foi selecionada por garantir comunicação eficiente, compartilhamentos essenciais, coesão de grupo, elementos importantes para assegurar a sobrevivência. As expressões emocionais são fontes importantes de informação social e regulam a reação da criança no convívio social (Thompson, 1992).

No conjunto, estudos recentes revelam que a empatia está relacionada a diversos aspectos cognitivos e afetivos da formação do ser humano, como por exemplo, à aceitação pelos pares, ao ajustamento social, ao desempenho acadêmico e à saúde mental, tornando-se, portanto, um elemento fundamental para o desenvolvimento sociocognitivo

infantil (Beyers e Loeber, 2003; Blair, 1997). Vários autores apontam que indivíduos empáticos podem apresentar uma melhor capacidade de orientar-se em uma variedade de relações interpessoais em suas vidas, na vida profissional, na vida familiar, bem como no contato com indivíduos de outros grupos étnicos e culturais (Batson e Ahmed, 2001; Hoffman, 2000).

Para Hoffman (1987), estudioso na área do desenvolvimento humano, a empatia pode ser definida como: “... uma resposta afetiva mais apropriada à situação de outra pessoa do que à sua própria situação”. Com essa conceituação, o autor propõe que a empatia, em lugar de ser um processo de encontro exato de emoções entre duas pessoas, é na verdade uma resposta vicária à imagem mental que alguém tem do sentimento do outro, como por exemplo, ao sofrimento do outro, o que implica, além de um partilhamento, certo grau de diferenciação entre o próprio sujeito que sente a empatia e o outro.

Segundo a perspectiva evolucionista, conforme De Waal (2009), somos pré-programados a oferecer ajuda, e há uma predisposição natural para o desenvolvimento da empatia, o mecanismo subjacente ao ajudar. Embora a empatia não seja uma característica exclusiva da espécie humana, é mais desenvolvida em humanos do que em outros animais (Bjorklund, 1997; Plutchik, 1992) e, portanto, neste sentido, talvez seja uma das nossas características mais especiais.

Muitos estudos apontam que desde muito cedo, nós, seres humanos, apresentamos uma predisposição natural para a empatia, cujo desenvolvimento e deflagração estão sujeitos a condições específicas, que merecem ser mais bem investigadas — dada a importância da empatia na psicologia humana — e que serão abordadas a seguir sob o referencial da perspectiva evolucionista.

1.2. A empatia sob uma perspectiva evolucionista

Será adotada no presente trabalho a concepção de empatia definida sob a perspectiva evolucionista, visto que esta concepção parece abarcar os diversos aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos da empatia, destacados nas diversas concepções anteriormente apresentadas.

Sob uma perspectiva evolucionista, um primeiro ponto relacionado à empatia diz respeito à capacidade — de base inata — de captar sinais emocionais nos outros, que serve para fins de sobrevivência das espécies. São aventados valores adaptativos associados à reação empática, desde os ligados ao comportamento social propriamente dito,

como os facilitadores de reprodução, de cuidados parentais e de comportamentos de coesão de grupo, como os implicados na busca de recursos e defesa de predadores, entre outros.

Para De Waal e Preston (2002), a empatia pode ser definida como uma capacidade constituída de três componentes: cognitivo, o afetivo e o comportamental, todos eles com implicações essenciais para a integração social do indivíduo. O componente cognitivo consiste na capacidade de adotar a perspectiva dos demais e inferir seus pensamentos e sentimentos. O componente afetivo é caracterizado por uma predisposição para experimentar o sentimento de outrem, e, por exemplo, no caso de sentimentos de tristeza ou dor, sentir compaixão e preocupação com o bem-estar das outras pessoas. O componente comportamental traduz-se pela capacidade de vivenciar, expressar compreensão e reconhecimento para com os sentimentos e pensamentos de outrem e de agir de acordo com esta compreensão. Sob esse enfoque, a empatia se caracteriza como a capacidade de compreender sentimentos e identificar-se com a perspectiva do outro, manifestando reações que expressam essa compreensão e sentimento (Del Prette e Del Prette, 1999; Falcone 1998/2001; Goldstein e Michaels, 1985; Roberts e Strayer, 1996; Garcia-Serpa, Meyer e Del Prette, 2003).

Nesse sentido, Preston e De Waal (2002) propõem que a empatia esteja organizada em um modelo chamado PAM (Perception-Action Model - Modelo de Percepção-Ação). Este modelo constitui a ligação entre comportamento, fisiologia e neuroanatomia funcional e é uma visão da empatia como um processo e não somente como uma resposta, como um mecanismo mental com base nos circuitos neurais que engloba formas como o contágio emocional, simpatia, tomada de perspectiva, comportamentos pró-sociais e a empatia. Para os autores, o mecanismo de percepção-ação funciona inicialmente para o filhote (humano ou não) perceber e aprender a partir das expressões dos cuidadores. Preston e De Wall (2002) argumentam que o PAM teria evoluído para as respostas básicas ao ambiente e à vida social e, em seguida, como uma adaptação biológica que foi se relacionando ao cuidado parental da prole e permitindo que o filhote se desenvolvesse quanto à regulação e à sincronia emocional necessária para o desenvolvimento empático.

Para De Wall (2009), a reação empática seria — em certo sentido e em determinadas condições — automática, e teríamos controle limitado sobre ela, sem prejuízo do reconhecimento de variações individuais na intensidade destas reações, em função dos vários fatores implicados no desenvolvimento. O autor também chama a atenção para a universalidade da reação empática e para exceções que podem ser também fonte de entendimento do papel da empatia na evolução e no desenvolvimento, chamando a atenção

para casos de insensibilidade emocional com relação à situação do outro, representados, por exemplo, em alguns transtornos psicopatológicos.

Dentro desta perspectiva, pode-se considerar a empatia como uma das habilidades sociais que possivelmente evoluiu de forma exponencial em relação a outras espécies com o aumento dos grupos humanos, através de processos de pressão seletiva, por causa das vantagens adaptativas relacionadas ao viver social humano. De Waal (2008) define as causas últimas, como o valor adaptativo de comportamentos e/ou de capacidades psicológicas, motivo pelo qual estes foram selecionados no curso da evolução da espécie, de acordo com suas consequências na adaptabilidade do seu emissor.

Com relação às causas próximas da empatia, até a década de 90, discutiu-se muito sobre a definição da empatia e se em seus processos havia a predominância dos aspectos cognitivos e afetivos, sendo considerada uma experiência humana e com bases evolutivas (Decety e Jackson, 2004). Importante destacar que o entendimento da empatia dentro de uma perspectiva evolucionista implica em questões de integração da avaliação das causas próximas (desenvolvimento e causação) e das causas últimas associadas à evolução e ao valor adaptativo.

Ribeiro, Bussab e Otta (2004) afirmam que:

“Somos propensos a compartilhar atenção e assumir a perspectiva mental dos outros, capacidades que segundo os autores podem ser consideradas chaves sócio-cognitivas da cultura”, por sua importância na vida em grupo. A vivência em grupos com contato e trocas interacionais é característica típica de primatas e outros animais, mas evoluiu de maneira peculiar no ser humano, por causa da especialização cultural, no contexto de interação da criança com adultos e pares, associado à formação de vínculos afetivos intensificados, ligados aos cuidados e à aprendizagem.” (Ribeiro, Bussab e Otta, 2004, pag.229).

Harkness e Super (1996), dentro desta perspectiva, afirmam que o desenvolvimento se dá em um contexto sociocultural, e também introduzem a noção de “nicho de desenvolvimento”, que consiste em um sistema dinâmico de subsistemas: ambiente físico e social, costumes e modos de cuidados compartilhados e a psicologia dos cuidadores. Este último se refere às crenças e expectativas dos cuidadores, que podem afetar as práticas de cuidados, ou seja, um cuidador pode, por exemplo, não acreditar que determinada habilidade possa ser desenvolvida pelas crianças, apenas que essa habilidade só se apresenta se já estiver presente desde o nascimento. A partir desta crença, este cuidador pode não se preocupar em

estimular determinados comportamentos, supondo que estes irão se apresentar sozinhos, independente do meio. Existe também outro tipo de cuidador que acredita que determinada capacidade só será apresentada se a criança for muito estimulada, passando, neste caso, a estimular comportamentos nesse sentido.

Tendo em vista que os cuidados parentais também exercem influência no desenvolvimento da empatia, para Keller, Harwood e Carlson (2009), as crianças necessitam para o seu desenvolvimento de um ambiente que foi (filogeneticamente) e que será (ontogeneticamente) co-desenhado, e que será lapidado tanto pelos pais quanto pela criança na interação desde o nascimento.

Geary e Flinn (2001) argumentam que o período relativamente longo da infância e juventude que caracteriza o desenvolvimento humano tenha sido selecionado pela vantagem adaptativa da prática e refinamento das habilidades relativas ao convívio no sistema social. Segundo os autores, dentre as habilidades essenciais a serem aprimoradas nestes períodos de desenvolvimento inicial, está a capacidade de se colocar no lugar do outro, inferindo sobre o estado mental dos outros, capacidades estas associadas à possibilidade de oferecer ajuda. Esta habilidade social – a empatia – parece estar relacionada ao suporte e à modelagem parental, sendo descrita como uma capacidade de grande relevância.

Assim, muitos autores consideram a empatia como uma resposta emocional que tem início desde muito cedo na vida dos seres humanos, e que ao longo dos anos vai se desenvolvendo e sendo aprimorada; portanto, podemos considerar que existe uma predisposição humana que se desenvolve à medida que a criança vai interagindo e formando vínculos no ambiente em que está inserida.

Todos os fatores arrolados por estes autores para explicar a ocorrência ou não de empatia em dada situação remetem a estímulos presentes e a aspectos de desenvolvimento, que serão retomados no próximo tópico.

1.3. Desenvolvimento da empatia em crianças

Estudos sobre desenvolvimento infantil têm demonstrado que a natureza humana apresenta uma predisposição para a concretização do desenvolvimento através da interação social e do vínculo. Para Bussab (1990):

“Desde o nascimento a criança apresenta uma disponibilidade para as interações sociais, reconhecimento individual, formação progressiva de

vínculos afetivos, comportamento lúdico e exploratório, bem como uma tendência básica para compartilhamento e empatia” (Bussab, 1990, pag.173).

O bebê desde cedo exhibe motivações para se comunicar com pessoas, ou seja, desde muito precocemente está pronto para estabelecer estados intersubjetivos. Este ímpeto infantil é intrínseco à espécie humana. Além de reagir a estímulos sociais, a criança também é estimulada a agir perante o mundo dos objetos.

Por exemplo, o choro de recém-nascidos em resposta ao choro de outro bebê pode ser visto como um precursor primitivo da ativação empática (Hoffmann, 1992). Esse choro reativo é evidenciado como resposta ao choro de outro bebê, sendo descrito como um choro vigoroso, intenso, semelhante ao choro espontâneo, de maior intensidade do que o choro em resposta a outros estímulos sonoros de igual intensidade, do que a simulação computadorizada do choro de um bebê, do que o choro espontâneo de uma criança mais velha e até mesmo do que o choro do próprio bebê, gravado (Skinner, 1971; Thompson, 1987). Esse choro é a resposta empática predominante durante o primeiro ano de vida, sendo depois substituída por respostas empáticas mais maduras, como a tentativa de conforto à vítima.

Uma hipótese heurística mais comum é que desde o nascimento, os bebês têm a capacidade de compartilhar as emoções contagiosamente percebidas em outros agentes sociais em torno deles. Mais tarde, em função do desenvolvimento da regulação e do sentido do self, esta capacidade se desenvolve em outras mais orientadas para preocupações empáticas (Hoffman, 2000; Decety e Jackson, 2004; Zahn-Waxler et al, 1992.).

De acordo com Hoffman (1987, 1991), a empatia está diretamente relacionada ao desenvolvimento de um senso cognitivo sobre a existência de outras pessoas, o qual, por sua vez, se encontra ligado ao processo de diferenciação do *self*. A associação entre os sentimentos produzidos durante os episódios empáticos e os níveis de desenvolvimento sócio-cognitivo, ao longo da ontogênese, se reflete em mudanças na maneira como os indivíduos irão sentir subjetivamente a empatia. Em idades muito precoces, as crianças podem ter sentimentos empáticos ao testemunhar a angústia do outro, como se aquele sofrimento estivesse ocorrendo com elas mesmas. Assim, ao ver um colega se machucar e chorar, a criança pode chorar como se ela mesma tivesse se machucado. A esse tipo de sentimento, que produz sensações de incômodo ou desconforto no *self*, dá-se o nome de angústia empática, que pode ser transformada em angústia simpática, que seria a necessidade não só de aliviar

sua própria angústia com relação ao sofrimento do outro, mas também um desejo claro de ajudar (Hoffman, 1989).

Dentro desta perspectiva, Hoffman (1991-1992) aponta que é a partir do desenvolvimento da consciência sobre a permanência dos objetos e da diferenciação entre o *self* e o outro, que parte da angústia empática é transferida para as imagens separadas do *self* e do outro, as quais se encontram em processo de construção. Assim, a criança passa a reconhecer as experiências do outro que são distintas das suas próprias, mas a subjetividade do outro ainda permanece desconhecida, e ela acredita que o outro possui estados internos iguais aos seus. Nessa fase, uma criança pode pedir à sua própria mãe para confortar outra criança que está chorando, mesmo quando a mãe da outra também está presente.

Hoffman (1991-1992) cita dois tipos de ativação empática que têm características de resposta comuns a toda espécie, sendo então possivelmente inatos. O primeiro tipo é a imitação de outras pessoas pelos observadores, com movimentos posturais e de expressão facial que, quando produzidos, criam no indivíduo indicadores internos que contribuem para compreender e sentir a emoção em si próprio (Hoffman, 1991-1992). O segundo modo empático é feito por indicadores de dor ou prazer do outro, que fazem associações com sensações já experienciadas pelo observador, resultando numa reação afetiva empática (Hoffman, 1991-1992), que é involuntária e praticamente automática.

Hoffman (1991-1992) reviu um conjunto de estudos sobre o desenvolvimento inicial da empatia, arrolando as ocasiões da ontogênese em que se registram etapas relevantes deste desenvolvimento, apresentando um panorama geral da ontogênese, descrito a seguir.

Na primeira semana de vida os bebês manifestam mal estar e pranto em resposta ao som do pranto de outro bebê, embora não produzam nenhuma resposta semelhante frente a um som simulado de igual intensidade (Barnett, 1992; Hoffman, 1992). Com cerca de dois a três meses de idade, o bebê começa a realizar uma sincronia afetiva com a mãe, através do jogo na situação de face a face. Com o passar do tempo, ocorre uma associação entre o sorriso da mãe e a excitação própria do bebê. As expressões da mãe são convertidas em sinais poderosos para as expressões positivas do bebê. Esses pareamentos de expressões maternas e infantis prazerosas constituem bases para outras formas mais sofisticadas de empatia entre mãe e filho no futuro (Thompson, 1992). Aos cinco meses, os bebês já podem discriminar expressões faciais de alegria, raiva, surpresa e outras emoções (Eisenberg, Murphy e Shepard,

1999; Thompson, 1992). Por volta de 1 ano de vida os bebês são capazes de experimentar a mesma emoção manifestada por outra pessoa. Entre 2 e 3 anos, a criança começa a perceber que os outros possuem estados internos, subjetivos, diferentes dos dela, e que esses estados merecem atenção (Hoffman, 1992; Thompson, 1992). Ao que tudo indica, reações de ajuda são aparentemente mediadas pela empatia, e pode-se considerar que este comportamento de buscar solução para o sofrimento do outro diminui o próprio mal estar pessoal (Hoffman, 1992). Entre 4 a 5 anos, ela começa a identificar as emoções e os desejos dos outros de forma mais acurada. Nessa fase, a criança reconhece que as crenças das outras pessoas podem ser diferentes das dela. Além disso, ela já consegue explicar o comportamento dos outros, através da inferência do que eles estão pensando (Eisenberg, Murphy e Shepard, 1997). Entre 9 e 11 anos, a criança já reconhece a comunicação verbal enganosa, que ocorre quando as pessoas simulam ou tentam esconder as emoções (Eisenberg, Murphy e Shepard, 1997).

Este roteiro inicialmente apresentado por Hoffmann (1992), que descreveu sucessivas etapas de compartilhamentos emocionais e cognitivos da criança no desenvolvimento, tem sido alvo de investigações sistemáticas em diversos aspectos, como por exemplo, o da imitação neonatal, evidenciada pela capacidade do recém-nascido de igualar expressões faciais que lhes são apresentadas por um parceiro durante trocas interacionais, sem ensaio e sem espelho (Meltzoff e Moore, 1977).

Bussab, Pedrosa e Carvalho (2007) ressaltam que:

“Nascemos com uma emocionante capacidade de troca, ajuste e compartilhamento”. Segundo as autoras: “ao designar esta capacidade como sendo de imitação neonatal, pode-se correr o risco de se encobrir o sentido mais fundamental que ocorre no desenvolvimento, que é o do próprio compartilhamento: estar junto, sentir-se como, conjugar a atenção e colocar-se no mesmo contexto psicológico”. (Bussab, Pedrosa e Carvalho, 2007, pag.99).

A imitação de expressões faciais por bebês humanos (Meltzoff e Moore, 1977) e primatas não humanos (Myowa-Yamakoshi et al., 2004) sugere que estes são capazes, desde muito cedo, de processamento inter modal visuo-motor, mediado pela representação mental da expressão imitada. Atualmente foram identificadas conexões neurais compatíveis com esta capacidade e a hipótese mais aceita para explicar a imitação precoce é um mecanismo de ressonância ou neurônios espelho (Meltzoff e Moore, 1977; Myowa-Yamakoshi, Tomonaga, Tanaka e Matsuzawa, 2004).

Meltzoff e Gopnik (1993) apontam que a base para a construção individual de uma psicologia do senso comum é a compreensão dos outros como iguais a mim, e que esta é expressa já no recém-nascido por meio da capacidade de imitação.

Para Meltzoff (2005) a imitação é um recurso para entender como outra mente funciona, o primeiro passo sendo referente a um entendimento do tipo “como eu” e o segundo, à “compreensão do outro”. Segundo o autor, um aspecto importante da imitação na interação social é o da empatia.

O desenvolvimento da empatia também ocorre em função do tipo de interação e de vínculo que o bebê tem com seus cuidadores primários significativos.

Os comportamentos de apego se referem a um conjunto de predisposições naturais exibidas pelo bebê que promovem, dentro de determinadas circunstâncias, o estabelecimento ou a manutenção da proximidade com sua principal figura provedora de cuidados (Bowlby, 1982; Keller, 2007). Este repertório comportamental infantil protege o bebê e propicia o estabelecimento de interações sociais que colaboram para um desenvolvimento saudável da criança (De Toni et al., 2004).

Feshbach (1987) afirma que a empatia parental não trabalha isoladamente em relação a outras características parentais, e sim deve ser associada com: calorosidade emocional parental, sensibilidade, baixa punição, envolvimento positivo e implicação emocional com a criança e com a relação de apego.

Segundo Staub (1987), no desenvolvimento da criança, quando seus pais ou cuidadores respondem com empatia às suas necessidades, estas serão mais bem atendidas, e a criança desenvolverá progressivamente sentimentos positivos com relação a eles e generalizará tais sentimentos para outras pessoas. Deste modo, uma mãe que é empática com seu filho, é capaz de compreender suas necessidades e sentimentos, e assim, atender às mesmas. Por outro lado, uma mãe pouco empática pode ser menos envolvida emocionalmente com seu filho, e menos atenta em satisfazer suas necessidades.

Os autores Barnett, King, Howard e Dino (1980) investigaram os antecedentes da empatia, focalizando quatro aspectos da relação pais-filhos: empatia parental, afeto, disciplina, e ênfase nos sentimentos de terceiros. Seus achados demonstraram que a empatia nas meninas estava significativamente associada com a empatia nas mães, e não nos

pais. Tal fato sugere, segundo os autores, que quando a mãe é mais empática do que o pai, a empatia pode ser identificada como um aspecto relativo ao gênero que passa a ser internalizado com maior intensidade pelas meninas. Além disso, as mães também demonstraram maiores níveis de afeto na interação com seus filhos, ênfase nos sentimentos das outras pessoas, e menos uso de disciplina do que os pais.

O desenvolvimento da empatia acurada em crianças depende das condições de socialização oferecidas pelo contexto em que elas crescem. Ambientes desfavoráveis, negligência e abuso podem resultar em déficits de empatia (Del Prette e Del Prette, 2003). A resposta empática dos pais é provavelmente vivenciada e compreendida pela criança. Estas trocas empáticas podem aumentar o apego da criança a seus pais (Feshbach, 1987). Portanto, a empatia dos pais contribui para uma relação segura entre pais-filhos, o que, posteriormente, irá influenciar na competência social da criança.

Uma relação segura entre os pais e a criança é considerada importante para o desenvolvimento da empatia e de comportamentos altruístas. Crianças cujos pais foram empáticos com suas necessidades e desejos tendem a ser mais empáticas e afetivas com as pessoas em geral (Waters, Wippman, & Sroufe, 1979; Zahn-Waxler, Cole e Barrett, 1991).

Neste sentido, a sensibilidade e empatia dos cuidadores, assim como as reações empáticas da própria criança, facilitam a vinculação afetiva e, ao mesmo tempo, esta vinculação também pode afetar as relações e a empatia subsequente. Pode-se dizer que a empatia é produto e instrumento da vinculação, que afeta e é afetada. Deve-se lembrar, por exemplo, que os bebês são predispostos, desde o nascimento, a captar e a responder a sinais sócio-emocionais. Tais comportamentos facilitam a vinculação afetiva com os adultos, despertando atenção e cuidados (Bjorklund, 1997).

Outros desdobramentos para o desenvolvimento afetivo e cognitivo da criança podem ser estudados. O desenvolvimento da empatia relaciona-se à expressividade emocional, sendo associada com a capacidade de vivenciar e expressar tanto emoções positivas como negativas (Roberts & Strayer, 1996). Para estes autores, as crianças que vivenciam emoções como medo, tristeza e felicidade — sendo capazes de reconhecer e aceitar estes sentimentos — também apresentam a capacidade de manejar sua própria raiva durante as interações sociais, tendendo, portanto, a ser mais empáticas.

Desta forma, a socialização das emoções tem grande importância para a expressividade emocional e a empatia, pois é a partir das experiências afetivas vivenciadas pelas crianças, juntamente com seus pais e irmãos, que as mesmas aprendem a lidar com seus sentimentos e, assim, expressá-los (Eisenberg, Fabes, Schaller, Carlo e Miller, 1991).

Portanto, o apoio dos pais diante das emoções negativas dos filhos facilita a regulação destas emoções e o reconhecimento das emoções de outros em diferentes contextos (Garner, Jones e Miner 1994). Para alguns autores, as crianças tendem a se comportar de uma maneira construtiva e demonstram competência social quando aprendem a regular suas emoções (Eisenberg, Fabes, e Murphy, 1996).

Considerando que a aflição empática é fisiologicamente ativada, pode-se inferir que crianças sejam estimuladas por ela, mesmo antes de desenvolver habilidades cognitivas para ajudarem alguém em perigo da forma mais correta. Hoffman (1991-1992) observou que crianças menores de 1 ano confundem a dor do outro com a sua própria, agindo como se ela mesma estivesse sentindo dor.; crianças entre 1 e 2 anos tentam ajudar fazendo algo que agradaria a elas mesmas – um exemplo é da criança que traz sua mãe para consolar um amigo que chora, mesmo estando a mãe do garoto angustiado tão disponível quanto a mãe do garoto que oferece ajuda; crianças de 3 e 4 anos manifestam preocupação e apresentam comportamento de ajuda mais pleno.

Reconhecidos os efeitos do comportamento empático nas relações humanas, alguns estudiosos investigam o desenvolvimento do mesmo e os fatores que o influenciam. E, para muitos, é fato que este processo de desenvolvimento de capacidades sociais se dá através de uma ampla gama de fatores que se integram como: o fator ambiental, variáveis pessoais e culturais.

1.4. Empatia e comportamento pró-social

Comportamento pró-social é aqui definido como respostas proativas e reativas às necessidades dos outros que servem para promover o bem-estar dos outros. Uma série de elementos afetivos e comportamentais compreende o escopo do desenvolvimento pró-social (Radke-Yarrow, Zahn-Waxler, e Chapman, 1992), incluindo empatia, simpatia, compaixão, preocupação, consolando, ajudando, partilhando, cooperando, voluntariado e doação. Desta forma, segundo os autores, o comportamento pró-social precoce pode facilitar o desenvolvimento da competência social.

A preocupação empática desempenha um papel fundamental na facilitação do comportamento pró-social com relação às necessidades do outro e desta forma implica no desenvolvimento da moralidade (Batson, 1991; Eisenberg, Fabes, e Spinrad, 2006).

Evidências empíricas apontam para o segundo ano de vida como a idade em que a preocupação empática emerge nitidamente (Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson e Rhee, 2008; Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner, e Chapman, 1992). Entretanto, estudos realizados por estes mesmos autores (Zahn-Waxler e Radke-Yarrow, 1990) mostraram o desenvolvimento da preocupação empática em crianças ainda menores, através da observação destas crianças em resposta a comportamentos de tristeza ou de stress da mãe, pai ou cuidador. Verificaram-se contextos de compartilhamentos emocionais precoces e o aparecimento de comportamento de consolo e ajuda, com diferenciação das reações emocionais de outras pessoas e com possibilidade de apresentar padrões de consolo, ainda que de maneira incipiente (Harris, 1996; Strayer, 1993). Segundo os autores, aos dois anos as crianças podem exhibir plenamente a capacidade de atribuir significado emocional às expressões dos outros, além de responder a estas expressões de forma adequada, porém os resultados também mostraram que os marcadores afetivos e cognitivos de empatia já estavam presentes em níveis visíveis aos 8 e 16 meses, sendo constatado um aumento progressivo das respostas empáticas.

Quanto ao comportamento pró-social, verificou-se que as tentativas de ajuda ou conforto para com a mãe aflita eram raras no primeiro ano de vida, e apresentavam níveis consideráveis aos 16 meses, tendo um aumento significativo no segundo ano (Roth-Hanania, Danvidovb e Zahn-Waxlerc, 2011). Ponto importante a ser destacado é o de uma correlação entre empatia e ajuda no desenvolvimento: quanto maior a empatia aos 10 meses, maior a ajuda aos 16 meses.

Uma criança socialmente competente é capaz de ser sensível e empática com seus pares, de se engajar em atividades sociais positivas, formar relações de amizade e adaptar-se em situações de stress (Howes, Matherson e Hamilton, 1994).

Crianças positivamente apegadas às suas mães costumam ser mais responsivas e empáticas aos sentimentos dos outros, mais cooperativas, entusiastas, persistentes e eficientes (Barnett, 1992; Matas, Arent e Stroufe, 1978; Stroufe, Fox e Pancake, 1983).

A socialização das emoções é um aspecto de central importância para a expressividade emocional e empatia. A partir das experiências afetivas das crianças com seus pais e irmãos, estas aprendem a lidar com seus sentimentos e expressá-los (Eisenberg, Fabes, Schaller, Carlo e Miller, 1991).

Muitos autores apontam que pais que confortam seus filhos e conversam sobre suas emoções negativas, ajudam os mesmos a expressá-las de uma maneira socialmente apropriada, e a modular seu afeto. Em contraste, reações negativas dos pais frente às emoções dos filhos, dificultam a aprendizagem dos mesmos e interferem de forma negativa no seu comportamento. A falta de apoio dos pais frente às emoções negativas dos filhos, especialmente medo, tristeza e ansiedade, pode reduzir o senso de segurança da criança, e crianças inseguras podem apresentar dificuldades em regular suas emoções e situações que envolvem as mesmas. Por outro lado, crianças que têm apoio dos pais desenvolvem sentimentos positivos quanto a relacionamentos sociais, são mais seguras e, conseqüentemente, sabem lidar com suas emoções (Eisenberg, Fabes e Murphy, 1996).

Vários indícios revelam uma possível relação entre a empatia e a competência social das crianças e sua influência na resiliência, ou seja, na sua capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas (Garmezy, 1996; Howes, 1994). Um estudo sobre a expressividade emocional (Luthar, 1991) demonstrou que a habilidade para regular as emoções e expressá-las pode funcionar como um fator de proteção para a criança, resultando na promoção de competências sociais através da formação de vínculos de amizade.

Assim, uma criança socialmente competente é capaz de ser sensível e empática com seus pares, de se engajar em atividades sociais positivas, formar relações de amizade e adaptar-se em situações de stress (Howes, 1994).

As brincadeiras de faz de conta, por exemplo, segundo Pellegrini e Bjorklund (2004), também apresentam caráter essencialmente social, o que implica a função imediata de ajudar crianças mais jovens a tomar a perspectiva de outros brincantes.

Desta forma, os processos empáticos podem ser vistos como importantes mediadores dos comportamentos pró-sociais, havendo, portanto, a possibilidade de serem uma parcela significativa da própria interação social e de capacidades integrantes de um desenvolvimento global posterior.

Com relação à empatia e à diferença entre gênero, embora não exista um consenso na literatura, alguns autores, em estudos que se utilizam de escalas auto-avaliativas, revelam que as mulheres alcançam escores mais elevados do que os homens em subescalas

afetivas de empatia, ou seja, elas se descrevem como mais empaticamente sensíveis do que eles, embora não tenham observado diferenças significativas em subescalas relacionadas a componentes cognitivos da empatia, como a tomada de perspectiva (Eisenberg, 2000; Enz e Zoll, 2006; Escrivá, Navarro e Garcia, 2004; Siu e Sheck, 2005; Soares, 1996).

Um estudo realizado por Bryant (1982) com crianças e adolescentes demonstrou diferenças entre os sexos, sendo as meninas mais empáticas. A revisão de literatura realizada por Lennon e Eisenberg (1987) com relação às diferenças de sexo e de idade para a empatia, entretanto, traz dados controversos. Esses pesquisadores analisaram diferentes estudos e concluíram que a falta de consenso com relação às diferenças de sexo para a empatia é um fator decorrente do tipo de metodologia utilizada para avaliar a mesma. Os autores também apontaram que alguns estudos que utilizaram questionários, contudo, foram os mais consistentes em relação às diferenças de sexo, demonstrando que as meninas são mais empáticas do que os meninos. Para os autores Zahn-Waxler, Cole e Barrett (1991) o fato de as meninas demonstrarem maiores níveis de empatia que os meninos devido às práticas de socialização na família. Segundo estes mesmos autores, as atitudes como cuidar e confortar estão mais ligadas ao papel da mãe, assim, passa a ser internalizado com maior frequência pelas meninas, através da identificação, que desenvolvem características como preocupação e interesse pelos outros mais do que os meninos.

Baptistussi (1997) realizou uma análise sobre gênero e cultura discutindo como a linguagem reproduz a diferença entre as representações sociais no âmbito sexual, ou seja, os diferentes papéis e imagens do grupo feminino e do masculino. Estes dois grupos, segundo a autora, muitas vezes, assumem os estereótipos de gênero e, em função disso, apresentam um repertório comportamental limitado a certos padrões. Os homens normalmente são vistos como independentes, fortes e determinados, enquanto as mulheres como frágeis, sensíveis, amáveis e mais voltadas para o social. Os homens, segundo a autora, tinham mais tendência a reprimir, disfarçar e fazer pouco dos próprios sentimentos. Ickes (1997) afirma que, nas culturas das Américas Central e Sul, por exemplo, o machismo de fato pode desencorajar os homens a demonstrar sensibilidade empática devido à possibilidade de isso ser interpretado como um sinal de fraqueza. Tal fato poderia ainda ajudar a manter as desigualdades entre homem e mulher, uma vez que é requerido da mulher “compreender os sentimentos” dos homens, mesmo que eles não façam isso com reciprocidade.

Segundo Baron Cohen (2004), mesmo muito precocemente, meninos e meninas demonstram diferenças na capacidade de empatia. Para o autor, isso pode ser visto

claramente nas situações de brincadeira. Neste mesmo sentido, meninas de 20 meses de idade respondem com mais empatia ao sofrimento do outro, demonstrando interesse por meio de olhares de preocupação, vocalização de simpatia e comportamento solidário. Vários estudos sugerem que, aos três anos, as meninas já estão à frente dos meninos na capacidade de supor o que as pessoas podem estar pensando e pretendendo, ou seja, de usar a “teoria da mente” (Baron Cohen, 2004).

A maior parte das pesquisas examinadas na literatura sobre a empatia teve, como sujeitos, crianças em idade escolar de ambos os sexos, observando-se diferenças de comportamentos entre meninas e meninos que foram atribuídas à educação e aos valores da cultura (Domitrovich e Bierman 2001; Garcia, 2001).

Algumas culturas tendem a incentivar a expressividade emocional positiva apenas nas meninas. Gottman (1997) verificou, em seus estudos, que as mulheres eram bem mais descontraídas ao expressar sentimentos em palavras e em expressões faciais e corporais. Os homens, segundo o autor, tinham mais tendência a reprimir, disfarçar e fazer pouco dos próprios sentimentos.

Apesar da importância dos possíveis efeitos da socialização, algumas diferenças precoces entre homens e mulheres, assim como a universalidade destas diferenças, parecem apontar uma base natural para as especificidades da empatia em função do gênero.

Demonstrações de diferenças precoces entre meninos e meninas quanto às capacidades de empatia e de sistematização têm sido apresentadas na literatura de orientação psico-etológica e em trabalhos de desenvolvimento de um modo geral; trabalhos deste tipo podem ser exemplificados pela obra de Baron-Cohen, como o livro *Diferença Essencial* (2004). Ao mesmo tempo há indicadores de efeitos da experiência da criança no desenvolvimento e efeitos da socialização diferencial de meninos e meninas, como descritos acima. Ambos os tipos de demonstração importam, devem ser considerados em conjunto e indicam complexidades de desenvolvimento que devem ser investigadas nas diferentes pesquisas sobre o tema.

2. DEPRESSÃO PÓS- PARTO

2.1. Classificação e sintomas

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno mental associado ao período puerperal, especificado nos sistemas de classificação diagnóstica em psiquiatria como o CID-

10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde - 10 revisão) e o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4 edição). O CID- 10 se refere aos transtornos puerperais, incluindo a DPP, como síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos ou, ainda, como doenças mentais ou doenças do sistema nervoso central que complicam o puerpério (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

Segundo a CID-10 a DPP tem seu início até a sexta semana após o parto (Andrade, Viana e Silveira, 2006). Mas embora isto seja estabelecido pelos manuais de diagnósticos, alguns pesquisadores acreditam que a DPP pode surgir em outros momentos do primeiro ano pós-parto e não necessariamente nas primeiras semanas (Frizzo e Piccinini, 2005).

Os principais sintomas observados são: humor deprimido; alterações no apetite com consequente perda ou ganho de peso; alterações no sono com insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor; crises de choro; desinteresse sexual; problemas de concentração; falta de energia e interesse em atividades que antes eram consideradas agradáveis; ideias suicidas e sentimentos de culpa (Hagen, 1999; Schwengber e Piccinini, 2003; Frizzo e Piccinini, 2005).

Para Patel, Souza e Rodrigues (2003), o comportamento materno pode ser afetado por diferentes variáveis, com repercussões sobre o desenvolvimento infantil. Um processo depressivo pode interferir em todas as relações interpessoais e quando ocorre no período pós-parto — possivelmente em decorrência das diferentes mudanças físicas, hormonais e de demandas específicas deste período —, é chamado de depressão pós-parto. Este distúrbio tem sérias implicações potenciais para a mãe e para o bebê, sendo considerado causa de retardo de desenvolvimento físico e cognitivo da criança.

Em grande parte das culturas e nas diversas áreas geográficas, os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê devido ao temperamento deste ou a doenças, conflito marital, baixo apoio social e dificuldades econômicas (Goldbor, 2006). Estudos brasileiros usando a Escala de Depressão Pós Parto Edimburgo (EDPE) relatam prevalências de 12% com relação à DPP (Da Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins e Teixeira, 1998).

Neste mesmo sentido, segundo Fonseca, Silva e Otta (2010), existe um índice relativamente alto de prevalência da depressão pós-parto em cidades brasileiras, que

pode chegar a uma prevalência de sintomatologia depressiva bastante superior à média mundial (10% a 15%) e próxima às taxas mais altas referidas para o Brasil (entre 32,9% e 37,1%). Assim, parece necessário aumentar a compreensão desta como um fator de risco para o desenvolvimento das crianças que vivem neste contexto específico, a fim de contribuir com informações relevantes que possam ajudar em intervenções psicológicas e cuidados com a saúde das gestantes, das mães e dos bebês.

Silva (2008) investigou, sob a perspectiva evolucionista, a prevalência e fatores de risco para ocorrência de depressão pós-parto na amostra de mães vinculadas a centros saúde como: Centro de Saúde Escola na região do Butantã - CSEB, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim São Jorge, na UBS Vila Dalva todos localizados na cidade de São Paulo. A autora encontrou uma prevalência de depressão pós-parto de 26,8%, adotando-se como critério indicativo de depressão pontuação igual ou superior a 12 na EDPE (Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo), em uma amostra de 138 mães que realizaram entrevista inicial no terceiro trimestre de gravidez e que foram avaliadas pela EDPE aos 4 meses após o parto. Neste estudo também foram verificadas algumas variáveis que estabeleceram fatores de risco para a ocorrência da DPP como: baixa escolaridade da mãe; o fato de o pai do bebê trabalhar; filhos de outros relacionamentos; relatos de depressão prévia não relacionada à gestação; a mãe relatar querer ou não esta gestação e ter tido intercorrências ou não na gestação; rede de apoio durante a gestação, durante e após o parto, entre outras variáveis que pudessem destacar uma associação direta com os sintomas mais intensos de DPP.

2.2. Desenvolvimento da Empatia em Contexto de Depressão Pós-Parto (DPP).

Reconhecendo que certas características da mãe afetam a interação mãe-bebê e, consequentemente, o desenvolvimento da criança, alguns investigadores (Field, 1992; Schwengber e Piccinini, 2003; Brum e Schermann, 2006; Frizzo e Piccinini, 2005) vêm acumulando evidências de que o estado depressivo materno pode repercutir de forma negativa no desenvolvimento infantil.

Para alguns autores, a DPP pode aumentar a insegurança das mães em suas capacidades maternas, o que pode levar à diminuição da atenção dispensada à criança (Brum e Schermann, 2006). As mães depressivas também podem expressar afetos negativos, tais como impaciência, insatisfação, descontentamento, ressentimento, desconforto, aborrecimento e desatenção em relação aos sinais e necessidades do bebê (Biringen, 2000), e podem vir a se considerarem menos competentes, e revelarem-se menos ligadas emocionalmente às suas

crianças, mais dependentes e isoladas socialmente, ou tenderem a descrever seus bebês como crianças com temperamento difícil.

Vários estudos salientam os efeitos deletérios da depressão pós-parto na interação mãe-bebê, tais como: comprometimento do afeto positivo, da sintonia afetiva, da regulação de comportamentos hostis, de intrusividade e falta de contingência. Entretanto, outros estudos não mostram efeitos da DPP. De Felipe (2009) ressalta que a análise dos efeitos da DPP em conjunção com variáveis contextuais de risco, bem como o confronto com os variados dados da literatura, apontam para a natureza multi-determinada e não linear da DPP.

Para Field (1995), quando não há dificuldades na interação mãe-bebê, a mãe cuidadosamente ajusta seu comportamento ao do bebê, estimulando-o adequadamente. Neste sentido, para a autora, mães deprimidas demonstram tipicamente afeto abatido ou apático, estimulando menos seus bebês (Field, 1992) ou ainda se apresentam de modo designado “intrusivo”, ou seja, não sensível aos sinais da criança na interação. Estes diferentes estilos interacionais associados à DPP, abatido ou intrusivo, poderiam produzir diferentes efeitos no desenvolvimento.

Os sintomas da DPP na mãe podem ter impactos diferentes sobre os bebês dependendo de um conjunto de fatores (apoio social, sensibilidade emocional, relacionamento do casal), mas, de modo geral, acarretam uma perda emocional, na medida em que o bebê no primeiro ano de vida ajusta seus estados físicos e emocionais aos da mãe, e esta, ao interagir com o bebê, altera os símbolos que a identificavam como apego seguro para seu filho (Schwengber e Piccinini, 2003).

Com relação à cronicidade ou duração do quadro, a DPP pode se manifestar em meses ou semanas após o parto (Silva e Botti, 2005), podendo se estender por um período de seis meses a um ano (Frizzo e Piccinini, 2005). Alguns autores revelam que a DPP pode persistir por mais de um ano (Schmidt, Piccoloto e Miller, 2005) ou mesmo dois (Correia, 2006). Esta variabilidade também deve ser considerada no exame dos potenciais efeitos do quadro.

As evidências de que os efeitos da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê dependem também da cronicidade do quadro depressivo têm levado a que se avalie o seu impacto em momentos posteriores do desenvolvimento do bebê. Os estudos realizados nessa perspectiva não utilizaram observações da interação face-a-face, mas, sim, situações de

jogo nas quais as habilidades e comportamentos mais sofisticados da criança pudessem ser observados (Schwengber e Piccinini, 2003).

Pesquisas evidenciaram que filhos de mães deprimidas tendem a mostrar menor engajamento interativo e menor expressão de afeto positivo (Schwengber e Piccinini, 2003), além de as mudanças em seu desenvolvimento regular estarem sendo empiricamente relacionadas com um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê (Frizzo e Piccinini, 2005), o que pode comprometer a qualidade das interações futuras. Acredita-se que os aspectos que afetam negativamente o bebê ocorram porque a depressão materna atravessa os diferentes contextos da vida do bebê e da mãe, permeando as interações, o contato e a proximidade entre ambos.

Outras investigações sobre o impacto que as mães, especificamente, apresentam no desenvolvimento da empatia da criança, parecem se apoiar na alegação de que a empatia da criança está relacionada à empatia mãe. Para os autores Valiente, Eisenberg, Fabes, Shepard, Cumberland e Losoya (2004), as mães com comunicação emocional positiva têm filhos que são mais capazes de assumir a perspectiva dos outros.

As interações mãe-bebê, ou mais genericamente, cuidador-bebê, têm sido vistas como produto de uma série de transformações resultantes da evolução da espécie e da ontogênese dos indivíduos, e têm sido entendidas como via inicial de inserção do bebê na cultura criando o nicho em que se regulam, em termos de limite e de facilitação, as características peculiares de cada criança e as características que ela compartilha com os demais membros do seu grupo e da sua espécie (Seidl de Moura, 2004).

Além de acarretar consequências para interação mãe-bebê, a DPP está associada a duas consequências relacionadas ao desenvolvimento infantil posterior: 1) problemas comportamentais, e 2) déficits cognitivos. Problemas comportamentais enfrentados aos 18 meses de idade, por exemplo, relacionados ao sono, à alimentação, à separação de figuras de apego, podem decorrer da exposição à DPP. Da mesma forma, problemas relacionados ao desenvolvimento cognitivo empobrecido posterior, como por exemplo, ter menor desempenho em escalas de habilidades infantis aos quatro anos de idade, podem ser decorrentes do grau insuficiente de atenção e engajamento infantil ocasionados por interações face-a-face deficientes perturbadas pela depressão pós-parto (De Felipe, 2009 et al Murray e Cooper, 1997).

Portanto, diversos aspectos da experiência inicial da criança com o seu cuidador poderiam afetar o desenvolvimento dos comportamentos empáticos na mesma. Assim, uma indisponibilidade emocional da mãe ou presença de emoções exacerbadas como tristeza e incapacidade de envolvimento emocional, entre outros, parece afetar essa interação e futuramente comprometer o desenvolvimento da empatia nos primeiros anos de vida da criança.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1. Objetivo Geral:

- Analisar a ocorrência de comportamento empático em crianças aos 24 meses de idade, e suas associações com aspectos do desenvolvimento e contexto de criação da criança, em função da presença ou ausência de indicadores de DPP.

3.2. Objetivos Específicos

- Verificar a ocorrência de comportamentos empáticos em crianças a partir das reações empáticas emitidas durante o procedimento do Teddy Bear (Bischof Kohler, 1991).
- Correlacionar a empatia com variáveis associadas ao gênero da criança, ao fato de a criança ter outros cuidadores, desfrutar da presença do pai, frequentar a creche ou escola, percepções da mãe com relação ao temperamento da criança, sua impaciência com relação a criança e sentimentos de satisfação em ser mãe.

3.3. Hipóteses

- A Depressão Pós-Parto têm influencia negativa no desenvolvimento da empatia em crianças sendo elas filhos (as) de mães com indicativo de depressão e, portanto, apresentando maior dificuldade em realizar o Teddy Bear Test;
- Variáveis que fazem parte do contexto de desenvolvimento têm influência sobre o desenvolvimento e desempenho das crianças, como: presença de outros cuidadores, contato com o pai, frequentar creche ou escolinha, percepções da mãe com relação ao temperamento da criança, impaciência e sentimentos de satisfação em ser mãe.

4. MÉTODOS

4.1. Participantes

As díades participantes foram recrutadas no Centro de Saúde-Escola Butantã, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim São Jorge e na UBS Vila Dalva, no 3º trimestre de gestação, com parto previsto para ocorrer no Hospital Universitário (HU) da USP, desde outubro de 2006 a dezembro de 2007. As mães que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D), recebendo garantias da confidencialidade das informações. Os procedimentos para captação das mães e pesquisa tiveram a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo – Parecer nº 0193/CEPS/MS/2006, do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de São Paulo – Registro CEP-HU/USP: 673/06 – SISNEP CAAE: 0051.0.198.000-06 e do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - Ofício 0806 CEPH- 04/07/06 (Anexos A, B, C).

A Escala de Edinburgh (Cox, Holden e Sagovsky, 1987), validada no Brasil por Santos et al. (1999), foi aplicada nas mães no período de 9 a 16 semanas após o parto e respectivamente aos 4, 8 e 24 meses de suas crianças, permitindo a formação do grupo experimental, de mães com indicadores de DPP, que foi constituído pelas mães que tiveram escore igual ou superior a 12.

O grupo controle foi formado por mães que apresentaram escore inferior a 12 em relação ao grupo experimental, consideradas, portanto, mães não deprimidas.

A amostra foi composta por 69 díades, sendo que aos 24 meses a condição da mãe foi medida e 11 (15,9%) apresentaram escore igual ou acima de 12 com indicativo de DPP e 58 (84,1%) com escore inferior a 12, portanto não apresentando diagnóstico indicativo para DPP.

Foram contatadas para participarem da coleta de dados aos 24 meses todas as mães que participaram de alguma etapa de acompanhamento, independentemente de ter havido “falta” em algum encontro prévio previsto. Também foram excluídas da amostra as crianças que não realizaram o teste do Teddy Bear e aquelas cujos vídeos que apresentaram problemas quanto à aplicação ou registro do procedimento.

4.2. Instrumentos de Medida e Procedimentos

Para realização deste estudo foram utilizados os seguintes métodos: entrevistas estruturadas, entrevistas de Escala de Depressão Pós- Parto (EDPE) e análise

de vídeos para a análise de categorias comportamentais e reações empáticas e não empáticas.

4.2.1. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EDPE)

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDE) foi utilizada durante toda a fase do projeto temático, tendo sido aplicada em quatro momentos: durante a gestação, aos 4 meses após o parto, aos 8 meses e no presente estudo, aos 24 meses. De acordo com o perfil socioeconômico de nossa população, o ponto de corte escolhido foi 12, pois o mesmo já foi usado por outras pesquisas para subdividir gestantes de baixa renda em grupo controle e experimental (Cruz, Simões e Faisal-Cury, 2005; Ruschi et al., 2007)

A EPDE é uma escala auto-avaliativa construída especificamente para rastrear a incidência de depressão pós-parto. Por isso tem sido usada extensamente em amostras de mulheres que deram à luz recentemente (Najman, Andersen e Bor, 2000). É composta por 10 itens contendo quatro opções de respostas relacionadas à presença ou intensidade dos sintomas vivenciados pela nova mãe ao longo da última semana. Seus itens cobrem sintomas tais como humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, ideação suicida, suicídio, diminuição do desempenho e culpa (Santos, Martins e Pasquali, 1999). Cada item avalia um sintoma depressivo, recebendo uma pontuação de 0 a 3. A variação de pontuação total vai de 0 a 30, sendo consideradas deprimidas as entrevistadas que tiverem pontuação igual ou superior a 12 na escala (Santos, 1995).

Dentro desta perspectiva, por ser um instrumento que possibilita rastrear as mães que pontuam abaixo ou acima do ponto de corte escolhido 12, o presente estudo considerará todas as mães que pontuaram abaixo de 12 como potencialmente “não deprimidas e as que pontuaram acima deste ponto de corte como “mães deprimidas”. Não se trata de um diagnóstico de DPP, mas da constatação de indicadores de DPP.

4.2.2. Teste do Teddy Bear (Bischof Kohler,1991)

A ideia geral deste estudo foi identificar o desenvolvimento do comportamento de empatia em crianças filhos de mães com e sem indicadores de DPP.

Através do Teste do Teddy Bear desenvolvido pela autora Bischof Kohler (1991), que parte do pressuposto de que as condições afetivas da empatia - como a habilidade

de discriminar emoções e de ter respostas emocionais, e a suscetibilidade ao contágio emocional já estão presentes deste muito cedo. Apresentada uma situação em que uma pessoa demonstra aflição, as crianças empáticas devem mostrar preocupação emocional e compaixão, e indicar, por suas ações, que compreenderam o estado emocional desta pessoa. Para a autora, as crianças que ainda não chegaram a este estágio de desenvolvimento podem sucumbir ao contágio emocional e procurar conforto, ou podem ficar indiferentes, pois ainda não são capazes de se identificar com as pessoas em dificuldades e, portanto, não são afetadas pela sua situação.

O teste do Teddy Bear é um procedimento laboratorial aplicado no âmbito da visita da mãe e da criança ao laboratório de observação, para o conjunto de procedimentos e entrevistas dos 24 meses da criança.

Para este estudo, seguiu-se o protocolo proposto pela autora, que consta de 2 fases propriamente ditas: 1) fase prévia de brincar com a mãe por 15 minutos; 2) fase de teste de empatia, na interação com um experimentador. Foram seguidos os seguintes procedimentos:

A mãe está sentada na mesa pequena defronte à criança; há uma caixa de brinquedos ao lado. Uma câmera montada no tripé, com grande angular, apontada para a cena; outra apontada para a cadeira onde o experimentador estará sentado; esta segunda câmera só é acionada na segunda parte. A primeira câmera é acionada e a filmagem identificada usando-se uma folha com o nome da mãe e da criança em frente da lente.

1 – A mãe é instruída a brincar como se estivesse em casa com a criança por 15 minutos;

2 – Entra o experimentador; senta-se na outra mesa, mais alta, ao lado da qual há um espelho (0,6 X 1,2 m.) e pede à mãe que coloque a criança na cadeira, defronte a ele. Convida a mãe a se sentar em uma poltrona, meio afastada; pede que ela, enquanto isso, responda ao questionário M-CHAT traduzido.

3 – Para o teste do Teddy Bear, o experimentador aciona a segunda câmera e retira então de sua sacola dois bichos de pelúcia: dá um para a criança, ficando com o outro para si. Brincam por dois minutos, até que a cabeça do bicho do examinador cai. Este começa a chorar apresentando sinais de tristeza, por um minuto. Depois vai parando de chorar. O observador, após 30 segundos, volta a brincar e acaba por pedir o bicho com a palma voltada para cima, fazendo sinais de que está precisando de ajuda e pede o ursinho da criança para si, e ao final, se a criança não ajudar o experimentador de alguma maneira, ele guarda o ursinho e inicia outra brincadeira prevista no protocolo.

A classificação dos comportamentos empáticos foi realizada por meio da observação de filmagens realizadas com essas crianças aos 24 meses. Após as observações realizadas no momento da aplicação dos procedimentos, a pesquisadora buscou seguir a mesma forma de classificação e descrição das categorias propostas pela autora Bischof Kohler (1991) que serão posteriormente explicadas.

Após a classificação dos comportamentos referidos como empáticos, foram comparados quanto aos escores de empatia os grupos de bebês de mães com e sem DPP, e foram também realizados cruzamentos com outros fatores pertinentes como: idade, sexo, o fato de a criança frequentar escola ou creche ou ter a presença de outros cuidadores.

Este estudo faz parte de uma investigação longitudinal mais ampla, em que outras filmagens vêm sendo realizadas ao longo do Projeto de DPP, cuja codificação procura avaliar a qualidade das interações entre a mãe e da criança. Importante ressaltar que a ideia original e a escolha do procedimento do Teddy Bear foi proposto pela Dra. Vera Regina Jardim Ribeiro Marcondes Fonseca, com apoio da FAPESP, durante a realização de seu pós-doutorado IPUSP, com a mesma amostra.

4.2.3. Entrevistas Estruturadas

O presente estudo utilizou quatro roteiros de entrevistas estruturadas (Anexos E, F, G, H) a fim de investigar características relacionadas às características emocionais e sociais da criança, cuidados e desenvolvimento psicológico e apoio social.

Abaixo segue a tabela 1, que possibilita a visualização da participação deste estudo no contexto geral do Projeto Temático.

Tabela 1: Protocolo de entrevistas e observações realizadas durante o último trimestre de gravidez, após o parto e aos 3, 4, 8, 12 e 24 meses de vida da criança.

Mãe	1ª Entrevista (último trimestre de gravidez)	2ª Entrevista (após o parto)	3ª Entrevista (3 meses)	4ª Entrevista (4 meses)	5ª Entrevista (8 meses)	6ª entrevista (12 meses)	7ª Entrevista (24 meses)
	Dados sócio-demográficos	História do uso de medicações	Escala de Depressão Pós-Parto (DPP) Edimburgo	Escala de Depressão Pós-Parto (DPP) Edimburgo	Escala de Depressão Pós-Parto (DPP) Edimburgo		Escala de Depressão Pós-Parto (DPP) Edimburgo
	História reprodutiva	Avaliação do serviço de saúde pré-natal, parto e pós parto: participação em grupos de gestante, avaliação da assistência.	HAD	Acompanhamento da unidade básica de saúde			
	Lembranças da infância: afeto, preocupação dos pais, sentimentos de rejeição/castigo, ambiente (afetivo/estressante).	Avaliação física e emocional individual: Aumento de peso na gravidez, disposição física e emocional, sentimento em relação ao bebê ao papel de mãe, ao pai da criança.	Avaliação física e emocional. Disposição física e emocional, sentimento em relação ao bebê ao papel de mãe, ao pai da criança. Cansaço (bebê, tarefas, conjugue família, atividades sociais).				
	Estilos de relacionamento (intrusivo, retraído, boa interação).	Preocupação (bebê, outros filhos, consigo, conjugue trabalho).	Preocupação Bebê, outros filhos, consigo, conjugue trabalho.				
	Avaliação da rede de apoio. Dados da Família: composição familiar		Avaliação da rede de apoio.				

Criança							Aplicação do Teste do Teddy Bear. Aplicação de testes para verificar tarefas de cooperação.
	Descoberta da gravidez	Parto	Registro da criança em cartório (hospital/cartório)	Cotidiano infantil Quem cuida e quantas horas (mãe, outro, escolinha).	Cotidiano infantil Quem cuida e quantas horas (mãe, outro, escolinha).	Cotidiano infantil Quem cuida e quantas horas (mãe, outro, escolinha). Contato com o pai? Como?	Cotidiano infantil Quem cuida e quantas horas (mãe, outro, escolinha). Contato com o pai? Como?
	História das gestações: Sexo do filho, presença do pai, parto, peso do bebê, vivo, planejado, desejado, aceito, intercorrências da gestação. Depressão	Avaliação do bebê		Saúde da criança; Informações sobre a alimentação, sono, ocorrência de acidentes, presença de dificuldades específicas; Características emocionais e comportamentais.	Saúde da criança; Informações sobre a alimentação, sono, acidentes, presença de dificuldades específicas; Características emocionais e comportamentais.	Saúde da criança; Informações sobre a alimentação, sono, acidentes, presença de dificuldades específicas; Características emocionais e comportamentais. Brincadeiras.	Saúde da criança; Informações sobre a alimentação, sono, acidentes, presença de dificuldades específicas; Características emocionais e comportamentais Brincadeiras (faz de conta).

				Indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor (interpessoais, motor -adaptativo, linguagem, motor – sustentação da cabeça e tronco).	Indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor (interpessoais, motor-adaptativo, linguagem, motor – sustentação da cabeça e tronco).	Indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor (interpessoais, motor -adaptativo, linguagem, motor – sustentação da cabeça e tronco).	Indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor (interacionais, adaptativo, linguagem, motor amplo e fino).
		Amamentação	Amamentação	Amamentação e alimentação (leite materno ou outro).	Amamentação e alimentação.	Amamentação e alimentação	Alimentação Leite materno ou outro (ml diário).
		Semelhança e nomeação: Escolha do nome e sobrenome, proximidade física de bebê segundo pais e familiares.					
				Vacinas e dados de puericultura.	Vacinas e dados de puericultura.	Vacinas e dados de puericultura.	Vacinas e dados de puericultura.

Pai	Dados sócio-demográficos: Ocupação do pai.						
	Avaliação da qualidade do relacionamento: Convivência familiar e qualidade do relacionamento.			Avaliação da relação conjugal-familiar: Convivência familiar e conjugal (conflito).	Avaliação da relação conjugal-familiar: Convivência familiar e conjugal (conflito).	Avaliação da relação conjugal. Convivência familiar e conjugal (conflito)	Avaliação da relação conjugal.

Importante ressaltar que todas as entrevistas anteriormente já realizadas, fazem parte do Projeto Temático tendo este um caráter amplo, onde vários Pesquisadores e Colaboradores estão envolvidos e ao qual participei diretamente como pesquisadora e experimentadora.

4.2.4. Protocolo de análise do Teddy Bear Test

Para a codificação dos comportamentos empáticos e a tabulação dos dados, foram utilizados os quatro padrões de reações dos sujeitos descritos pela autora Bischof-Kohler (1991), apresentados abaixo:

Ajudantes: Estas crianças mostram interesse e/ou compaixão, tentando mudar a situação do experimentador, através da tentativa de consolo, tentativa de consertar o ursinho de pelúcia, pedindo a ajuda de suas mães por mais de uma vez ou ofereceram o próprio brinquedo para o experimentador.

Ajudantes bloqueados: Demonstraram interesse e comportamentos semelhantes ao dos ajudantes, mas não tentaram ajudar diretamente o experimentador até o término do período de choro; a única ação é de chamar a atenção de suas mães para o acidente através de verbalizações contínuas sobre o evento e o experimentador.

Perplexos: Estas crianças olharam atentamente o experimentador e suas expressões, não evitando a atenção com relação ao mesmo. Pararam de brincar, mas não mostraram qualquer tentativa de intervenção. Deram a impressão de que não entenderam muito bem o que estava acontecendo e pareciam esperar até o experimentador retomar o jogo.

Indiferentes: Exibiram uma resposta breve e logo perderam o interesse pelo experimentador, passando a brincar sozinhas, por iniciativa própria ou com a participação da mãe. Não mostraram preocupação nem tentaram ajudar.

Importante ressaltar que as crianças consideradas perplexas não demonstraram comportamentos que pudessem ser qualificados como tentativa de ajuda e nem disponibilizaram o brinquedo diante da solicitação do experimentador. Neste caso, estas crianças foram agrupadas com as crianças que apresentaram reações de indiferença já que, ao final, a reação de não ajudar prevaleceu na brincadeira.

Esta análise foi baseada no protocolo da autora Bischof-Kohler (1991), que operacionalizou algumas categorias, com a finalidade de classificar reações empáticas e não empáticas, conforme exemplifica a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 - Reações empáticas apresentadas pelas crianças (Bischof-Kohler, 1991).

REAÇÕES EMPÁTICAS	REAÇÕES NÃO EMPÁTICAS
Reparação do brinquedo pela criança	Olhar atento para o experimentador
Tentativa de reparação do brinquedo	Parar de brincar, mas não ajudar
Chamar a mãe mais de uma vez para reparar o brinquedo	Desviar o olhar do experimentador
Pedir para mãe falar com o experimentador	Não ajudar
Aproximar-se do experimentador	Chorar
Tentativa de consolar o experimentador	
Adiar a tentativa de ajuda	
Chamar a atenção da mãe por no mínimo 4 vezes sobre o acidente	

Utilizou-se ainda uma árvore de decisão criada pela autora, que facilitou a observação e direcionamento da emissão dos comportamentos empáticos e não empáticos.

Figura 1 - Árvore de decisão (Bischof-Kohler, 1991).

Para a autora Bischof-Kohler (1991), os principais critérios para a análise do comportamento de empatia e das intervenções pró-sociais, foram operacionalizadas pelos seguintes comportamentos: “reparações do ursinho de pelúcia pela criança”, “tentativa de reparar o ursinho”, “chamar a mãe para reparação do ursinho”; “oferecer outro brinquedo para companheiro de jogo”; “tentar fazer a mãe abordar o companheiro de jogo”; “ficar perto do companheiro de jogo na tentativa de restabelecer um contato com os olhos”.

Seguindo o protocolo da autora, a classificação das crianças em categorias foi feita da seguinte forma:

- Ajudantes: apresentaram mais intervenções pró-sociais durante o momento de tristeza do experimentador;
- Ajudantes Bloqueados: apresentaram mais intervenções sociais após o período de choro do experimentador, brincaram menos de 50% durante o período de choro do experimentador, chamaram repetidamente a atenção da mãe para o experimentador;
- Perplexos: brincaram mais de 50% do tempo durante o choro do experimentador; em nenhum momento chamaram a mãe para a situação do experimentador e apresentaram em menor proporção um comportamento definido pela autora como “display behavior” que seria uma espécie de comportamento de exibição no qual batiam o brinquedo na mesa, gritavam e tentavam sair do lugar em que estavam sentados;
- Indiferentes: essas crianças apresentaram menos intervenções pró-sociais durante a brincadeira, brincaram mais de 50% durante o período de choro do experimentador, não apresentaram intervenções pró-sociais após o período de choro do experimentador, não chamaram a atenção de suas mães em nenhum momento para a situação do experimentador e também apresentaram mais comportamentos de exibição.

Segundo Bischof-Kohler (1991), algumas categorias mostraram-se relevantes para essa operacionalização:

- A intervenção pró-social da criança durante o período do choro do experimentador ou 3 minutos depois;
- Chamar a atenção da mãe, repetidamente, para a situação do experimentador;
- Duração da atividade lúdica durante o período de choro, ou seja, se a criança brincou mais de 50% ou menos de 50% durante o choro do experimentador;
- Período (tempo) de observação da criança para o experimentador e/ou para o ursinho de pelúcia durante o período de choro.

As crianças que não apresentaram nenhum dos comportamentos citados acima foram classificadas como não empáticas.

4.2.5 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada por meio da planilha eletrônica Excel e do programa estatístico SPSS 13.0 for Windows, em que as frequências dos comportamentos

empáticos e não empáticos foram inseridas e analisadas a partir das categorias apresentadas pela autora.

Para melhor leitura das tabelas foram criadas categorias que sinalizam:

- Condição da mãe: informa as medidas indicativas da mãe com ou sem DPP;
- Condição da criança: informa quando a criança é classificada como empática ou não empática;
- Estilo da criança: refere- aos padrões de reações apresentadas pelas crianças durante o experimento que são: indiferente, ajudante, ajudante bloqueado.

Os dados foram tratados através de análises descritivas (frequências e testes de Chi Quadrado). Realizou-se uma análise descritiva e agrupamento dos resultados, baseando-se nos padrões comportamentais de empatia das crianças pertencentes ao grupo experimental e de controle. Importante ressaltar que a pesquisadora nesta análise foi cega, ou seja, não teve informações prévias sobre o fato das mães apresentarem indicadores de DPP ou sem DPP.

Os dados já disponibilizados ao longo do desenvolvimento do Projeto Temático possibilitam que os diversos pesquisadores envolvidos nesta rede de investigação possam disponibilizar, usufruir e realizar cruzamentos que proporcionem novas possibilidades de busca de informações e construção de novos conhecimentos.

5. RESULTADOS

Neste estudo foram analisadas 69 díades, ou seja, todas as díades que participaram das filmagens do Teste de Empatia (Teddy Bear Test) aos 24 meses. A amostra foi composta de 29 meninos (42,0%) e 40 meninas (58,0%).

Gráfico1 - Distribuição das crianças segundo o sexo.

O grupo de mães com e sem DPP foi composto conforme os resultados apresentados pelos indicadores medidos pela EDPE durante as entrevistas realizadas, nas diversas fases do projeto, aos 4, 8 e 24 meses da criança. A pontuação total na escala varia de 0 a 30, sendo consideradas deprimidas as entrevistadas que tiverem pontuação igual ou superior a 12 na escala 25.

Importante ressaltar que os totais variam porque nem sempre essas 69 mães foram avaliadas pela EDPE em todas as fases conforme indicações do gráfico 2, por não comparecimento ou algum outro imprevisto.

Gráfico 2 – Resultados da EDPE obtidos nas diversas etapas ao longo do projeto temático de DPP: porcentagem de mães com e sem indicativos de DPP em cada idade da criança.

Tabela 3: Distribuição com relação à condição da criança e as medidas de DPP das mães durante o puerpério e resultados do teste de Chi-Quadrado.

Condição da mãe no Puerpério		Não empático	Empático	Total
NÃO DPP	N	16	35	51
	%	31,4	68,6	100,0
	Resíduo			
	Ajustado	-1,6	1,6	
SIM DPP	N	9	8	17
	%	52,9	47,1	100,0
	Resíduo			
	Ajustado	1,6	-1,6	
TOTAL	N	25	43	68
	%	36,8	63,2	100,0

Ao contrário do esperado, na tabela 3 não se verificou efeito da DPP no puerpério diminuindo a empatia nas crianças de dois anos (teste exato de Fischer = ,148).

Porém, ainda assim, observa-se que houve uma tendência significativa com relação ao efeito da DPP das mães: no grupo sem depressão pós-parto, há uma tendência a mais crianças empáticas. Pode-se verificar no resíduo ajustado, que as crianças empáticas estão positivamente associadas à ausência de DPP (1,6) – enquanto no grupo com DPP há menos frequência (-1,6) do que a esperada pelo acaso de crianças empáticas.

Gráfico 3 - Porcentagem de crianças empáticas e não empáticas nos grupos com ou sem depressão aos 8 e 24 meses.

Na análise de associação entre depressão materna, nas demais idades da criança, respectivamente aos 8 e 24 meses não se verificou nenhuma tendência. Aos 8 meses (teste Exato de Fischer =,1,000) e aos 24 meses das mães (teste Exato de Fischer =, 736).

Tabela 4: Distribuição com relação ao sexo da criança, à condição da criança (empático e não empático) medida pelo Teste do Teddy Bear aos 24 meses, à condição da mãe com ou não indicativos de DPP aos 24 meses e resultados do teste de Chi-Quadrado.

Condição da mãe	SEXO		Não empático	Empático	Total
Não DPP	Feminino	N	16	20	36
		%	44,4	55,6	100,0
		Resíduo Ajustado	1,7	-1,7	
	Masculino	N	5	17	22
		%	22,7	77,3	100,0
		Resíduo Ajustado	-1,7	1,7	
	Total	N	21	37	58
		%	36,2	63,8	100,0
	SEXO		Não empático	Empático	Total
Sim DPP	Feminino	N	1	3	4
		%	25,0	75,0	100,0
		Resíduo Ajustado	-1	1	
	Masculino	N	4	3	7
		%	57,1	42,9	100,0
		Resíduo Ajustado	1	-1	
	Total	N	5	6	11
		%	45,5	54,5	100,0

Os resultados da tabela 4 revelam que a maior parte das crianças, ou seja, 63,8%, apresentaram-se empáticas diante da situação de choro do experimentador sendo estas filhas de mães sem diagnóstico para DPP. Os testes de Chi-Quadrado não revelaram diferenças significativas das reações empáticas em função do sexo da criança, para as crianças filhas de mães sem indicativo de DPP (Chi-Quadrado de Pearson=,095) e para as filhas de mães com indicativo de DPP (Chi-Quadrado de Pearson=, 303). Nota-se, porém, uma tendência maior para empatia nos meninos do grupo sem DPP.

Tabela 5 – Distribuição com relação ao sexo, estilo da criança (indiferente, ajudante e ajudante bloqueado) e resultados do teste de Chi-Quadrado.

SEXO		Indiferente	Ajudante	Ajudante Bloqueado	Total
Feminino	N	17	20	3	40
	%	42,5	50,0	7,5	100,0
	Resíduo Ajustado	1	-1,3	0,7	
Masculino	N	9	19	1	29
	%	31,0	65,5	3,4	100,0
	Resíduo Ajustado	-1	1,3	-,7	
Total	N	26	39	4	69
	%	37,7	56,5	5,8	100,0

A tabela 5 corresponde à associação entre o sexo da criança e suas reações comportamentais (indiferente, ajudante e ajudante bloqueado). Embora as meninas tenham apresentado uma pequena diferença no que diz respeito ao comportamento de ajuda 20 (50,0%) e os meninos 19 (65,5%), não houve associação entre o sexo e as reações empáticas (teste Chi- Quadrado de Pearson =, 411).

Com relação à categoria ajudantes bloqueados, 3 meninas apresentaram (7,5%) interesse pela situação do experimentador, e 1 menino (3,4%).

Vale informar que as crianças que apresentaram comportamentos bloqueados demonstraram interesse pelo choro contínuo do experimentador. Embora estas crianças não tenham apresentado tentativas diretas de ajuda ao experimentador até o término do período de choro, procuraram chamar a atenção de suas mães para o acidente através de verbalizações contínuas sobre o evento e o experimentador.

Tabela 6 – Distribuição das reações empáticas com relação à condição da criança e seu principal cuidador aos 24 meses e resultados do teste de Chi-Quadrado.

Quem cuida aos 24 meses			Não Empático	Empático	Total
	Mãe	N	12	17	29
		%	41,1	56,8	100,0
		Resíduo Ajustado	0,5	-,5	
	Outros	N	14	26	40
		%	35,0	65,0	100,0
		Resíduo Ajustado	-,5	0,5	
TOTAL		N	26	43	69
		%	37,7	62,3	100,0

Na tabela 6, são apresentadas as informações sobre o principal cuidador da criança aos 24 meses. Embora a maior parte das crianças empáticas 26 (65,0%) tenham outras pessoas como principais cuidadores e não somente a mãe, a análise de associação por meio do teste de Chi-quadrado não revelou diferenças significativas (teste Exato de Fischer =,623).

Contudo, este dado pode refletir o fato destas crianças aos 24 meses estarem também com outros cuidadores que não principalmente a mãe.

Tabela 7 – Condição da criança e o fato de frequentar creche ou escolinha aos 24 meses e resultados do teste do Chi-Quadrado.

Frequenta Creche ou Escola		Não empático	Empático	Total
Não	N	15	18	33
	%	45,5	54,5	100,0
	Resíduo Ajustado	1,3	-1,3	
Sim	N	11	25	36
	%	30,6	69,4	100,0
	Resíduo Ajustado	-1,3	1,3	
TOTAL	N	26	43	69
	%	37,7	62,3	100,0

A tabela 7 descreve a classificação da empatia em função de se a criança frequenta a creche ou escolinha aos 24 meses. Embora a maioria das crianças empáticas 25 (69,4%), dentre as 43 crianças empáticas, estejam frequentando a creche ou escolinha os resultados realizados com o teste do Chi-Quadrado (teste Exato de Fischer =,224) não

apresentaram resultados significativos; ainda assim, o resíduo ajustado mostra uma tendência para associação entre frequentar a creche e apresentar empatia (1,3).

A frequência à creche também foi avaliada nas entrevistas anteriores realizadas aos 4, 8 e 12 meses. Conforme o gráfico 4 abaixo, a frequência à creche não foi registrada aos 4 meses e é muito pequena aos 8 meses e começa a aumentar aos 12 meses.

Gráfico 4 - Crianças que frequentaram creche ou escolinha aos 4, 8 e 12 meses.

Tabela 8 – Representa a condição da criança e o contato que a mesma tem com o Pai aos 24 meses e resultados de teste do Chi- Quadrado.

Contato com o Pai aos 24 meses		Não empático	Empático	Total
Não	N	2	8	10
	%	20,0	80,0	100,0
	Resíduo Ajustado	-1,2	1,2	
Sim	N	24	35	59
	%	40,7	59,3	100,0
	Resíduo Ajustado	1,2	-1,2	
TOTAL	N	26	43	69
	%	37,7	62,3	100,0

A tabela 8 descreve os resultados da empatia em função da criança desfrutar da presença do Pai aos 24 meses. A maior parte das crianças consideradas empáticas 35 (59,3%) convive com o Pai. Os resultados realizados com o teste do Chi - Quadrado (teste Exato de Fischer =, 299).

Tabela 9: Medidas relacionadas à DPP materna aos 24 meses e à visão das mães com relação ao temperamento de suas crianças aos 24 meses e resultados do teste do Chi- Quadrado.

Condição da mãe	Temperamento		Não empático	Empático	Total
Não DPP	Difícil	N	11	17	28
		%	39,3	60,7	100,0
		Resíduo Ajustado	0,7	-0,7	
	Fácil	N	11	17	29
		%	31,0	69,0	100,0
		Resíduo Ajustado	-0,7	0,7	
	Temperamento		Não empático	Empático	Total
Sim DPP	Difícil	N	1	5	6
		%	16,7	83,3	100,0
		Resíduo Ajustado	-1,5	1,5	
	Fácil	N	2	1	3
		%	66,7	33,3	100,0
		Resíduo Ajustado	1,5	-1,5	
	Total	N	3	6	9
		%	33,3	66,7	100,0

A tabela 9 apresenta os dados da empatia em função da DPP materna e a percepção das mães com relação ao temperamento de suas crianças aos 24 meses. Na condição sem DPP, 69,0% das crianças de temperamento fácil foram empáticas no teste bem como 60,7% das de temperamento difícil. O teste do Chi-Quadrado (teste Chi-Quadrado de Pearson =,514) não apresentou resultado significativo. Na condição com DPP, houve uma tendência maior na associação entre temperamento difícil e empatia (teste Chi-Quadrado de Pearson =,134).

Tabela 10 - Medidas relacionadas à condição da criança e à visão das mães quanto à impaciência com relação à criança aos 24 meses e testes do Chi-Quadrado.

Condição da mãe	Impaciência com a criança		Não empático	Empático	Total
Não DPP	Nunca	N	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,0
		Resíduo Ajustado	0,4	-,4	
	Raramente	N	3	8	11
		%	27,3	72,7	100,0
		Resíduo Ajustado	-,7	0,7	
	Às vezes	N	13	23	36
		%	36,1	63,9	100,0
Resíduo Ajustado		0,0	0,0		
Quase Sempre	N	2	4	6	
	%	33,3	66,7	100,0	
	Resíduo Ajustado	-,2	0,2		
Sempre	N	2	1	3	
	%	66,7	33,3	100,0	
	Resíduo Ajustado	1,1	-1,1		
Total	N	21	37	58	
	%	36,2	63,8	100	
	Impaciência com a criança		Não Empático	Empático	Total
Sim DPP	Às vezes	N	4	5	9
		%	44,4	55,6	100,0
		Resíduo Ajustado	-0,1	0,1	
	Quase Sempre	N	1	0	1
		%	100,0	0,0	100,0
		Resíduo Ajustado	1,1	-1,1	
	Sempre	N	0	1	1
		%	0,0	100,0	100,0
Resíduo Ajustado		-1	1		
Total	N	5	6	11	
	%	45,5	54,5	100,0	

A tabela 10 apresenta os dados da empatia em função da DPP materna e da percepção das mães com relação ao sentimento de impaciência com suas crianças aos 24 meses. Para as mães sem indicativos de DPP que revelaram ficar às vezes mais impacientes, as crianças apresentaram-se mais empáticas 23(63,9%) com relação ao grupo. O teste do Chi-Quadrado (teste Chi-Quadrado de Pearson =,778) não apresentou resultado significativo. Considerada a dificuldade decorrente do número de categorias de avaliação da impaciência e a subdivisão dos grupos, esta análise apenas fornece uma visão geral da complexidade da associação entre avaliação de impaciência, condição da DPP e reação empática.

Vale informar que nesta tabela a condição “nunca” e “raramente” somente foram relatadas pelas mães que não apresentaram indicativos de DPP e por isso não apresentaram nenhuma ocorrência nas mães com indicativo de DPP.

Tabela 11 - Medidas relacionadas à empatia da criança aos 24 meses e à visão das mães quanto à satisfação em ser mãe e testes do Chi-Quadrado.

Condição da mãe	Satisfação em ser Mãe		Não empático	Empático	Total
Não DPP	Nunca	N	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,0
		Resíduo Ajustado	0,4	-,4	
	Sempre	N	19	35	54
		%	35,2	64,8	100,0
		Resíduo Ajustado	-,6	0,6	
Sim DPP	Quase Sempre	N	1	1	2
		%	50,0	50,0	100,0
		Resíduo Ajustado	0,4	-,4	
	Total	N	21	37	58
		%	36,2	63,8	100
	Satisfação em ser Mãe		Não empático	Empático	Total
Sim DPP	Sempre	N	4	5	9
		%	44,4	55,6	100,0
		Resíduo Ajustado	-0,1	0,1	
	Quase Sempre	N	1	0	1
		%	100,0	0,0	100,0
		Resíduo Ajustado	1,1	-1,1	
Sim DPP	Às vezes sim às vezes não	N	0	1	1
		%	0,0	100,0	100,0
		Resíduo Ajustado	-1	1	
	Total	N	5	6	11
		%	45,5	54,5	100,0

Na tabela 11 são apresentados os resultados com relação à empatia da criança, a DPP materna e sua satisfação em ser mãe. Os dados revelam que para as mães sem diagnóstico de DPP e que se declaram sempre satisfeitas em ser mãe, 64,8% de suas crianças apresentaram comportamentos de empatia. Neste caso, a empatia apresentou-se predominante em crianças filhas de mães sem DPP e que se sentem satisfeitas sendo mães na maior parte do tempo. O teste do Chi-Quadrado (teste Chi Quadrado de Pearson =,838) não apresentou resultado significativo.

Ressaltamos que nesta tabela que a categoria “nunca” apenas foi apresentada pelas mães sem indicativos de DPP e a categoria (às vezes sim e às vezes não) foi registrada apenas na condição de indicativa de DPP.

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O conjunto de estudos apresentados neste trabalho apontam a importância da empatia como um fator de relações saudáveis e de ajustamento psicossocial, considerando a sua ausência como um dos fatores de risco para comportamentos antisociais. Embora um conhecimento mais amplo sobre os fatores associados à empatia ou falta de empatia e sobre as suas consequências ainda demande muitas pesquisas, os resultados encontrados neste trabalho apontam que não temos indicativos significativos de que a DPP tenha afetado o desenvolvimento da empatia, no sentido esperado. Foram encontrados alguns efeitos em termos de tendências, que mesmo assim, pelas características da amostra, podem ser considerados informativos, parte deles confirmando hipóteses prévias (como associação entre DPP e falta de empatia (ver Tabela 3) e outra parte salientando resultados inesperados e interação entre fatores, como no caso do sexo da criança e DPP, em que meninos do grupo sem DPP mostram-se mais empáticos (ver Tabela 4).

Inicialmente foi possível verificar através do Teddy Bear Test (Bischof-Kohler, 1991) realizado aos 24 meses que, ainda que estas crianças sejam filhas de mães com ou sem indicativos de depressão pós-parto aos 24 meses, a grande maioria (43=63,2%) demonstrou empatia diante da situação de choro do experimentador enquanto as demais apresentaram comportamentos de indiferença. Considerando a variedade de reações empáticas e não empáticas, observou-se que 39 crianças (56,5%) apresentaram comportamentos de ajuda classificados pela autora como intervenções pró-sociais (Bischof-Kohler, 1991) como, por exemplo, oferecer o próprio ursinho ou mesmo tentar consertar o ursinho quebrado. É provável que esta porcentagem subestime a capacidade empática destas crianças: o teste é

peculiar, temos um experimentador do sexo masculino, uma situação em que foram apresentados muitos procedimentos em sequência que podem ter produzido alguma fadiga nas crianças e, ainda, algumas crianças não pareceram muito convencidas pelo choro do experimentador. Ainda assim, exploratoriamente, este tipo de situação experimental rendeu uma série de informações importantes na comparação das diferentes condições estudadas. Voltando à ideia de uma provável sub-estimativa, os resultados mostram que a maior parte das crianças de 24 meses exibem reações empáticas. Este dado, entendido no contexto da amostra de baixa renda, também merece uma reflexão especial: as condições sócio-afetivas destas famílias são propícias ou suficientes para o desenvolvimento adequado da empatia.

Ao contrário do esperado, não se verificou efeito da DPP no puerpério diminuindo a empatia nas crianças de dois anos (ver Tabela 3). Ainda assim, houve uma tendência a este efeito esperado da DPP sobre a empatia: No grupo sem depressão pós-parto, há uma tendência a mais crianças empáticas. Pode-se verificar no resíduo ajustado, que as crianças empáticas estão positivamente associadas à ausência de DPP (1,6) – enquanto no grupo com DPP há menos frequência (-1,6) do que a esperada pelo acaso de crianças empáticas. Não foram observadas diferenças significativas na empatia aos dois anos, em função da depressão materna medida aos 4, 8 e 24 meses.

Brazelton (1988) ressalta o caráter natural da depressão experimentada por algumas mães durante o período inicial de recuperação após o parto. Segundo o autor, essa depressão materna apresenta um lado positivo: a hipersensibilidade da mãe contribui para que ela procure meios de compreender seu bebê. Como se fosse um consolo para seus sentimentos de desorganização, a mãe busca um comportamento organizado no seu bebê. Neste mesmo sentido, o autor aponta que a depressão pode também ser útil no sentido de auxiliar a mãe a se afastar do seu antigo mundo, com o que ganha tempo para desenvolver sensibilidade e responsividade com seu bebê.

Nossos resultados apontam uma importância da interação mãe-bebê no período dos primeiros meses da criança para o desenvolvimento da empatia, confirmando, portanto, uma ideia da importância dos primeiros meses neste desenvolvimento, ao menos como medido aos 24 meses. Apesar de termos constatado apenas uma tendência durante o puerpério, os dados reiteram a relevância de apoio a famílias com DPP, no sentido de proteção da mãe e do desenvolvimento da criança.

Não foram encontradas diferenças significativas na reação empática de meninos e meninas, contrariando uma expectativa de maior empatia em meninas, conforme a literatura. Em estudos realizados por Mondell e Tyler (1981), embora não tenham encontrado

diferenças significativas entre os sexos, os autores observaram que as meninas obtiveram uma pontuação consideravelmente mais alta do que os meninos. Estudos recentes sobre competência social demonstram que as meninas são mais competentes socialmente e apresentam menos problemas de comportamento durante a adaptação à escola do que os meninos (La Freniere e Dumas, 1996). No teste de empatia dos ursinhos, tais diferenças não se revelaram. Neste estudo, os meninos apresentaram-se proporcionalmente mais empáticos (77,3% versus 55,6% das meninas), embora este bom desempenho tenha se revelado no contexto sem indicativo de DPP (ver Tabela 4). Este resultado contraria o esperado pela literatura, no sentido de mais empatia associada às meninas. É possível que a situação de teste tenha sido aguda demais, no sentido de produzir reações intensas em todas as crianças. Porém algumas diferenças descritivas, a partir da análise dos vídeos, podem ser mencionadas: os meninos, por exemplo, apresentaram mais tentativas em consertar o ursinho quebrado e as meninas em dar o ursinho ao experimentador quando solicitado. A análise de efeitos da DPP em função do sexo da criança merece atenção, pois as peculiaridades podem guiar novos entendimentos e intervenções.

Os resultados obtidos com relação à empatia da criança aos 24 meses e seu principal cuidador neste período, revela que grande parte das crianças consideradas empáticas (26=65,0%) também estão sob cuidados de outros cuidadores que não somente a mãe aos 24 meses (ver Tabela 6). É preciso entender esta variável como associada ao desenvolvimento da criança, com expansão dos contatos sociais e vínculos potenciais de estruturação de apoio social e familiar.

Os dados citados anteriormente relacionam-se diretamente com o estar ou não em creches. Analisando-se em função da frequência à creche, verifica-se que a maioria das crianças consideradas empáticas (25=69,4%) já está frequentando a creche ou a escolinha aos 24 meses (ver Tabela 7). Embora os resultados não tenham sido significativos, o resíduo ajustado demonstrou uma tendência para associação entre frequentar a creche e apresentar empatia (1,3). Neste caso, podemos considerar que estas crianças encontram-se na presença de outros cuidadores contribuindo para sua adaptação e partilhando suas habilidades sociais e experiências com outras crianças e adultos. Dada à importância da empatia em interações cotidianas, pesquisadores têm investigado quando e como as crianças desenvolvem as habilidades necessárias para criar empatia. Estudos sobre empatia apontam que através do contato social com os pais, a criança pode aprender habilidades e valores importantes para uma boa interação social. Posteriormente, na escola, ela irá avaliar suas próprias habilidades e a sua aceitação no grupo, ao se comparar com os colegas (Matos, 1997). Nesse sentido,

Lennon e Eisenberg (1987) afirmam que a empatia pode apresentar-se mais elevada durante os primeiros anos escolares, em especial com crianças do mesmo sexo.

A relação entre os indicadores de empatia da criança aos 24 meses e ter contato com o Pai neste mesmo período, obtidos nesta amostra, apontou que (35=59,3) as crianças empáticas desfrutaram da presença do pai (ver Tabela 8). Conforme ressalta Paquette (2004), o pai tem um papel importante no fornecimento de apoio emocional à mãe que interage com a criança. Neste mesmo sentido, além desta contribuição mais indireta, os pais podem também desempenhar um papel mais específico e direto com os seus filhos, sendo também capazes de fornecer um cuidado sensível e responsivo às suas crianças. A presença do pai pode ser um indicador de estruturação familiar.

Não foram observadas diferenças significativas nos resultados relacionados à condição da criança e à percepção da mãe com relação ao temperamento de suas crianças. As mães do grupo sem indicativos de DPP consideraram o temperamento de suas crianças “mais fácil” e estas, por sua vez, foram consideradas mais empáticas (17=69,0). Embora estudo realizado por McGrath, Records e Rice (2008) aponte que é possível perceber diferenças no temperamento infantil devido à presença de depressão, os autores salientam que é de grande importância realizar intervenções que facilitem o ajuste das mães com seus bebês no sentido de apoiar as díades. Sobre a tendência entre temperamento difícil, DPP e empatia (ver Tabela 9), a avaliação de temperamento difícil pelas mães com DPP pode englobar não só crianças tipicamente difíceis como aquelas que tentam lidar com a DPP materna, insistindo, tomando iniciativas, de certo modo, criando mecanismos mais ativos para lidar com a DPP. Estas crianças poderiam, neste processo, desenvolver mais aspectos de seus padrões de comportamento interacionais e isto poderia explicar uma tendência a mais empatia neste grupo.

Diversos estudos realizados anteriormente apontam para a complexidade do fenômeno da DPP. Em um estudo feito dentro do projeto com o objetivo de investigar efeitos da DPP na interação mãe-criança, estudada por micro-análise dos comportamentos interacionais, De Felipe (2009), ao mesmo tempo em que constatou efeitos na estruturação interacional, destacou a complexidade e a interação entre variáveis. Na análise dos dados da literatura, também chamou a atenção para a presença de um conjunto de investigações que apontam efeitos da DPP ao lado de outro conjunto que não corrobora tal efeito; entendeu este contraste como decorrente desta possível interação de variáveis. Para explicar resultados da própria pesquisa que mostram associação entre DPP e impaciência da mãe com a criança, a autora ressalta que a depressão pós-parto (DPP) é uma desordem de humor que afeta mães e,

consequentemente, suas crianças e famílias. Mães deprimidas podem atribuir intenções e motivações negativas ao comportamento de seus filhos mais prontamente do que mães sem DPP. Dentro desta perspectiva, a autora aponta que essas mães poderiam esperar mais competência social e responsabilidade de suas crianças. Nesse contexto, inúmeras reações podem ser esperadas, tais como impaciência e raiva para com seus filhos.

Em um estudo atualmente realizado no Projeto Temático, Lucci, Morais e Otta (2011) tinham como objetivo verificar se a DPP da mãe teria influência para a percepção da mesma sobre seu relacionamento com o filho no primeiro ano de vida. Neste estudo as autoras verificaram que as mães com DPP avaliaram que seus filhos costumavam dar “muito trabalho” aos 4, 8 e 12 meses, e portanto, relatando maior frequência de momentos de impaciência. Segundo as autoras, estes efeitos são compatíveis com os resultados de que as mães com DPP sentem-se mais inseguras e percebem-se como menos capazes de cuidar do que aquelas sem indicativos de DPP.

Embora estes estudos realizados dentro do Projeto Temático apontem frequentes manifestações de impaciência das mães, aos 24 meses, as crianças filhas de mães que relataram ficar “às vezes” impacientes apresentaram-se mais empáticas (23=63,9%); já as crianças filhas de mães com indicativo de DPP não apresentaram resultados significativos no que se refere a um possível prejuízo no desenvolvimento da empatia (ver Tabela 10).

No que se refere à relação entre satisfação em ser mãe e a empatia da criança aos 24 meses, no grupo de mães que se declararam sempre estar satisfeitas as crianças apresentaram mais comportamentos empáticos (35=64,8%) (ver Tabela 11). Na presença de depressão, não houve associações significativas com a empatia.

Vários estudos na literatura apontam que as condições físicas e psicológicas da mãe no período que antecede e sucede o parto se revestem de grande importância, já que as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nessa mesma época e dependem intimamente do funcionamento da díade. Assim, a depressão pós-parto, uma condição de alta prevalência em várias culturas e diversas áreas geográficas, foi objeto de inúmeros estudos para avaliar seu impacto na interação mãe-bebê e no desenvolvimento deste (Reck, Hunt, Fuchs, Weiss, Noon, Moehler, Edhborg, Lundh, Seimyre e Widström, 2003-2004). Entretanto, estudos europeus do TCS-PND (*Transcultural Study of Postnatal Depression*) não conseguiram estabelecer correlação estatisticamente significativa entre grau de depressão manifesta e prejuízo na interação mãe-bebê (Gunning, Conroy, Valorian, Figueiredo, Kammerer e Muzik, 2004).

Nos dados do presente estudo dentro do projeto mais amplo também não foram confirmadas todas as previsões de possíveis efeitos da DPP a partir de estudos da

literatura. Ainda assim, no conjunto, os resultados contribuem para uma análise sistêmica do desenvolvimento da criança e apontam as variáveis relevantes, reiterando a importância da figura materna neste contexto. A inserção do presente estudo no projeto temático contribuiu para a aquisição do conhecimento de aspectos relevantes sobre a díade mãe-bebê, analisando aspectos ligados à vinculação, cuidados parentais e desenvolvimento sócio afetivo estabelecidos nas primeiras fases de vida da criança, bem como suas capacidades, predisposições e habilidades para construir a realidade, ações e perspectivas de mundo em conjunto com a mãe e com os outros, enquanto constrói sua própria subjetividade em um contexto no qual o desenvolvimento da empatia reflete características do bebê, da mãe e da interação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L.S.H.G; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 2006. v. 33, n. 2, p. 43-54.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA, 1994). DSM IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais. 4ª edição, Lisboa: Climepsi editores.
- AINSWORTH, M. D. S. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 1969.40, p.969-1025.
- BAPTISTUSSI, M. C. Habilidades sociais em estudantes universitários: uma questão de gênero? Monografia de conclusão do curso de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, 1997.
- BARON, S. C. Diferença Essencial – A verdade sobre o cérebro de homens e mulheres. Editora Objetiva, Rio de Janeiro, 2004.
- BARNETT, M. A. Empatía e respuestas afines en los niños. En N. Eisenberg; J. Strayer (Orgs.), *La empatia y su desarrollo*.1992. p. 163-179.
- BARNETT, M. A., KING, L. M., HOWARD, J. A.; DINO, C. A. Empathy in young children: Relations to parents' empathy, affection, and emphasis on the feelings of others. *Developmental Psychology*, 1980. n. 16, p. 243-244.
- BASTOS, M. F.; CARVALHO, A. M. Empatia entre crianças. Trabalho apresentado no Simpósio “Comportamento pró-social: questões filogenéticas e ontogenéticas” da XXI Reunião Anual de Psicologia da SBP. Ribeirão Preto. 1992. p. 114-116.
- BATSON, C. D.; AHMED, N. Empathy-induced altruism in a prisoner's dilemma II: What if the target of empathy has defected?' *European Journal of Social Psychology*, 2001. n. 73, p. 517-522.
- BATSON, C.D. *The altruism question: Towards a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.
- BATSON, C.D.; COKE, J.S. Empathy, a source of altruistic motivation for helping? In J.P.Rushton, & R.M. Sorrentino (Eds.) *Altruism and helping behavior*. Hillsdale, N.Y.:Lawrence Erlbaum Ass., 1981.
- BATSON, C. D.; DUNCAN B. D.; ACKERMAN, P.; BUCKLEY T.; BIRCH, K. Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 1981, n. 40, p. 290-302.
- BEYERS, J. M.; LOEBER, R. Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2003. n. 31(3), p. 247-266.
- BIRINGEN, Z. Emotional availability: Conceptualization and research findings, *American Journal of Orthopsychiatry*, 2000, n. 70, p. 104-114.

BIRINGEN, Z.; ROBINSON, J.; EMDE, R. Appendix B: The emotional availability scales. *Attach Hum Dev*; 2000, n. 2 p. 256-70.

BISCHOF- KÖHLER , D. Development of Empathy in Infants: Perspectives from German Speaking Countries Chap. M. E. Lamb & H. Keller, 1991 (Eds.) 12, p. 245-273.

BISCHOF- KÖHLER, D. Empathy, Compassion and Cruelty, and How They Connect Presentation at Einstein Forum, Postdam: Zivilisationsbruch mit Zuschauer. Gestalten des Mitgefühls December 9th-11th, 2004.

BLAIR, R. J. R. Moral reasoning and the child with psychopathic tendencies. *Personality and Individual Differences*, 1997 n. 22(5), p. 731-739.

BJORKLUND, D. F. The role of immaturity in human development. *Psychological Bulletin*, 1997, n. 122(2), p. 153-169.

BOWLBY, J. Apego e Perda. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987, p. 486.

BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1979), 1982.

BOWLBY, J. Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BUSSAB, V. S.; PEDROSA, M. I.; CARVALHO, A. M. Encontros com o outro: Empatia e subjetividade no primeiro ano de vida. USP - Instituto de Psicologia. UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, Psicologia USP, 2007, n. 18(2), p. 99-133.

BUSSAB, V.S.R. O desenvolvimento de comportamentos pró-sociais na criança: Considerações sobre a natureza dos fatores e dos processos envolvidos – Temas em Psicologia, n 03, 19-26, 1997.

BUSSAB, V.S.R. Comportamento humano: origens evolutivas. Em C. Ades (org.) *Etologia: de animais e de homens*. São Paulo: EDICON-EDUSP, 1990, p. 173-188.

BRAZELTON, T. B. O desenvolvimento do apego: Uma família em formação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 2006, n. 37 (2), p. 151-158.

BRYANT, B. K. An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 1982, n. 53, p. 413-425.

COKE, J. S.; BATSON, C. D.; MCDAVIS, K. Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1978, n. 36, p. 752-766.

CORREIA, A.L; A prevalência e fatores de risco em depressão pós parto em um serviço de referência em João Pessoa. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento). Universidade Federal de Pernambuco, Paraíba, 2006.

COX, J. L, HOLDEN, J. M, SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; n. 150, p. 782-6.

CRUZ, E.B.S; SIMÕES, G.L; FAISAL- CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; n. 27. p. 181-8.

DA SILVA V.A, MORAES, A.R.S., CARVALHO, M.S., MARTINS M.L., TEIXEIRA N.A. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian Women. *Braz. J. Med. Biol. Res.* 1998, n. 31, p. 799-804.

DAVIS, M.H. Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 1983, n. 44 (1), p. 113-136.

DECETY, J; JACKSON, P.L. The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2004, v.3, n.2, p. 71-100.

DE FELIPE, R.P. Dissertação de Mestrado. Análise do efeito da Depressão Pós- Parto na interação mãe-bebê via categorias comportamentais e estilos interativos maternos, Universidade de São Paulo, 2009.

DEL PRETTE, Z. A. P. DEL PRETTE, A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2005.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (SMHSC-Del-Prette). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção. Alínea, São Paulo, 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guilhardi, M. B. B. B. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: ESETec., 2002, p. 377-386.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis: Vozes, 1999.

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

DE WALL, F. The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society. Crow (Ed). 2009. DE WAAL, F. THE ALTRUISM BACK IN ALTRUISM: THE EVOLUTINON OF EMPATHY. ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY, 2008, N 59, P. 279-300.

DE WAAL, F. EU PRIMATA: PORQUE SOMOS COMO SOMOS. SÃO PAULO: COMPANHIA DAS LETRAS, 2005.

DOMTROVICH, C.E, BIERMAN, K.L. PARENTING PRACTICES AND CHILD SOCIAL ADJUSTMENT: MULTIPLE PATHWAYS OF INFLUENCE. MERRIL PALMER QUARTERLY, 2001, VOL. 47, N. 2, P. 235-263.

EDHBORG M, LUNDH W, SEIMYR L, WIDSTROM, A. The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. Arch Womens Ment Health, 2003, n. 6, p. 211-216.

EDHBORG M, LUNDH W, SEIMYR L, WIDSTROM, A. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction: a preliminary study. J Reprod Infant Psychol, 2001, n. 19, p. 61-71.

EISENBERG, N.; MURPPHY, B. C.; SHERPARD, S. The development of empathic accuary. In. Ickes (Ed) Empathic accuary. New York: The Guilford Press, 1997, p. 73-116.

EISENBERG, N. Emotion, regulation and moral development. Annual Review of Psychology, 2000, n. 51, p. 665-697.

EISENBERG, N., FABES, R. A., MURPHY, B. C. Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. Child Development, 1996, n. 7, p. 2227-2247.

EISENBERG, N.; STRAYER, J. Prefácio. Em: N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.). La empatia y su desarrollo. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1992, p. 9-10.

EISENBERG, N., FABES, R. A., SCHLLER, M., CARLO, G.; MILLER, P. A. The relations of parental characteristics and practices to children's vicarious emotional responding. Child Development, 1991, n. 62, p. 1393-1408.

EISENBERG, N., & STRAYER, J. Critical issues in the study of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), Empathy and its development. New York: Cambridge University Press, 1987, p. 3-13.

ENZ, N.; ZOLL, N. Cultural differences in empathy between China, Germany and the UK. In [www.nicve.salford.ac.uk/elvis/ resources/empathy](http://www.nicve.salford.ac.uk/elvis/resources/empathy), 2006.

ESCRIVÁ, V. M., NAVARRO, M. D. F., GARCIA, P. S. La medida de la empatía: Análisis del interpersonal reactivity index. Psicothema, 2004, n. 16(2), p. 255-260.

FABES, R. A., EISENBERG, N., KARBON, M., BERNZWEIG, J., SPEER, A. L.; CARLO, G. Socialization of children's vicarious emotional responding and prosocial behavior: Relations with mothers' perceptions of children's emotional reactivity. Developmental Psychology, 1994, n. 30, p. 44-55.

FABES, R. A., EISENBERG, N.; MURRER, P. Maternal correlates of children's vicarious emotional responsiveness. *Developmental Psychology*, 1990, n. 26, p. 639-648.

FALCONE, E. M. A função da empatia na terapia cognitivo comportamental. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: Ed. UEL; Granada: APICSA, 2001, p. 137-154.

FALCONE, E. M. de O. A evolução das habilidades sociais e o comportamento empático. In SILVARES, E. F. M. (Ed.) *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil*. Campinas: Papirus, 2000, p. 79-136.

FALCONE, E. M. O. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. Doctorate dissertation, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 1998.

FESHBACH, N. Parental empathy and child adjustment/maladjustment. Em EISENBERG, N.; STRAYER, J. Strayer (Orgs.), *Empathy and its development* Cambridge: Cambridge University Press, 1987, pp. 271-291.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. *Infant behavior and development*, 1995, n. 18 (1), p. 1-13.

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

FIELD, T. M., WOODSON, R., GREENBERG R.; COHEN, D. Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*, 1982, n. 218, p. 179-181.

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

FONSECA, V. R. J. R, SILVA, G. A., OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010, n. 26(4), p. 738-746.

GARCIA, F. A. Investigando diferentes indicadores de empatia em meninos e sua relação com a empatia e ações educativas dos pais. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GARCIA-SERPA, F. A., Meyer, S.; DEL PRETTE, Z. A. P. Origem social do relato de sentimentos: Evidência empírica indireta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2003, n. 5, p. 21-29.

GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In HAGGERTY, R. J.; SCHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Orgs.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p.1-18.

GARNER, P. W., JONES, D. C. ; MINER, J. L. (1994). Social competence among low-income preschoolers: Emotion socialization practices and social cognitive correlates. *Child Development*, 1994, n. 65, p. 622- 637.

GEARY, D. C.; FLINN, M.V. Evolution of human parental behavior and the human family. *Parenting: Science and Practice*, 2001, v.1, p.5-61.

GOLDBORT, J. Transcultural analysis of postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2006, n. 31, p. 121-6.

GOLDSTEIN, A. P. and MICHAELS, G. Y. *Empathy: Development, Training and Consequences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985.

GOTTMAN, J. *Inteligência emocional e a arte de educar nossos filhos*. (versão traduzida de *The heart of parenting*). Editora Objetiva, 1997.

GUNNING, M.; CONROY, S.; VALORIANI, V.; FIGUEIREDO, B.; KAMMERER, M.; MUZIK, M., et al. Measurement of mother-infant interactions and the home environment in a European setting: preliminary results from a cross-cultural study. *Br J Psychiatry*, 2004, n. 184, p. 38-44.

HAGEN, E.H. The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 2002, v. 23, s.n, p. 323-336.

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

HARRIS, P. L. Criança e emoção. São Paulo: Martins Fontes in Strayer, J. (1993). Children's concordant emotions and cognitions in response to observed emotions. *Child Development*, 1996, n. 64, p. 188-201.

HATFIELD, E. M. L; CACIOPPO, J. L.; RAPSON, R. L. Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Sciences*, 1993, n. 2, p. 96-99.

HOFFMAN, M. L. *Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice*. Cambridge University Press, 2000.

HOFFMAN, M. L. Empathy, social cognition and moral action. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Eds.), *Handbook of moral behavior and development* .New Jersey: LEA, 1991 - 1992, p. 65-87.

HOFFMAN, M. L. Empathy, role-taking, guilt and development of altruistic motives. In N. Eisenberg, J. Reykowski, & E. Staub (Eds.), *Social and moral values: Individual and societal perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1989, p. 139-152.

HOFFMAN, M. L. The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, 1987, p. 47-79.

HOGAN, R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, n. 33, p. 307-316.

HOWES, C.; MATHESON, C. C.; HAMILTON, C. E. Maternal, teacher, and child care history correlates of children's relationships with peers. *Child Development*, 1994, n. 65, p. 264-273.

ICKES, W. Empathic Accuracy. *Journal of Personality*, 1993, n. 61, p. 587-610.

KELLER, H.; HARWOOD, R.; CARLSON, V. Culture and developmental pathways of relationship formation. In: S. Bekman & A. Aksu-Koç (eds.). *Perspectives on human development, family and culture*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2009, p. 157-177.

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

KOHUT, H. 'Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory'. In P. H. Ornstein (Ed.), *'The search for the self'*. New York: International University Press, 1984, vol. 1. p. 205-232).

KNAFO, A.; ZAHN-WAXLER, C.; VAN HULLE, C.; ROBINSON J. L.; RHEE, S. H. The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*, 2008, p. 737-752.

LA FRENIERE, P. J.; DUMAS, J. E. Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 1996, p. 369-377.

LENNON, R. ; EISENBERG, N. Gender and age differences in empathy and sympathy. Em N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, p. 195-217.

LUCCI, T. K.; MORAIS, M. L. S.; OTTA, E. Impacto da depressão pós-parto na percepção de mães sobre seu relacionamento com o bebê. *Anais de Resumos - CONPSI 7 – Salvador*, 2011.

LUTHAR, S. S. Vulnerability and resilience: A study of high risk adolescents. *Child Development*, 1991, n. 62, p. 600-616.

MATAS, L.; AREND, R.; STROUFE, L. Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 1978, n. 49, p. 547-556.

MATOS, M. G. *COMUNICAÇÃO E GESTÃO DE CONFLITOS NA ESCOLA*. LISBOA: FMH, 1997.

MELTZOFF, A. N. Imitation and other minds: the 'Like Me' hypothesis. In S. Hurly & N. Chater (Eds.), *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005, vol. 2, p. 55-77.

MELTZOFF, A.N.; GOPNIK, A. The role in understanding persons and developing a theory of mind. In: *Understanding other minds: perspective from autism*. Nova York: Oxford University Press, 1993, p. 335-366.

MELTZOFF, A. N.; MOORE, M. K. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 1977, n. 198, p. 75-78.

MCGRATH, J. M.; RECORDS, K.; RICE, M. Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior & Development*, 2008, vol. 31(1), p. 71-80.

MERRABIAN, A.; EPSTEIN, N. A. A measure of Emotional Empathy. *Journal/Personality*, 1972, n. 40, p. 525-543.

MONDELL, S.; TYLER, F. B. CHILD PSYCHOSOCIAL COMPETENCE AND ITS MEASUREMENT. *JOURNAL OF PEDIATRIC PSYCHOLOGY*, 1981, n. 6, p. 145-154.

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, 1997. p. 111-133.

MYOWA- YAMAKOSHI, M.; TOMONAGA, M.; TANAKA, M.; MATSUZAWA, T. Imitation in neonatal chimpanzees. *Developmental science*, 2004, n. 7, p. 437- 442.

NAJMAN, J. M.; ANDERSEN, M. J.; BOR, W. Postnatal Depression – Myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000, V. 35, n. 1, p. 19-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PAQUETTE, D. Theorizing the father-relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human Development*, 2004, n. 47, p. 193-219.

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

PELLEGRINI, A. D., & BJORKLUND, D. F. (2004). THE ONTOGENY AND PHYLOGENY OF CHILDREN'S OBJECT AND FANTASY PLAY. *HUMAN NATURE*, 15(1), 23-43.

PLUTCHIK, R. Bases evolucionistas de la empatía. En N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.). *La empatia y su desarrollo*. Bilbao:Desclée de Brower, 1992, p. 49-57.

PLUTCHIK, R. Evolutionary bases of empathy. Em N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, p. 38-46.

PRESTON, S. D.; DE WAAL, F. B. Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 2002, v. 25, n. 1, p. 1-72.

RECK, C.; HUNT, A.; FUNCHS, T.; WEISS, R.; NOON, A.; MOEHLER, E.; et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*, 2004, n. 37, p. 272-80.

RIBEIRO, F. L.; BUSSAB, V. S. R.; OTTA, E. De colo em colo, de berço em berço. In: SEIDL-DE-MOURA, M. L. (Org.). *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004, p. 229-284.

ROBERTS, W.; STRAYER, J. Empathy, emotional expressiveness and prosocial behavior. *Child development*, 1996, n. 67, p. 449-470.

RODRIGUES, M. M. P. Evolução Humana. In: YAMAMOTO, M. E.; OTTA, E. (org) *Psicologia evolucionista*. São Paulo: Guanabara Coogan, 2009, p. 33-41.

ROGERS, C.R. *Sobre o poder pessoal* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1985), 2001.

ROGERS, C. Teoria da Terapia, Personalidade e Relações Interpessoais. In: Sigmund Koch, *Psychology: A Study of a Science*, vol. III, McGraw-Hill, New York, 1959.

ROTH-HANANIA, R.; DAVIDOV, M.; ZANH-WAXLER, C. Empathy development from 8 to 16 months: Early signs of concern for others. *Infant Behavior & Development*, 2011, n. 34, p. 447-458.

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

SANTOS M.F.S. Depressão no pós-parto: validação da Escala de Edimburgo em puérperas brasileiras [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1995.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações iniciais mãe – bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 2004, V.17, n. 3, p. 295-302.

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

SCHWENGBER, D.D.; PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, Natal, 2003, n. 8 (30), p. 403-411.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C.; Depressão puerperal uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*, Goiania, 2005, V. 07, n. 2, jul/ago. Disponível em <www.revista.ufg.br>. Acesso em abril, 2011.

SILVA, G. A. (2008) 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) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SIU, A. M. H.; SHEK, D.T. L. Validation of the interpersonal reactivity index in a Chinese context. *Research on Social Work Practice*, 2005, n. 15(2), p. 118-126.

SOARES, J. F. R. O julgamento moral, a tomada de perspectiva do outro e a consideração empática: um estudo correlacional. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1996.

SPIRAD T.; LOSOYA, S.; EISENBERG, N.; FABES, R., SHEPARD, S., CUMBERLAND, A., et al. The relations of parental affect and encouragement to children's moral emotions and behavior. *Journal of Moral Education*, 1999, n. 28(3), p. 323-337.

STAUB, E. Commentary on part I. Em N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, p. 103-115.

STRAYER J., ROBERTS, W. Children's anger, emotional expressiveness, and empathy: relations with parent's empathy, emotional expressiveness, and parenting practices. *Social Development*, 2004, v. 13, n.2, p. 229-254.

STRAYER, J. Children's concordant emotions and cognitions in response to observed motions. *Child Development*, 1993, n. 64, p. 188-201.

STROUFE, L.A.; FOX, N.; PANCAKE, V. Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*, 1983, n. 54, p. 1615-1627.

SKINNER, B. F. *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf, 1971.

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.

THOMPSON, R. A. Empatía y comprensión emocional: El desarrollo temprano de la empatía. En N. Eisenberg & J. Strayer (Orgs.). *La empatía y su desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brower, 1992, p.133-161.

THOMPSON, R.A. Empathy and emotional understanding: The early development of empathy. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987, p. 119-145.

VALIENTE, C.; EISENBERG, N.; FABES, R. ; SHEPARD, S. ; CUMBERLAND, A.; & LOSOYA, S. Prediction of children's empathy-related responding from their effortful control and parents' expressivity. *Developmental Psychology*, 2004, n. 40 (6), p. 911-926.

WATERS, E., WIPPMAN, J.; SROUFE, L. A. Attachment, positive affect and competence in the paper group: Two studies in construct validation. *Child Development* 1979, n. 50, p. 821-829.

ZAHN-WAXLER, C., RADKE YARROW M., WAGNER, E., CHAPMAN M. Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 1992, n. 28, p. 126-136.

ZAHN-WAXLER, C., COLE, P. M.; BARRETT, K. C. Guilt and empathy: Sex differences and implications for the development of depression. Em J. Garber, & K. A. Dodge (Orgs.),

The development of emotion regulation and dysregulation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991, p. 243-272.

ZAHN-WAXLER, C.; RADKE-YARROW, M. The development of altruism: alternative research strategies. In N. Eisenberg- Berg (Ed.). *The development of prosocial behavior.* New York: Academic Press, 1982.

ZAHN-WAXLER, C., RADKE-YARROW, M.; KING, R. A. Child rearing and children's prosocial dispositions towards victims of distress. *Child Development*, 1979, n. 50, p. 319-330.

8. ANEXOS

ANEXO A

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da
Universidade de São Paulo**

São Paulo, 27 de novembro de 2006.

Il^{mo}(a). S^a(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 B**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – CEPH-IP.**

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 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 de 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 CEP/MS: 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 tiveram o parto realizado no HM-USP entre setembro e dezembro de 2006, tiveram realizado o pré-natal em uma das unidades de saúde (HE-USP, CSU Butantã, UBS Jardim São Jorge, UBS Vila Dalva e UBS Boa Vista), cujos bebês tiveram 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.

Rua General Jardim, 35 - 2º andar - Vila Buarque - São Paulo, SP - CEP: 01223-010. Telefone: (11) 5212-4043.
E-mail: secret@prefeitura.sp.gov.br. Site: www.prefeitura.sp.gov.br/portal/prefeitura/pt/ptgov/br/secretaria/saude/programas/ceps/ceps/96

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.
Relatório 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 obtenção: adequado.
Informação adequada quanto ao financiamento: Está esclarecido que o projeto não demandará despesas para a SMS-SP.
Outros pontos, 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.

Sabemos 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.2a).
- 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. LARA 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

NETA

ANEXO D

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Termo de consentimento livre e esclarecido

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, 12, 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 12 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 12 meses de idade
- com 24 meses de idade
- com 36 meses de idade.

Será oferecida uma fotografia da senhora junto com seu bebê como lembrança de um desses momentos.

COLETA DE SANGUE E SALIVA

Serão coletadas amostras do seu sangue na hora do parto, no 2º dia após o parto, e 4 meses após o parto. O volume coletado por amostra será apenas de 5

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

Assinatura do pesquisador

São Paulo, _____
(data)

ANEXO E

Quarta entrevista aos 4 meses de vida da criança

Quarta Entrevista (aos 4 meses de vida do bebê)

Entrevistador:	
Identificação da Mãe	
1. Identificação:	
2. Número da matrícula HU/USP:	
3. Endereço atual:	
Pontos de referência:	
4. Telefones atuais para contato:	
Fixo:	
Celular:	
Recado:	
5. Tem ido a sua Unidade Básica de Saúde?	
1. Sim 2. Não	
Se sim, quando foi a última vez? ____/____/____ ou NSI	
UBS de referência: CSEB ☐ S. Jorge ☐ V. Dalva ☐ J. Boa Vista ☐ Outra ☐	
Se outra, qual?	
Identificação da Criança	
6. Identificação:	
7. Número da matrícula HU/USP:	
8. Data do nascimento:	
9. Data da entrevista:	
10. Idade da criança: meses dias	
Cotidiano infantil	
11. Quem cuida da criança?	
Somente a mãe.....	1
Outros	2
12. Quantas horas do dia a criança passa com a mãe?	
1. NSA 2. Permanece..... horas do dia com a mãe.	
13. Quanto tempo a criança passa com outro cuidador, que não a mãe?	
1. NSA 2. Permanece..... horas do dia com o(s) outro(s) cuidadores.	
14. A criança frequenta creche ou "escolinha"?	
1. Sim 2. Não	
15. Quantas horas a criança permanece na creche ou na "escolinha"?	
1. NSA 2. Fica na creche ou "escolinha" horas por dia, dias da semana.	
16. Tipo de aleitamento atual:	
Aleitamento materno exclusivo.....	1
Aleitamento materno predominante.....	2
Aleitamento misto.....	3
Aleitamento complementado sem outros leites.....	4
Aleitamento complementado com outros leites.....	5
Criança desmamada.....	6
<i>Perguntar apenas para mães que não realizam aleitamento materno exclusivo.</i>	
17. Até que idade da criança a Sra. deu somente o seio materno?	
1. NSA 2. O bebê mamou só no seio até os meses de idade.	
<i>Perguntar apenas para as mães que não fazem o aleitamento materno.</i>	
18. Em que idade da criança a Sra. parou de dar, totalmente , o seio materno?	
1. NSA 2. Eu parei de dar o seio aos meses de idade da criança.	

19. A sua criança tem apresentado algum problema de alimentação?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de problema?.....	
.....	
.....	
20. A sua criança tem apresentado algum problema de sono?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de problema?.....	
.....	
.....	
21. A sua criança tem se tido algum comportamento que chama a sua atenção?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de comportamento?.....	
.....	
.....	
22. A sua criança teve algum problema de saúde desde o nascimento?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual foi o tipo de problema de saúde?.....	
.....	
.....	
23. A sua criança sofreu algum acidente desde o nascimento?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual foi o tipo de acidente?.....	
.....	
.....	
24. A Sra. Preciso levar o seu bebê ao hospital ou ao pronto socorro desde o nascimento?	
1. Não	2. Sim
Se levou, qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)?.....	
.....	
.....	
25. Tem algum tipo de situação que a Sra. considera difícil com a sua criança?	
1. Não	2. Sim
Se sim, a Sra pode me dizer o que é?.....	
.....	
.....	
26. A Sra. tem algum medo em relação ao bebê?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual (is) são os medos?.....	
.....	
.....	
27. A Sra. acha que o tempo que dedica ao bebê é:	
O suficiente para o que considera necessário e adequado.....	1
Menos do que considera necessário e adequado.....	2
Mais do que considera necessário e adequado.....	3
28. Como avalia o trabalho que o bebê dá para a senhora?	
Dá pouco trabalho.....	1
Dá um trabalho razoável.....	2
Dá muito trabalho.....	3

29. Como tem sido seu relacionamento com o bebê?	
Muito prazeroso.....	1
Prazeroso.....	2
Razoavelmente prazeroso.....	3
Pouco prazeroso.....	4
Nada prazeroso.....	5
30. Como se sente em relação aos cuidados com o bebê?	
Muito fácil de cuidar.....	1
Fácil de cuidar.....	2
Às vezes fácil, às vezes difícil de cuidar.....	3
Difícil de cuidar.....	4
Muito difícil de cuidar.....	5
31. Há alguém que pode ajudá-la nos cuidados com o bebê?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes.....	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
32. Com que frequência a Sra. fica impaciente com o bebê?	
Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Quase sempre.....	4
Sempre.....	5
33. A Sra. tem algum problema de saúde?	
1. Não	2. Sim
Em caso afirmativo, qual(is)?.....	
.....	
34. Como a Sra. avalia a sua vida familiar atual, após a chegada do bebê?	
Nada conflituosa.....	1
Um pouquinho conflituosa.....	2
Um pouco conflituosa.....	3
Razoavelmente conflituosa.....	4
Bastante conflituosa.....	5
Muito conflituosa.....	6
Extremamente conflituosa.....	7
Por quê?.....	
35. Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido/companheiro? (se houver)	
Nada conflituosa.....	1
Um pouquinho conflituosa.....	2
Um pouco conflituosa.....	3
Razoavelmente conflituosa.....	4
Bastante conflituosa.....	5
Muito conflituosa.....	6
Extremamente conflituosa.....	7
Por quê?.....	
36. Imunização atualizada:	
1. Não	2. Sim

42. Indicadores do desenvolvimento neuropsicomotor aos 4 meses de idade.

Nome do bebê:					
Idade:		Data:			
	<i>Indicadores</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Observações</i>	
4 meses					
Interacionais ou pessoais/ Sociais	Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.				
	A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).				
	A criança reage ao mamamhês.				
	Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.				
	A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.				
	A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.				
	A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.				
	A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.				
	Dá mostras de reagir à voz humana				
	A criança procura ativamente o olhar da mãe.				
	Olha para as pessoas.				
	Segue pessoas com o olhar.				
	Motor adaptativo	- Agarra chocalho			
		Olha objeto			
Procura objeto com o olhar					
Segue objeto 180°					
Junta as mãos					
Linguagem	Ri				
	Grita				
	Arrulha				
Motor	Sustenta a cabeça a 90°				
	Mantém o tronco ereto com apoio dos braços da mãe				
	Mantém a cabeça estável				

Retorno: Data: ____ / ____ / ____
Local: _____

Hora: _____

Observações relevantes:

ANEXO F

Quinta Entrevista aos 8 meses de vida da criança

Quinta Entrevista (aos 8 meses de vida do bebê)

Entrevistador:.....	
Identificação da Mãe	
1. Identificação:.....	
2. Número da matrícula HU/USP:	
3. Endereço atual:.....	
Pontos de referência:.....	
4. Telefones atuais para contato:	
Fixo:.....	
Celular:.....	
Recado:.....	
5. Tem ido a sua Unidade Básica de Saúde?	
1. Sim 2. Não	
Se sim, quando foi a última vez? ____ / ____ / ____ ou NSI	
UBS de referência: CSEB ☐ S. Jorge ☐ V. Dalva ☐ J. Boa Vista ☐ Outra ☐	
Se outra, qual?	
Identificação da Criança	
6. Identificação:.....	
7. Número da matrícula HU/USP:	
8. Data do nascimento:	
9. Data da entrevista:	
10. Idade da criança: meses dias Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	
Cotidiano infantil	
11. Quem cuida da criança desde a nossa última entrevista?	
Somente a mãe.....	1
Outros	2
12. Atualmente, quantas horas do dia a criança fica com a mãe?	
1. NSA	2. Permanece..... horas do dia com a mãe.
13. Atualmente, quanto tempo a criança passa com outro cuidador, que não seja a mãe? Quem?	
1. NSA	2. Permanece..... horas do dia com o(s) outro(s) cuidadores.
14. Atualmente, a criança frequenta creche ou "escolinha"?	
1. Sim	2. Não
15. Atualmente, quantas horas a criança permanece na creche ou na "escolinha"?	
1. NSA	2. Fica na creche ou "escolinha" horas por dia, dias da semana.
16. Qual o tipo de aleitamento atual:	
Aleitamento materno exclusivo.....	1
Aleitamento materno predominante.....	2
Aleitamento misto.....	3
Aleitamento complementado sem outros leites.....	4
Aleitamento complementado com outros leites.....	5
Criança desmamada.....	6
<i>Perguntar apenas para mães que não realizam aleitamento materno exclusivo.</i>	
17. Até que idade da criança a Sra. deu somente o seio materno?	
1. NSA	2. O bebê mamou só no seio até os meses de idade.
<i>Perguntar apenas para as mães que não realizam o aleitamento materno.</i>	
18. Em que idade da criança a Sra. parou de dar, totalmente , o seio materno?	
1. NSA	2. Eu parei de dar o seio aos meses de idade da criança.

19. A sua criança tem apresentado algum problema de alimentação desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de problema?.....	
.....	
20. A sua criança come papa salgada?	
1. Não	2. Sim
Se não, por que não come?.....	
.....	
21. A sua criança tem apresentado algum problema de sono desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de problema?.....	
.....	
22. A sua criança "pega" no sono sozinha?	
1. Não	2. Sim
Se não, do que ou de quem ela precisa para dormir?.....	
.....	
23. A sua criança tem tido algum comportamento que chama a sua atenção desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se sim, que tipo de comportamento?.....	
.....	
24. A sua criança teve algum problema de saúde desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual foi o tipo de problema de saúde?.....	
.....	
25. A sua criança sofreu algum acidente desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual foi o tipo de acidente?.....	
.....	
26. A Sra. precisou levar o seu bebê ao hospital ou ao pronto socorro desde a nossa última entrevista?	
1. Não	2. Sim
Se levou, quantas vezes foram? vezes.	
Qual (is) foi(ram) o(s) motivo (s)?.....	
.....	
27. Desde a nossa última entrevista ocorreu algum tipo de situação que a Sra. considerou difícil com a sua criança?	
1. Não	2. Sim

Se sim, a Sra pode me dizer o que foi ?.....	
.....	
.....	
28. Atualmente, a Sra. tem algum medo em relação ao bebê?	
1. Não	2. Sim
Se sim, qual (is) são os medos?.....	
.....	
.....	
29. A Sra. acha que o tempo que tem dedicado ao bebê é:	
O suficiente para o que considera necessário e adequado.....	1
Menos do que considera necessário e adequado.....	2
Mais do que considera necessário e adequado.....	3
30. Como avalia o trabalho que o bebê dá para a senhora?	
Dá pouco trabalho.....	1
Dá um trabalho razoável.....	2
Dá muito trabalho.....	3
31. Como tem sido seu relacionamento com o bebê?	
Muito prazeroso.....	1
Prazeroso.....	2
Razoavelmente prazeroso.....	3
Pouco prazeroso.....	4
Nada prazeroso.....	5
32. Como se sente em relação aos cuidados com o bebê?	
Muito fácil de cuidar.....	1
Fácil de cuidar.....	2
Às vezes fácil, às vezes difícil de cuidar.....	3
Difícil de cuidar.....	4
Muito difícil de cuidar.....	5
33. Há alguém que pode ajudá-la nos cuidados com o bebê?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes.....	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
Se existe alguém que a ajuda, quem são essas pessoas:	
.....	
.....	
34. Com que frequência a Sra. fica impaciente com o bebê?	
Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Quase sempre.....	4
Sempre.....	5
35. Atualmente, a Sra. tem algum problema de saúde?	
1. Não	2. Sim
Em caso afirmativo, qual (is)?.....	
.....	
.....	
.....	

[illegible]

<i>Instruções para a aplicação da prova</i>		
8 meses	<i>Indicadores</i>	<i>Instruções</i>
<i>Interacionais</i>	Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a	Pergunte
	A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	Pergunte
	Estranha pessoas desconhecidas para ela.	Pergunte/observe
	Possui objetos prediletos.	Pergunte
	Brinca, faz gracinhas.	Pergunte/ observe
	Busca o olhar de aprovação do adulto.	Olha para o adulto enquanto faz algo novo
	Resiste à retirada de brinquedos	Pergunte/ observe
	Brinca de esconder	Provoque-a, brincando de esconder e aparecer.
	Segue as pessoas com o olhar	Observe
	Mantém períodos face-a-face	Observe se sustenta o olhar voltado para a mãe ou para você
	Reage ao próprio nome	Chame-a e observe
	Procura brinquedos fora do alcance	Esconda um brinquedo atrás de si e observe
	Protoconversa: apresenta turnos não verbais, alternância na interação.	Observe se, quando interagem com ela, reage, espera a reação do adulto.
	Senta	Observe se a criança senta sozinha.
<i>Motor – adaptativo</i>	Pega dois cubos	Coloque dois cubos sobre a mesa e observe
	Aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.	Pergunte
	Come biscoitos	Pergunte
	Passa um cubo de uma mão para a outra	Observe se surgir espontaneamente; se não, quando ela estiver com um cubo numa das mãos, ofereça outro na direção da mesma mão e observe
	Empurra um cubo com outro	Idem à anterior
<i>Linguagem</i>	Vocaliza pá, pá, pá ou má, má, má ou dá-dá (não específico)	Observe ou pergunte
	Volta-se ao chamado	Chame-a, posicionando-se de costas para ela.
<i>Motor</i>	Sustenta-se um pouco sobre as pernas	Segure a criança em pé, de forma que os pés fiquem sobre a mesa. Afrouxe a mão ligeiramente de forma que ela suporte seu peso sobre as pernas.
	Puxado para sentar, a cabeça não cai.	Deite a criança de costas, puxe-a lentamente pelos pulsos; a cabeça deve seguir a linha média do tronco.
	Senta sem apoio	Observe
	Fica em pé, seguro pelo adulto.	Sustente-a em pé, segura pelas axilas.
	De pé, sustenta o corpo segurando-se na barra.	Encoraje-a a ficar de pé segurando na beirada da mesa

ANEXO G

Sexta Entrevista aos 12 meses de vida da criança

Sexta Entrevista (aos 12 meses de vida do bebê)

Entrevistador:.....	
Identificação da Mãe	
1. Identificação:.....	
2. Endereço atual:.....	
Pontos de referência:.....	
Mudou nos últimos 3 meses?	
1. Sim	2. Não
Se mudou, qual foi(ram) o(s) motivo(s)?	
3. Telefones atuais para contato:	
Fixo:.....	
Celular:.....	
Recado:.....	
4. Tem ido a sua Unidade Básica de Saúde?	
1. Sim 2. Não	
Se sim, quando foi a última vez? ____ / ____ / ____ ou NSI	
UBS de referência: CSEB ☐ S. Jorge ☐ V. Dalva ☐ J. Boa Vista ☐ Outra ☐	
Se outra qual?.....	
Identificação da Criança	
5. Nome da criança:.....	
6. Data do nascimento:/...../.....	
7. Data da entrevista:/...../.....	
8. Idade da criança:..... meses dias	
9. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	
Cotidiano infantil	
10. Quem cuida da criança na maior parte do tempo?	
Principalmente a mãe.....	1
Outros	2
11. Atualmente, quantas horas do dia a criança fica com a mãe?	
1. NSA 2. Permanece..... horas do dia com a mãe.	
12. Se for o caso, quanto tempo a criança passa com outro cuidador, que não seja a mãe?	
1. NSA 2. Permanece..... horas do dia com o(s) outro(s) cuidador(es).	
13. A criança tem contato com o pai?	
1. Sim	2. Não
Em caso afirmativo, qual a frequência: vezes por semana.	
14. O pai cuida da criança?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , quais os cuidados desenvolvidos em relação à criança?.....	
Em caso <i>negativo</i> , qual(is) o(s) motivo(s) para não cuidar?.....	
15. A criança frequenta creche ou "escolinha" no momento?	
1. Sim	2. Não
Se <i>afirmativo</i> , quantas horas por dia a criança permanece nas mesmas? horas por dia	

Alimentação	
16. Atualmente, qual(is) leite(s) a sua criança recebe?	
Somente leite materno	1
Somente outros leites que não o materno.....	2
Recebe leite materno e outros leites	3
Não toma leite nenhum.....	4
17. Quantas refeições lácteas e que volume de leite nas 24 horas a criança recebe? A minha criança recebe refeições lácteas(1,2,3,4...), Correspondendo a um volume de ml(s) nas 24 horas.	
Perguntar apenas para mães que não realizam aleitamento materno no momento.	
18. Até que idade da criança a Sra. deu o seio materno?	
1. NSA (a criança que nunca mamou no seio).	
2. O bebê mamou no seio até os meses de idade.	
19. Você gostava de amamentar?	
1. NSA (nunca aleitou)	2. Sim
3. Não	
20. Qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s) importante(s) que a fez(izeram) parar de amamentar a criança?	
.....	
.....	
21. A criança come papa salgada?	
1. Sim	2. Não
Com resposta <i>positiva</i> , quantas refeições de sal a criança come nas 24 horas?	
1 vez	2 vezes
3 vezes	4 vezes
Com resposta <i>negativa</i> , qual(is) os motivos para não comer papa salgada?	
.....	
.....	
22. A criança gosta de comer papa salgada?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , por que você acha que ela não gosta de comer papa salgada?.....	
.....	
23. Você deixa a criança comer pegar, tocar e escolher os próprios alimentos?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)	
.....	
24. A criança come sozinha os próprios alimentos?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)	
.....	
25. A criança tem preferência por algum alimento?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , qual(is) alimento(s) ela prefere?	
Enumerar segundo a preferência infantil:	
1. Frutas 2. Sucos 3. Leite 4. Papa salgada 5. Guloseimas	
.....	
26. A criança apresenta algum problema de alimentação desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , que tipo de problema?.....	
.....	
.....	

27. A criança apresenta algum problema de sono desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , qual(is) é(são) o(s) problema(s) apresentado(s)?.....	
.....	
.....	
28. A criança "pega no sono" sozinha?	
1. Sim	2. Não
Se <i>não consegue dormir sozinha</i> , de quem e/ou de que ela precisa para dormir?.....	
.....	
.....	
29. Você convida a criança para ajudar a se vestir?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)	
.....	
.....	
30. A criança ajudar a se vestir?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)	
.....	
.....	
31. A criança brinca?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , do que brinca.....	
.....	
.....	
32. A criança faz "birra"?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , quais são os <i>motivos</i> da "birra":.....	
.....	
.....	
Como se manifesta essa "birra"?	
.....	
.....	
33. Como você acha que é o temperamento ou o "gênio" da sua criança?	
.....	
.....	
.....	
.....	
34. A criança tem mostrado algum comportamento que chama a atenção desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , que tipo de comportamento?.....	
.....	
.....	

35. A criança teve algum problema de saúde desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , quantas vezes ficou doente? vezes	
E, qual(is) foi(ram) o(s) tipo(s) de problema(s) de saúde?.....	
.....	
.....	
36. Ocorreu algum acidente com a criança desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , qual foi o tipo de acidente?.....	
.....	
37. A Sra. precisou levar a criança ao hospital ou pronto socorro desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , quantas vezes foram? vezes.	
Qual(is) foi(ram) o(s) motivo (s)?.....	
.....	
38. Ocorreu algum tipo de situação que a Sra. considerou difícil com a criança desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>afirmativo</i> , o que foi difícil para lidar com a criança?.....	
.....	
39. A Sra. tem apresentado algum problema de saúde?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , qual(is)?.....	
.....	
40. A Sra. faz algum tratamento de saúde?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , qual(is) tratamento(s)?.....	
.....	
41. A Sra. acha que o tempo que dedica à sua criança é:	
O suficiente para o que considera necessário e adequado.....	1
Menos do que considera necessário e adequado.....	2
Mais do que considera necessário e adequado.....	3
42. Como avalia o trabalho que a criança dá para a senhora?	
Dá pouco trabalho.....	1
Dá um trabalho razoável.....	2
Dá muito trabalho.....	3
43. Como se sente em relação aos cuidados com seu(sua) filho(a)?	
Muito fácil de cuidar.....	1
Fácil de cuidar.....	2
Às vezes fácil, às vezes difícil de cuidar.....	3
Difícil de cuidar.....	4
Muito difícil de cuidar.....	5

44. Como tem sido seu relacionamento com ele(a)?	
Muito prazeroso.....	1
Prazeroso.....	2
Razoavelmente prazeroso.....	3
Pouco prazeroso.....	4
Nada prazeroso.....	5

45. Com que frequência a Sra. fica impaciente com a criança?	
Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Quase sempre.....	4
Sempre.....	5

46. Há alguém disponível para ajudá-la nos cuidados com a criança?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes.....	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
Se a resposta for <i>positiva</i> , nomear as pessoas que a ajudam com a criança:	
.....	

47. A Sra. se sente satisfeita como mãe dessa criança?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes sim e às vezes não	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
Perguntar o motivo:	
.....	

48. Atualmente, a Sra. mora com algum companheiro?	
1. Sim	2. Não

49. Atualmente, a Sra. mora com o pai da criança?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>negativo</i> , poderia nos dizer por que não mora?.....	
.....	

50. Como a Sra. avalia a qualidade da sua vida familiar atual com seu marido/companheiro? (se houver)	
Nada conflituosa	1
Um pouquinho conflituosa	2
Um pouco conflituosa	3
Razoavelmente conflituosa	4
Bastante conflituosa	5
Muito conflituosa	6
Extremamente conflituosa	7
Por quê?.....	
.....	
.....	

[illegible]

58. Indicadores do desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade.

Nome do bebê:				
Idade:		Data:		
12 meses	Indicadores	Sím	Não	Observações
Interacionais	▪ A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.			
	▪ A mãe começa a introduzir limites.			
	▪ A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.			
	▪ A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.			
	▪ Olha para um ponto para o qual outro aponta			
	▪ Aponta			
	▪ Atende pelo nome			
	▪ Acena (gesto de tchau)			
	▪ Alternância de turnos evidentes			
	▪ Imita expressões faciais			
	▪ Faz gestos comunicativos			
	▪ Monitora com o olhar a disposição do adulto			
	▪ Brinca, dança ou canta			
	▪ Joga bola com o examinador			
	▪ Indica desejos			
Motor- uag adapta tivo	▪ Bate dois cubos seguros na mão			
	▪ Agarra com o polegar			
Ling- ua em	▪ Bebe do copo			
	▪ Imita sons de palavras			
Motor	▪ Junta sílabas			
	▪ Fica em pé			
	▪ Começa a andar apoiada pelo adulto			
	▪ Sobe degraus engatinhando			

Acrescentar observações da mãe a respeito do temperamento e das reações habituais da criança, particularmente a eventos agradáveis e adversos.

Instruções:

12 meses	Indicadores	Instruções
Interacionais	▪ A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	▪ Pergunte
	▪ A mãe começa a introduzir limites.	▪ Pergunte /observe
	▪ A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	▪ Estimule que a mãe olhe para algum lugar da sala e observe
	▪ A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	▪ Pergunte/observe
	▪ Olha para um ponto para o qual outro aponta	▪ Estimule e observe
	▪ Aponta	▪ Pergunte/observe
	▪ Atende pelo nome	▪ Chame-a
	▪ Acena (gesto de tchau)	▪ Estimule/observe
	▪ Alternância de turnos evidentes	▪ Procure interagir com a criança e observe se ela espera ou responde
	▪ Imita expressões faciais	▪ Estimule e observe a criança
	▪ Faz gestos comunicativos	▪ Observar/perguntar se além de acenar e apontar faz caretas e outros gestos que indiquem alegria, dúvida, etc.
	▪ Monitora com o olhar a disposição do adulto	▪ Faça expressões diferentes ou peça para a mãe fazê-lo e observe
	▪ Brinca, dança ou canta.	▪ Pergunte, observe.
	▪ Joga bola com o examinador	▪ Jogue a bola e veja se a criança a devolve. Você pode repetir o movimento várias vezes.
Motor-adaptativo	▪ Indica desejos	▪ Durante o teste, observe se a criança deixa você ou a mãe saber o que quer ou pergunte
	▪ Bate dois cubos seguros na mão	▪ Coloque um cubo em cada uma das mãos da criança e encoraje-a a bater um no outro. Você pode fazer o mesmo para que ela imite
	▪ Agarra com o polegar	▪ Veja como ela pega uma bolinha
Linguagem	▪ Bebe do copo	▪ Pergunte
	▪ Imita sons de palavras	▪ Repete sons como som de beijo, tosse, estalar a língua
	▪ Junta duas sílabas	▪ Pergunte: pode ser mama, papa, titi, etc.
Motor	▪ Fica em pé	▪ Observe se se mantém em pé apoiada
	▪ Começa a andar apoiada pelo adulto	▪ Observe/pergunte
	▪ Sobe degraus engatinhando	▪ Pergunte

ANEXO H

Sétima Entrevista aos 24 meses de vida da criança

Sétima Entrevista dos 24 meses de vida da criança)

Entrevistador:.....	
Identificação da Mãe	
1. Identificação:.....	
2. Endereço atual:.....	
Pontos de referência:.....	
Mudou nos últimos 3 meses?	
1. Sim	2. Não
Se mudou, qual(is) foi(ram) o(s) motivo(s)?	
3. Telefones atuais para contato:	
Fixo:.....	
Celular:.....	
Recado:.....	
4. Tem ido a sua Unidade Básica de Saúde?	
1. Sim	2. Não
Se sim, quando foi a última vez? ____/____/____ ou NSI	
UBS de referência: CSEB ☐ S.Jorge ☐ V.Dalva ☐ J. Boa Vista ☐ Outra ☐	
Se outra qual?.....	
Identificação da criança	
5. Nome da criança:.....	
6. Data do nascimento: ____/____/____	
7. Data da entrevista: ____/____/____	
8. Idade da criança: anos meses dias	
9. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	
Cotidiano infantil	
10. Quem cuida da criança na maior parte do tempo?	
Principalmente a mãe.....	1
Outros	2
11. Atualmente, quantas horas do dia a criança fica com a mãe?	
1. NSA	2. Permanece..... horas do dia com a mãe.
12. Se for o caso, nomear o (s) cuidador (es) que não seja (m) a mãe?	
Cuidador 1: Nome:.....	
Parentesco:.....	
Idade:..... Quantas horas por dia fica com a criança: hs/dia.	
Cuidador 2:- Nome:.....	
Parentesco:.....	
Idade:..... Quantas horas por dia fica com a criança: hs/dia	
13. A criança tem contato com o pai?	
1. Sim	2. Não
Em caso afirmativo, qual a frequência: vezes por semana.	
Em caso negativo, descrever o (s) motivo (s):	
14. O pai cuida da criança?	
1. Sim	2. Não
Em caso positivo, quais os cuidados desenvolvidos em relação à criança?.....	

Em caso *negativo*, qual(is) o(s) motivo(s) para não cuidar?.....

.....

.....

15. A criança freqüenta creche ou "escolinha" no momento?

1. Sim 2. Não

Se *afirmativo*, quantas horas por dia a criança permanece nas mesmas? horas por dia.
Se *negativo*, qual(is) o(s) motivo(s):

16. Alimentação nas 24 horas anteriores à entrevista.

Tipo de alimento	Carnes/ovos	Leite/Derivados	Verduras/Legumes	Frutas	Fibras	Grãos	Cereais, pães e tubérculos	Doces e guloseimas
Nº vezes nas 24 hs								

17. Perguntar apenas para mães que *não realizam aleitamento materno no momento*.
Até que idade da criança a Sra. deu o seio materno para a sua criança?
1. NSA (a criança que nunca mamou no seio).
2. O bebê mamou no seio até os meses de idade

18. A criança toma líquidos como leite e suco na mamadeira?

1. Sim 2. Não

Em caso *positivo*, qual é o motivo?

.....

19. Qual o volume de leite que a sua criança ingere nas 24 horas?
Ela ingere por volta de ml(s) de leite nas 24 horas.

20. A criança chupa chupeta?

1. Sim 2. Não

Em caso *positivo*, por que e quando chupa a chupeta?

.....

21. Você deixa a criança comer, pegar, tocar e escolher os próprios alimentos?

1. Sim 2. Não

Em caso *negativo*, pode me contar o(s) motivo(s)

.....

22. A sua criança come sozinha?

1. Sim 2. Não

Em caso *negativo*, pode me contar o(s) motivo(s)

.....

23. A criança tem preferência por algum alimento?

1. Sim 2. Não

Em caso *positivo*, qual(is) alimento(s) ela prefere?
Enumerar segundo a preferência infantil:
1. Frutas 2. Sucos 3. Leite 4. Papa salgada 5. Guloseimas
Preferências são: e

24. A criança apresenta algum problema de alimentação desde a última entrevista?

1. Sim 2. Não

Se *sim*, que tipo de problema?

.....

25. A criança aceita bem o convite para ir para a cama dormir?

1. Sim 2. Não

Em caso *negativo*, o que ocorre nessa hora:

.....

26. A criança "pega no sono sozinha"?

1. Sim 2. Não

Em caso <i>negativo</i> , o que é necessário fazer para ela pegar no sono?	
.....	
.....	
27. A sua criança apresenta algum problema de sono desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , qual(is) é(são) o(s) problema(s) apresentado(s)?.....	
.....	
28. A criança mostra algum comportamento que chama a sua atenção desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , que tipo de comportamento?.....	
.....	
29. A criança brinca?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , do que brinca.....	
.....	
30. A criança fala, inventa história enquanto brinca?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , como é isso.....	
.....	
31. A criança faz "birra"?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , quais são os motivos que desencadeiam a (s) crise (s) de "birra" ?	
.....	
.....	
Como se manifesta essa "birra"?	
.....	
32. Você acha que sua criança tem um temperamento ou "gênio" fácil de lidar?	
1. Sim	2. Não
Por que motivo você acredita nisso ?	
.....	
33. Você acha que sua criança fala bem para a idade dela?	
1. Sim	2. Não
34. Como a sua criança faz para se comunicar com você e com outras pessoas?	
Favor exemplificar:.....	
.....	
35. A criança teve algum problema de saúde desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não

Se <i>sim</i> , quantas vezes ficou doente? vezes	
E, qual(is) foi(ram) o(s) tipo(s) de problema(s) de saúde?	
.....	
36. Ocorreu algum acidente com a criança desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se <i>sim</i> , qual foi o tipo de acidente?	
.....	
37. A criança precisou ser levada ao hospital ou ao pronto socorro desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , quantas vezes foram? vezes.	
Qual(is) foi(ram) o(s) motivo (s)?	
.....	
38. Ocorreu algum tipo de situação que a Sra. considerou difícil com a criança desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>afirmativo</i> , o que foi difícil para lidar com a criança?	
.....	
39. A Sra. tem apresentado algum problema de saúde?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , qual is)?	
.....	
40. A Sra. faz algum tratamento de saúde?	
1. Sim	2. Não
Em caso <i>positivo</i> , qual is) tratamento(s)?	
.....	
41. A Sra. acha que o tempo que dedica à sua criança é:	
O suficiente para o que considera necessário e adequado.....	1
Menos do que considera necessário e adequado.....	2
Mais do que considera necessário e adequado.....	3
42. Como avalia o trabalho que a criança dá para a senhora?	
Dá pouco trabalho.....	1
Dá um trabalho razoável.....	2
Dá muito trabalho.....	3
43. Como se sente em relação aos cuidados com seu(sua) filho(a)?	
Muito fácil de cuidar.....	1
Fácil de cuidar.....	2
Às vezes fácil, às vezes difícil de cuidar.....	3
Difícil de cuidar.....	4
Muito difícil de cuidar.....	5

44. Como tem sido seu relacionamento com ele(a)?	
Muito prazeroso.....	1
Prazeroso.....	2
Razoavelmente prazeroso.....	3
Pouco prazeroso.....	4
Nada prazeroso.....	5
45. Com que frequência a Sra. fica impaciente com a criança?	
Nunca.....	1
Raramente.....	2
Às vezes.....	3
Quase sempre.....	4
Sempre.....	5
46. Há alguém disponível para ajudá-la nos cuidados com a criança?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes.....	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
Se a resposta for <i>positiva</i> , nomear as pessoas que a ajudam com a criança:	
.....	
.....	
47. A Sra. se sente satisfeita como mãe dessa criança?	
Sempre.....	1
Quase sempre.....	2
Às vezes sim e às vezes não	3
Raramente.....	4
Nunca.....	5
Perguntar o motivo:	
.....	
.....	
48. A Sra. Tem algum medo em relação a sua criança?	
1. Sim	2. Não
Se tiver algum (ns) medo (s), poderia me dizer qual (is) são eles?	
.....	
.....	
49. Atualmente, a Sra. mora com algum companheiro?	
1. Sim	2. Não
50. Atualmente, a Sra. mora com o pai da criança?	
1. Sim	2. Não