UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LAURA CRISTINA STOBÄUS

Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade:
relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão
materna

São Paulo

2013

LAURA CRISTINA STOBÄUS

Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade:
relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão
materna

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do grau de Doutor
em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Experimental

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Raad
Bussab

São Paulo
2013

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

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

Stobäus, Laura Cristina.

Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade:
relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão materna /
Laura Cristina Stobäus; orientadora Vera Silvia Raad Bussab. -- São
Paulo, 2013.

165 f.

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

1. Depressão pós-parto 2. Desenvolvimento infantil 3.
Comportamento social I. Título.

RC537

Nome: Stobäus, Laura Cristina

Título: Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade: relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão materna

Tese apresentada à Universidade de São Paulo
como parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial
meu marido e à todos que
possam se beneficiar desta
pesquisa

AGRADECIMENTOS

Eis que surge um trabalho final, fruto de uma jornada de quatro anos. Este trabalho final se chama Tese, que associada a outras obrigações te leva ao título de doutor. Estas obrigações incluem estágio e disciplinas, assim como o somatório de outras aquisições: de conhecimento, de amizades, de crescimento e busca pessoal. Todas essas aquisições fazem parte desta jornada, que é um caminho muito individual, no qual cada um passa por situações muito semelhantes, mas vive de formas adversas. O convívio que eu pude ter com pessoas tão especiais e o quanto eu aprendi e cresci com cada uma delas é de uma grandeza imensurável aos olhos, medidas só pelo coração. O meu muito obrigado a todos vocês.

Ao meu guia espiritual, Geshe Kelsang Gyatso, fundador da Nova Tradição Budista Kadampa, que trouxe para o Ocidente os ensinamentos de Buda. Obrigado por me ensinar a ser uma pessoa melhor para mim mesma.

Ao meu grande amor, Paulo. Minha riqueza, meu refúgio e proteção. Espero que eu sempre possa te fazer feliz.

A querida orientadora Profa. Dra. Vera Silvia Raad Bussab fica aqui expressa minha grande admiração pela competência, pelo carinho dedicado aos alunos, comparáveis ao de uma mãe bondosa. Obrigado por poder conviver com você nessa etapa da minha vida.

A querida amiga e professora, Profa. Dra. Maria Lucia Seidl de Moura. Obrigado por me acolher em seu grupo de pesquisas e por poder me tornar um membro dele.

A todas as mães e crianças que dedicaram seu tempo voluntariamente para participarem do Projeto Ipê e desta pesquisa.

A Alessandra Bonassoli Prado, que coletou bravamente os dados dos três anos, contornando da melhor maneira possível as situações inesperadas com as crianças.

Às coordenadoras do Projeto Ipê: Emma Otta, Vera Silvia Raad Bussab e Maria de Lima Salum e Morais.

A todos os participantes do Projeto Ipê: pesquisadores, alunos, suporte técnico, experimentadores, aqueles que vieram antes e eu nem conheci: obrigado por fazerem parte da história que compõe um projeto tão peculiar, característico de um projeto longitudinal.

Aos amigos do Projeto com os quais eu tive contato: Ana Karina, Alessandra Bonassoli Prado, Beatriz Servilha Brocchi, Bruna Karen Theodoro de Souza, Célia Cauduro, Flavia Carvalho, Gabriela Andrade da Silva, Gabriela Sintra Rios, Julia Scarano de Mendonça, Juraci Aparecida de Mendonça Moreira, Marie-Odile Monier Chelini, Marina Cechini, Renata Pereira de Felipe, Tania Kiehl Lucci, Vanessa Rocha Carneiro e Vera Regina Fonseca.

Aos integrantes do grupo ISDES, que me acolheram enquanto eu estava no Rio de Janeiro, longe do meu grupo originário de pesquisa. Um grupo que me ensinou a ser grupo, unidos em prol do benefício compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de estudos recebida durante todo o período do Doutorado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por disponibilizar recursos para nosso aperfeiçoamento acadêmico e apresentação de trabalhos em congressos nacionais e internacionais através do Projeto Temático “Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: Estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”.

À “Fundação Bussab” que patrocinou muito almoços e outros eventos importantes.

Ao Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico – Deutscher Akademischer Austauschdienst DAAD (GR 6212 - A 1271225) pela bolsa fornecida para a realização do Doutorado sanduíche na Alemanha, na Universidade de Osnabrück.

À Profa. Dra. Heidi Keller e o Prof. Dr. Joscha Kärtner por me receberem no Nifbe (Niedersächsische Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung), e que gentilmente colaboraram para minha formação acadêmica durante minha estada na Universidade de Osnabrück – Alemanha. Ao doutorando Nils Schuhmacher e todo o grupo pertencente ao Nifbe que me acolheram. Meu muito obrigado à Thea Nieland e Lisa Bokeloh por serem as juízas das minhas análises.

Às amigas do alojamento eventual do CRUSP: Glaucia, Doris Feijó, Sabrina, Andrea Cruz-Kaled, Claudia Coimbra do Espírito Santo, Nídia Gizelli de Oliveira Fernandes, Fabiana Fernandes e na moradia da USP, Margarete Barbosa Nicolosi Soares e Naiane Melo.

A amiga Angelina Pandita Pereira que sempre marcou presença com seu carinho, doçura e alegria e que fizeram toda a diferença, principalmente nos dias chuvosos de São Paulo.

A amiga Elizabeth Trindade de Almeida por todo seu apoio, disciplina, motivação e carinho.

Aos amigos de sala aula, de laboratório, de café e/ou de corredor: Aline Gasco, Anna Beatriz Carnielli Howat, Beethoven Hortêncio Rodrigues da Costa, Camile Maria Correa, Carine Savalli, Cristina Reis, Fernanda Cutrim, Gizele Zago, José Henrique Benedetti Picoli Ferreira, Kamila Janaina Pereira, Juliana Teixeira Fiquer, Lia Matos Viegas, Leandro Nascimento, Luiz Eduardo Graton Santos, Marco Antonio Correa Varela, Mariana Dutra Fogaça, Mariana Winandy, Michele Verderane, Rachel Ripardo, Rafael Cardoso, e outros.

Às professoras Dra. Maria Salum e Dra. Carla Cristine Vicente por participarem da banca de qualificação e contribuírem para a melhoria desta tese.

Ao suporte organizacional e estatístico de Vinicius Frayze David.

À corretora e professora de português Elisabeth Tavares.

Às secretarias Sonia Maria Caetano de Souza, Ana Laura Pires De Araújo Figueira, Vilma Maria Rodrigues Miranda E Valeria Simone Campos, que estiveram disponíveis para todas as necessidades e “urgências de um aluno”, e o apoio de Ari Bismarck Aliaga Betti, Edith Nantes Ferreira Rodrigues, Caio Lunardi, entre outros.

Aos professores: Fernando Leite Ribeiro, Emma Otta, Nelio Bizzo, Briseida Dogo de Resende, Patricia Izar e Claudio Manoel, com os quais tive a alegria e o prazer de ser aluna.

À Universidade de São Paulo por disponibilizar para seus alunos o VPN (Virtual Private Network ou Rede Privada Virtual) principalmente para acessar a página de periódicos fundamental para um pesquisador à domicílio.

À todas minhas amigas e familiares que entenderam (ou não) minha ausência nesse período.

Canção Amiga

*Eu preparo uma canção
em que minha mãe se reconheça,
todas as mães se reconheçam,
e que fale como dois olhos.*

*Caminho por uma rua
que passa em muitos países.
Se não se vêem, eu vejo
e saúdo velhos amigos.*

*Eu distribuo um segredo
como quem anda ou sorri.
No jeito mais natural
dois carinhos se procuram.*

*Minha vida, nossas vidas
formam um só diamante.
Aprendi novas palavras
e tornei outras mais belas.*

*Eu preparo uma canção
que faça acordar os homens
e adormecer as crianças.*

(Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

Stobäus, L. C. (2013). *Desenvolvimento prossocial em crianças de três anos de idade: relações do contexto sócio afetivo de criação e da depressão materna*.

Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Estudos em diferentes ambientes socioculturais têm mostrado uma incidência de depressão

em 10 a 20% das mulheres. Dentre as decorrências relevantes do quadro, tem havido um interesse especial nos potenciais comprometimentos da interação mãe-bebê no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, que repercutem no desenvolvimento do seu comportamento prossocial. O objetivo do presente estudo foi avaliar, através de tarefas de ajuda instrumental, se a depressão materna afeta o desenvolvimento do comportamento prossocial de crianças de três anos de idade. Participantes: 24 díades mães-criança: 12 mães “nunca deprimidas”, seis mães “sempre deprimidas” e seis mães com “depressão atual” quando as crianças estavam com a idade de 36 meses ($M=37\pm2,8$ meses). As mães estavam com a idade média de 25 anos ($M=25,87\pm5,23$) e foram avaliadas pela escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, no momento da aplicação dos testes e no puerpério. Foi filmado o desempenho das crianças em tarefas de: 1) ajudar a mãe, pessoa familiar, a recolher os brinquedos, depois de uma sessão de brincadeira e 2) ajudar experimentador, desconhecido, a pegar objeto que ele deixa cair ao solo. Os resultados não apresentaram diferenças significativas estatísticas quanto aos tipos de comandos maternos, contudo mostraram uma sensível diminuição das explicações e variações de comportamentos nas mães “sempre deprimidas” e com “depressão atual”. As crianças de mães “sempre deprimidas” ignoraram mais suas mães, enquanto as crianças de mães com “depressão atual” e “nunca deprimidas” forneceram mais recusas simples, uma forma mais madura de negação. As crianças de mães com “depressão atual” ajudaram o experimentador em 100% dos casos com diferença estatística significativa com os outros dois grupos, utilizando o teste Qui-quadrado. Concluímos que a depressão materna influenciou algumas das respostas das crianças, especificamente quanto à pessoa desconhecida. Evidentemente, a mãe, além de conhecida, ocupa lugar central na constelação afetiva da criança e isto deve ser levado em conta na discussão. Ainda assim a familiaridade parece relevante neste contraste de efeitos da depressão materna: a maior colaboração com a pessoa estranha pelas crianças de mães com depressão atual pode representar necessidade de ser aceito ou culpa. Os resultados são compatíveis com a suposição de que a condição de depressão afeta de modo complexo os processos subjacentes à interação social com pessoas não conhecidas e com a mãe.

Palavras-chave: *comportamento prossocial; depressão materna; práticas educativas parentais; desenvolvimento infantil; relação mãe-bebê*.

ABSTRACT

Stobäus, L. C. (2013). *Prosocial development in three years old children: the relationship of the socio affective parenting context and of the maternal depression*. Doctorate Thesis, Psychology Institut, University of Sao Paulo, Sao Paulo.

Studies in different socio-cultural environments have shown incidence of depression, especially postpartum (DPP) 10 to 20% among women. In between the relevant consequences of the context, there has been a special interest for the potential compromise of the mother-infant interaction and in child's cognitive and emotional development, which could delay the development of prosocial behavior. The aim of this study was to evaluate, through instrumental help tasks, whether maternal depression affects the development of prosocial behavior in three years children. Participants were: 24 mother-infant dyads: 12 mothers "never depressed", six mothers "always depressed" and six mothers with "current depression", when the children were at the age of 36 months ($M = 37 \pm 2.8$ months). The mothers were with the average age of 25 years ($M = 25.87 \pm 5.23$) and were evaluated by Edinburgh Postpartum Depression scale, at the time of application testing and puerperium. the children's performance were recorded on tasks of: 1) help the mother, a family person, collecting toys after a play session and 2) help the experimenter, unknown, to catch object he drops to the ground. The results showed no significant statistical differences regarding maternal commands, however, a significant decrease of the explanations and mothers' behavioral changes for "always depressed" and "current depression." Children of mothers "always depressed" most ignored their mothers, while children of mothers with "current depression" and "never depressed" provided more simple denials, a more mature form of denial. Children of mothers with "current depression" assisted the experimenter in 100% of cases with statistically significant differences between the other two groups, using the chi-square test. We conclude that maternal depression has influenced some of the children's responses, specifically as to the unknown person. Of course, the mother, as known, occupies a central place in the constellation of affective child and this must be taken into account in the discussion. Yet this familiarity seems relevant contrast effects of maternal depression: increased collaboration with the stranger by the children of mothers with depression may represent current need to be accepted or guilt. The results are compatible with the assumption that the condition of depression affects so complex processes underlying the social interaction with people is not known and the mother.

Keywords: *prosocial behavior, maternal depression, parenting practices, child development, mother-infant relationship.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Artigos que relacionaram a depressão pós-parto materna com a prática educativa materna, a obediência infantil e o comportamento social utilizando o mesmo paradigma (tarefas de “recolher os brinquedos”)	64
Tabela 2.	Artigos em ordem cronológica que comparam a depressão materna e o comportamento social infantil	67
Tabela 3.	Características sócio demográficas dos participantes – 12 díades nunca deprimidas, seis díades com “depressão atual” e seis díades “sempre deprimidas”	75
Tabela 4.	Características sociodemográficas dos participantes (UBS e Estado civil) – 12 díades nunca deprimidas, seis díades “sempre deprimidas” e seis díades com “depressão atual”	77
Tabela 5.	Quadro de ambientes sociais das crianças participantes – 12 díades nunca deprimidas, seis díades com “depressão atual” e seis díades “sempre deprimidas”	78
Tabela 6.	Lista dos resultados do α de Cronbach	86
Tabela 7.	Respostas maternas apresentadas na tarefa “recolher os brinquedos”	89
Tabela 8.	1ª Tarefa “recolher os brinquedos” – Respostas das crianças	91
Tabela 9.	Respostas das crianças comparando resultados ajudar mãe - 1ª Tarefa “recolher os brinquedos” X ajudar experimentador - 2ª Tarefa “fora de alcance”	95

ÍNDICE

	Apresentação	17
1.	INTRODUÇÃO	21
1.1.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
1.2.	COMPORTAMENTO PROSSOCIAL	25
1.2.1.	Comportamento Prossocial, autorregulação e obediência	29
1.2.2.	O início da imposição de regras parentais	32
1.2.3.	Práticas Educativas e Estilos Parentais	37
1.2.3.1.	Tipos de Práticas Educativas Parentais	40
1.2.3.1.1.	As práticas educativas indutivas	41
1.2.3.1.2.	As Práticas Coercitivas	42
1.2.4.	Pesquisas no Brasil	43
1.3.	Síntese	44
1.4.	DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS	46
1.4.1.	O que é depressão pós-parto	46
1.4.2.	Incidência	47
1.4.3.	Fatores de risco	48
1.4.3.1	Cronicidade	48
1.4.4.	Mecanismos de transmissão de risco para o desenvolvimento da criança	50
1.4.5.	Práticas de cuidados e educativas maternas no contexto da depressão	52
1.4.6.	Práticas educativas e o comportamento materno observado	54
1.4.7.	Os efeitos da depressão materna para a socialização infantil	58

1.4.8.1.	Estudos que relacionam a depressão materna, a tarefa de recolher os brinquedos e o comportamento social	63
1.4.8.2.	Estudos que relacionam a avaliação do comportamento prosocial e a depressão materna	67
1.5.	Justificativa	70
1.6.	O contexto da pesquisa: inserção no Projeto Temático IPÊ	71
1.7.	Objetivos	72
1.8.	Hipóteses	73
2.	MÉTODO	74
2.1.	PARTICIPANTES	74
2.2.	Características sócio demográficas dos participantes	75
2.3.	INSTRUMENTOS	79
2.4.	PROCEDIMENTOS	80
2.4.1.	Cuidados éticos	80
2.4.2.	De obtenção da amostra	80
2.4.3.	De coleta de dados	81
2.4.4.	Redução e codificação dos dados	81
2.4.5.	Protocolo para filmagem	82
2.4.5.1.	Preparar a sala	82
2.4.5.2.	O procedimento de filmagem	82
2.4.6.	Descrição das Tarefas de ajuda	83
2.5.	Categorias de observação	84
2.6.	De análise de dados e fidedignidade	85
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
3.1.	1ª Tarefa “recolher os brinquedos” - Respostas maternas	88

3.2.	1ª Tarefa “recolher os brinquedos” – Respostas das crianças	91
3.3.	Resultados da 2ª Tarefa “fora de alcance”- ajudar o experimentador, apresentados em associação aos da tarefa 1- recolher brinquedos	94
4.	CONCLUSÕES	98
5.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
	ANEXOS	134
	ANEXO I – Códigos para análises	134
	ANEXO II – Categorias de codificação	135
	ANEXO III – Quadro de variáveis e níveis e medidas	138
	APÊNDICES	
	APÊNDICE I - Projeto Temático IPÊ	139
	APÊNDICE II - Fases do Projeto Temático	140
	APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	142
	APÊNDICE III - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE)	143
	APÊNDICE IV - Aceite comitê de ética	144
	APÊNDICE V - Diagrama da Sala de filmagem	145
	APÊNDICE VI - Descrição de ícones e sua relação com os objetos da sala de filmagem	146
	APÊNDICE VII - Procedimento das filmagens	147
	APÊNDICE VIII - Entrevista pediátrica	149
	APÊNDICE IX - Entrevista apoio social	160

APRESENTAÇÃO

Na época da realização da graduação em Psicomotricidade, no Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação, hoje Uni-IBMR (1995-2001), eu trabalhava na *American Express*. O emprego no setor de câmbio era promissor, com boa remuneração, dinheiro com o qual eu pagava o meu estudo, porém não me satisfazia profissionalmente. Com o intuito de ingressar na minha profissão – psicomotricista - pedi demissão do emprego e iniciei um estágio em uma instituição de crianças especiais. Ao colar grau, fui convidada para trabalhar na APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - do Rio de Janeiro, onde fui a primeira graduada em Psicomotricidade a ter a carteira assinada.

O trabalho na APAE era realizado em oficinas terapêuticas (Oficina de Expressão Corporal), um trabalho interdisciplinar integrado também por uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma auxiliar. O trabalho era realizado com grupos de crianças ou adolescentes e as patologias mais frequentes eram: síndrome de down, autismo, deficiência mental ou múltiplas deficiências. Tivemos a oportunidade de atender acometidos por síndromes raras, como “Cri-du-chat” e de Marphan.

Em 2006, ingressei no Mestrado em Cognição e Linguagem, UENF (Universidade Estadual do Norte Fluminense – Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacases, RJ). Meu tema de estudo era a Teoria da Mente, que se propõe a explicar o déficit existente nas pessoas com transtorno autístico. A Teoria da Mente é definida como a capacidade de inferir estados mentais nas outras pessoas, o que ajuda a nos relacionarmos uns com os outros, pois inferimos sentimentos e atitudes alheios, por meio de pistas verbais e corporais. As pessoas com autismo não conseguem fazer uso destas pistas entre outros problemas e têm dificuldade de se relacionarem socialmente.

Dentro das possibilidades de investigação associadas à capacidade de Teoria da Mente, o que mais me interessava era a busca do entendimento de sua gênese e das implicações para o entendimento social. Partindo desse pressuposto, pesquisei a Teoria da Mente em crianças cegas, surdas e sensorialmente normais com seis anos de idade cronológica. Foi uma pesquisa experimental, com a coleta de dados em grandes instituições do Rio de Janeiro, ambas com 150 anos de existência - o INES, Instituto Nacional de Educação de Surdos e o IBC, Instituto Benjamin Constant.

A Teoria da Mente é valorizada pela literatura a respeito da visão como um sentido subjacente importante na captação das pistas que fornecem as informações que constituem as inferências básicas envolvidas. Desta maneira, tínhamos como hipótese que as crianças cegas teriam dificuldade na própria compreensão do teste e também na capacidade de teoria da mente. Criamos, então, uma maquete para que elas pudessem tatear e entender a história e as perguntas.

O resultado nos surpreendeu ao constatar que as crianças cegas não tiveram diferenças comparadas às crianças normo-sensoriais, porém as crianças surdas apresentaram diferenças. Acreditamos que isso ocorreu devido ao fato de que elas estavam, com seis anos, idade que se inicia o treinamento em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais), saindo da Comunicação Alternativa. Somente duas crianças do grupo de surdos tinham a LIBRAS desde o diagnóstico precoce, o que indica que foram estimuladas desde cedo por seus familiares.

Como conclusão, vimos uma maior importância da aquisição da linguagem (verbal ou gestual) em comparação ao estímulo visual para atingirmos o que preconiza a Teoria da Mente e um melhor entendimento do mundo. Como também, reiteramos a importância do diagnóstico precoce na aquisição da comunicação, que pode ser favorecida com o estímulo familiar. Em muitos dos casos, a família demora em procurar ajuda, negando a surdez e desenvolvendo códigos de comunicação compreensíveis somente em seu meio, fazendo com que seu filho demore a entrar no mundo comunicativo e social.

Destacou-se, mais uma vez, a importância da convivência familiar para o desenvolvimento da criança e o papel especial das mães, que absorvem a função de estimuladora, introduzindo o mundo para a criança. As mães de crianças surdas precisam se alfabetizar em LIBRAS para fazerem parte do mundo de comunicação de seus filhos e, assim, estimulá-los. Quanto ao papel da mãe de crianças cegas, é necessário que elas descrevam o mundo à sua volta. As mães de filhos com necessidades especiais são inseridas em um universo complexo, com adversidades que as conduzem para novos aprendizados.

Considero que esse trabalho e seus desdobramentos me disponibilizaram informações, para o desenvolvimento da dissertação de Mestrado e para o Doutorado, que a partir de então passei a almejar, acreditando que com o mesmo obteria subsídios para

ampliar meus conhecimentos teóricos e práticos, além de proporcionar a minha inserção no campo profissional.

Nessa nova busca, conheci a Profa. Dra. Vera Silvia Raad Bussab, pesquisadora titular no Curso de Pós Graduação em Psicologia Experimental, uma pessoa cativante e acolhedora. Ingressei no doutorado em 2009, onde cursei as disciplinas necessárias para finalizar os créditos, excedendo o número exigido pelo programa, o que demonstra a minha afinidade por sala de aula.

No doutorado, inseri-me no projeto Ipê “Depressão Pós-Parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, que segue a mesma linha de pesquisas anteriormente estudada: a Teoria da Mente, desenvolvimento social e a importância da mãe nas relações iniciais. Esse projeto de pesquisa longitudinal acompanhou díades mãe-bebê desde a gestação até o terceiro ano da criança de amostra de baixa renda da cidade de São Paulo, de modo a investigar fatores ligados à depressão pós-parto (DPP) e seus possíveis efeitos no desenvolvimento infantil.

A literatura afirma que antes dos três anos a criança encontra-se imbuída de curiosidade e destaca a importância dos estímulos maternos (e familiares) nas relações iniciais. Nessas bases, iniciamos os estudos do comportamento prosocial das crianças, com a aplicação das tarefas “*recolher os brinquedos*”, nas quais a mãe e a criança devem juntas, organizar os brinquedos disponíveis e, “fora de alcance”, a criança deve ajudar o experimentador. As análises preliminares foram interessantes, porém me causavam inquietação, já que as crianças iriam, sim, ajudar mais as mães do que o experimentador. Os resultados das análises iniciais foram estimulantes, conduzindo-me contudo a ir em busca de uma análise mais apurada.

Em outubro de 2010, eu e as doutorandas Alessandra Bonassoli Prado e Renata Pereira de Felipe, fomos a uma “Missão de Estudos” na UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), prevista no Programa PROCAD em Psicologia Evolucionista, com a duração de 30 dias. Neste período, apresentamos nossas pesquisas e recebemos sugestões pertinentes para a melhoria das mesmas. A partir do contato com a Profa. Dra. Maria Lucia Seidl de Moura, tive a oportunidade de contribuir para uma coleta de dados que foi realizada no Rio de Janeiro para o Prof. Dr. Joscha Kärtner, da Universidade de

Osnabrück, Alemanha. O estudo tinha estreita relação com minha pesquisa sobre comportamento prossocial, o que me proporcionou o contato para fazer o doutorado-sanduíche na Alemanha, com a Profa. Dra. Heidi Keller e o Prof. Dr. Joscha Kärtner. Este período no exterior me trouxe muitas realizações: pude trabalhar nas minhas análises com o desenvolvimento de novas codificações, recebi o treino do Software Interact (para análise de vídeos), treinei duas estagiárias como juízas para minhas análises e dei três palestras (duas na Universidade de Osnabrück e uma na Universidade de Münster).

Por intermédio da Profa. Dra. Adriane Arteche da PUC-RS, fui convidada para dar uma palestra apresentando o Projeto Ipê e minha pesquisa para o grupo de pesquisas do Winnicott Centre, da Universidade de Reading (Inglaterra), onde estão os pesquisadores da área de pesquisas em depressão pós-parto Lynne Murray e Peter Cooper. Apresentei alguns trabalhos em congressos (Manchester, Inglaterra e Bochum, Alemanha) e troquei experiências com pesquisadores contemporâneos que fazem parte da literatura utilizada para nossas pesquisas, como Michael Tomasello e Ulf Liszkowski.

Ao final desta etapa de quatro anos, ao fazer uma autoanálise, vejo o quanto eu cresci academicamente, o quanto eu ainda preciso crescer e o quanto meu horizonte acadêmico (e pessoal) pôde mudar neste percurso. Com esta ampliação de perspectivas, as pesquisas com desenvolvimento prossocial infantil e as interações iniciais, pesquisas transculturais e as codificações me interessam cada vez mais.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo investigar se situações sócio ambientais como a depressão pós-parto materna influenciam o desenvolvimento prossocial infantil. Para avaliarmos a possível ocorrência, observamos o comportamento das crianças em duas tarefas: em uma delas, elas ajudaram suas mães (tarefa de recolher os brinquedos) e na outra elas ajudaram o experimentador, uma pessoa estranha a elas (tarefa fora de alcance). Inicialmente, nossas análises estavam baseadas nesta dicotomia: ajudar a mãe ou uma pessoa estranha, o que fazia muito sentido, visto que era permitido que suas mães interferissem, caso as crianças fornecessem atitudes de não ajuda, inserindo comandos aos seus filhos. Para o experimentador, não era permitido solicitar ajuda verbalmente à criança, ele apenas fornecia pistas gestuais e visuais. Com o amadurecimento da pesquisa, desenvolvemos novas formas de análise para essa interação na tarefa “recolher os brinquedos” e o que nos suscitou grande interesse com esse aperfeiçoamento, foi mensurar como a mãe influenciava a mudança de atitude de seus filhos, ou como mantê-los na tarefa. Segundo a literatura, mães com depressão podem apresentar dois tipos de comportamento ao se relacionarem com seus filhos: intrusivas ou retraídas. Cada um desses padrões se refletirá no comportamento da criança e de que maneira ela se relacionará com seus pares futuramente. Esta forma de análise utilizando as categorias intrusiva ou retraída, contudo, não está no escopo deste trabalho.

A tarefa de “recolher os brinquedos” parece bem simples na sua instrumentalização, porém ela é de uma extrema riqueza de possíveis análises. Optamos por analisar os comandos maternos (diretos ou indiretos) e os outros comportamentos cabíveis à situação, como fornecer explicações, repreender, persuadir, entre outros. Para as respostas das crianças às solicitações maternas, baseada na metodologia do trabalho de Kuczynski e Kochanska (1990), optou-se por analisar respostas como ignorar, desafiar, choramingar, recusar-se, fornecer desculpas, entre outros.

Este trabalho faz parte de um estudo longitudinal do projeto temático Fapesp “Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, (Processo nº 06/59192). Este é coordenado pela Profa. Dr^a. Emma Otta, em conjunto com a

Profa. Dr^a. Vera Silvia Raad Bussab, do Instituto de Psicologia da USP (IP), e a Dr^a. 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, no qual podem ser identificadas duas vertentes: a da compreensão dos fatores envolvidos na gênese da Depressão Pós-Parto (DPP) e a da investigação de fatores de risco para o desenvolvimento infantil, na qual este trabalho se insere. Segundo a literatura, os potenciais comprometimentos podem ser observados nas interações iniciais mãe-bebê (Field, 2010) com repercussões no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Murray & Cooper, 1997a, 1997b, 1996) e com possíveis desdobramentos em várias dimensões, como, por exemplo, no desenvolvimento do comportamento prosocial da criança.

Este trabalho investiga se as crianças cujas mães tiveram depressão apresentam alterações no comportamento prosocial. Para tal, entendemos que, para que uma pessoa tenha competência social, ela precisa saber se relacionar com seus pares, comunicando-se de maneira adequada, entendendo os outros e suas necessidades e adaptando suas atitudes ao contexto. Baseada nisso, avaliamos esta competência nas crianças com três anos, utilizando uma tarefa “fora de alcance” com uma pessoa estranha, o experimentador. Para que ela demonstre ter essa aquisição, é necessário, em primeiro lugar, que a criança entenda a intenção do experimentador (guardar o papel), e, em segundo lugar é necessário que ela compreenda que o objetivo não foi alcançado (o papel cai no chão). É preciso que a criança entenda que deve alcançar o papel para o experimentador guardar. Então a criança precisa ter vários mecanismos desenvolvidos: intencionalidade, colocar-se na posição do outro, entender que o objetivo não foi alcançado, motivar-se para ajudar e possuir algumas habilidades motoras - orientação espacial, coordenação visuo-motora, preensão e controle inibitório. Esses aspectos não são avaliados nesta pesquisa, porém sabemos que todos os seres humanos precisam desenvolver essas habilidades, pois são requisitos para o produto final: o sucesso social e o viver em grupo.

Outros aspectos além dos descritos acima também são importantes para a competência social: o ambiente familiar e sócio econômico, nível de educação dos pais, a relação com a mãe, a boa relação entre os pais e a consistência entre as ações de ambos. Nesta pesquisa, estamos preocupados com os aspectos familiares e maternos que podem influenciar a habilidade social.

Iniciamos com os fundamentos do comportamento prossocial e posteriormente o de ajuda instrumental, com as capacidades subjacentes e depois conduzimos nosso raciocínio para a importância do contexto sócio-afetivo interacional, em especial, o materno, para o desenvolvimento das habilidades sociais. Entre possíveis formas interacionais, apresentamos as práticas educativas parentais e como isso influencia a relação e o desenvolvimento da criança. Neste percurso das práticas parentais, foi necessário fazer um trajeto histórico, diferenciando-as dos estilos parentais e o porque desta necessidade de elucidar as diferenças (metodológicas e por haver a confusão entre os termos, ocorre a influência quando se faz a pesquisa literária). Por fim, a importância das práticas e da relação inicial com um familiar presente para o desenvolvimento da obediência e a necessidade destes aspectos no comportamento prossocial, todos em contextos saudáveis de desenvolvimento.

Após esse percurso sobre o desenvolvimento normal infantil de obediência e práticas parentais, abordamos como essas aquisições podem estar afetadas na presença da depressão. Primeiramente, introduzimos a definição de depressão, características do quadro, incidência, fatores de risco e entre os fatores, nos aprofundamos na cronicidade, visto que está presente na amostra pesquisada. A abordagem se fez necessária por acreditarmos ser de extrema importância para o entendimento de que a depressão deve ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento infantil e, desta maneira, tentar esclarecer que cada caso clínico deve ser entendido em sua particularidade, dada tamanha complexidade de influências. Outrossim, explicamos e exemplificamos como, na presença do quadro depressivo, as práticas de cuidado e educativas e o comportamento materno no cotidiano ficam alterados e, posteriormente, quais são os efeitos para a socialização infantil. Foi feita ainda uma revisão de pesquisas com depressão materna que utilizaram a mesma tarefa “recolher brinquedos” (*clean up task*) e as pesquisas que associaram a depressão materna aos comportamentos sociais. Nosso objetivo ao fazer essa revisão foi o de demonstrar a utilização de instrumentos diferentes dentro do mesmo tema, o que justifica este trabalho por aplicar-se a tarefa em uma situação *quasi* natural.

1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A capacidade de entender as ações, os desejos e as intenções das outras pessoas está associada ao viver cultural humano, e, ao que tudo indica, foi selecionada ao longo da evolução hominida, *pari passu* com a evolução cultural (Bussab & Ribeiro, 1998). Pode-se falar em predisposições naturais para o desenvolvimento destas capacidades durante a ontogênese, levando-se em conta a precocidade e universalidade destes desenvolvimentos e, ao mesmo tempo, salientando-se a importância das circunstâncias socioafetivas peculiares do ambiente de criação. Estas habilidades emergem por volta do primeiro ano de vida e vão se especializando de acordo com suas experiências ao longo do desenvolvimento infantil. Durante esse período do desenvolvimento, as crianças tornam-se capazes de entender as intenções dos outros, imitar, localizar, identificar e direcionar o foco de atenção dos outros, compartilhando atenção e objetivos comuns o que permitirá o compartilhamento de símbolos com seu grupo (Callaghan et al., 2011), e uma plena aculturação.

A evolução do viver em grupo tipicamente humano, associada a um modo de vida essencialmente cultural, integrou-se à filogênese e à ontogênese de capacidades como a linguagem, a cognição social e simbólica. É importante destacar que neste contexto evolutivo, a coesão do grupo e a capacidade de cooperação assumiram um papel especial e evoluíram de uma seleção de vários níveis¹ e da coevolução gene-cultura (Bowles & Gintis, 2011). A capacidade humana de se afiliar, o entendimento das normas sociais, a cooperação e ajuda ao próximo foram requisitos importantes para a viabilidade de uma sociedade complexa (Hay & Cook, 2010). O surgimento destas características pode ser observado na ontogênese através da aquisição de comportamentos prossociais nas crianças pequenas, descritos a seguir.

¹ No original em inglês: multi-level selection

1.2. Comportamento Prosocial

O comportamento prosocial é uma ação realizada voluntariamente que beneficia o outro, com algum custo para o doador (Eisenberg & Fabes, 1998; Eisenberg, Fabes & Spinrad, 2006; Kärtner, 2011; Thompson & Newton, 2013). A palavra “prosocial” não aparece em muitos dicionários e foi criada pelos cientistas sociais como um antônimo para “antissocial”. São considerados comportamentos prosociais: compartilhar, ajudar, confortar, dar atenção, ser solidário e cooperar (Dunfield & Kuhlmeier, 2010; Hay & Cook, 2007; Warneken & Tomasello, 2006, 2007, 2009a, 2009b, 2013), ou mesmo arriscar-se pelo outro, expondo-se a perigos. Pode ser considerado um comportamento com um custo para o benfeitor, custos estes que podem ser: tempo, dinheiro, trabalho, comida ou informação (Henrich & Henrich, 2007) ou risco de ferimentos.

A capacidade de ajudar o outro tem sido reconhecida como traço essencial da evolução e do desenvolvimento humanos, tem sido analisado em termos de filogênese e de ontogênese e tem levantado entendimentos complexos, no trânsito entre estes níveis de análise. Por exemplo, motivações puramente altruístas têm sido contratadas com motivações egoístas de longo prazo ou orientadas por motivos práticos.

A ontogênese do comportamento prosocial na criança está associada ao desenvolvimento de correlações mentais entre seu próprio comportamento e o dos outros, o que requer uma representação interna de suas intenções e de seus objetivos, base para a inferência de que o outro também possui desejos e intenções semelhantes às suas. Essa representação designa a “Teoria da Mente” (Tomasello, 2009).

Warneken e Tomasello (2009a; Tomasello, 2009) resumiram em quatro os tipos de comportamento prosocial: confortar, compartilhar, informar e ajudar instrumentalmente. Confortar seria prover suporte emocional aos outros; dividir poderia ser o compartilhar de comida ou objetos com os seus semelhantes; informar seria prover informação útil aos demais e a ajuda instrumental seria agir para ajudar os outros a atingirem seus objetivos.

Nesta pesquisa, temos um interesse em especial pela ajuda instrumental, pois é um dos primeiros tipos de comportamento prosocial a ser observado no curso do desenvolvimento infantil e é o que as crianças se envolvem com mais determinação

(Warneken & Tomasello, 2013). Ela requer formas peculiares de aspectos cognitivos e motivacionais. Quanto aos aspectos cognitivos em questão, considera-se que para ajudar instrumentalmente outra pessoa, é necessário que se entenda seu objetivo e que se compreenda que, caso este não seja atingido, naturalmente será necessário estar motivado para efetivar tal ação de ajuda.

Esse comportamento começa a ser observado aos dezoito meses de idade, quando alguém deixa um objeto cair no chão e a criança espontaneamente ajuda a pegar, mesmo que ela não receba nenhuma recompensa extrínseca (Warneken, Hare, Melis, Hanus & Tomasello, 2007). Contudo, aos seis meses, as crianças demonstram capacidade de avaliação social positiva associada a ações observadas de ajuda, verificável pela preferência por figuras animadas quando estas estão ajudando, em detrimento das que estão atrapalhando, como no caso da pesquisa realizada por Hamlin, Wynn e Bloom (2007), descrita a seguir.

Nesse estudo, três personagens foram apresentados à criança: um que tentava escalar uma montanha (de forma geométrica cilíndrica, corpo vermelho com olhos), um que atrapalha puxando o escalador para baixo (quadrado, corpo azul e olhos) e outro que ajuda o escalador empurrando-o para cima (um triângulo amarelo com olhos). O personagem tenta escalar uma montanha e aparece um outro que irá ajudá-lo a subir a montanha (condição ajuda) ou irá empurrá-lo para baixo (condição “atrapalhador”). No primeiro experimento, as crianças escolhem entre o personagem que ajuda (ação esperada) ou o que atrapalha (ação inesperada). As crianças com dez meses olhavam por um tempo maior quando o escalador se aproximava do atrapalhador e as crianças com seis meses olhavam igualmente para os dois, sugerindo que esta capacidade de avaliação social só se desenvolve mais tardiamente. Em uma breve análise, podemos perceber que, quando as crianças de seis meses tinham que optar pelo ajudante ou atrapalhador, elas preferiam o ajudante, demonstrando que elas possuem uma avaliação social, mas ainda não fazem inferências quanto à escolha das outras pessoas. Resultados deste tipo sugerem que crianças de seis e dez meses percebem as ações e intenções de uma pessoa, demonstrando preferir alguém que coopera a alguém que atrapalha.

Ainda na mesma pesquisa, um outro experimento foi conduzido, adicionando um personagem neutro (que não teria nenhuma interação com o escalador). Quando as crianças

foram colocadas para escolher entre o neutro e o ajudante, ambos os grupos preferiram o ajudante e quando colocados o neutro e o atrapalhador, elas preferiram o neutro, indicando uma avaliação social das ações positivas e negativas dos personagens. Este é o primeiro experimento que mostra que a preferência social das crianças é influenciada pelo comportamento dos outros, sugerindo que a natureza de suas interações é fundamental para entender o mundo (Hamlin & Wynn, 2011; Hamlin, Wynn & Bloom, 2007). Embora pesquisas mais recente tenham questionado aspectos metodológicos do trabalho de Hamlin, Wynn e Bloom (2007), apontando possíveis explicações alternativas Scarf, Imuta, Colombo e Hayne (2012), não descartaram, a nosso ver, o conjunto de demonstrações de precocidade da avaliação social positiva da ajuda por bebês.

Estudos mostram que as crianças ajudam os outros em diversos contextos, incluindo situações novas (Warneken & Tomasello, 2006). Elas levam em consideração quando a pessoa que precisa de ajuda não sabe onde o objeto desejado se encontra (Buttelmann, Carpenter & Tomasello, 2009) e demonstram mais ajuda a pessoas bondosas, diferenciando-as de uma malvada (Dunfield & Kuhlmeier, 2010; Hamlin, et al., 2007). Ajudam mesmo que elas tenham custos ao invés de benefícios, na ausência de encorajamento ou elogio e mesmo que seus pais não estejam no ambiente do experimento (Warneken & Tomasello, 2013).

Ao final do segundo ano a noção de cooperação entre pares emerge através de jogos imitativos. No terceiro ano, as crianças se tornam mais compreensivas quanto às ações e desejos dos outros, podendo entender quando estes não foram alcançados (Brownell, Ramani & Zerwas, 2006), o que pode sinalizar a condição básica para uma possível oferta de ajuda.

As crianças possuem motivações internas para ajudar, refletindo uma predisposição biológica que se associa às práticas de socialização (Warneken & Tomasello, 2013) e a outros fatores como: gênero, as atitudes dos pais, o nível socioeconômico, nível de educação dos pais, ordem de nascimento entre irmãos e socialização fora de casa. Assim como muitas pesquisas no desenvolvimento infantil dão importância ao papel do temperamento e das práticas parentais na adoção da cooperação, obediência e as relações entre a desobediência e problemas de comportamento (NICHD, 1998).

De acordo com a literatura, o nível socioeconômico (SES) familiar influencia o comportamento pró-social infantil. Para Eisenberg e Fabes (1998), o nível socioeconômico alto estaria associado a apresentar comportamento pró-social fora de casa, enquanto que o nível socioeconômico baixo estaria associado a atitudes de ajuda no ambiente familiar. Isto é confirmado pelo trabalho de Call, Mortimer e Shanahan (1995) demonstrando que adolescentes vindos de famílias grandes, com menos recursos financeiros e com mães que trabalhavam fora, tinham mais responsabilidades nos cuidados da casa. Garner (2006) encontrou que SES baixo estava associado a um alto comportamento pró-social em crianças afro-americanas em idade pré-escolar. Isso poderia ser explicado porque crianças de família de baixo SES são mais susceptíveis do que outras crianças para entender o sofrimento dos outros como uma ameaça (Chen, Langer, Raphaelson, & Matthews, 2004) ou porque ao ver os outros em dificuldades, elas teriam mais oportunidades para treinar possíveis formas de ajuda (Eisenberg, Zhou, & Koller, 2001). Embora associações entre baixo nível socioeconômico como essas apontem questões importantes para a compreensão do desenvolvimento pró-social, a literatura também apresenta indicações opostas como nos estudos do NICHD (1998), em que, quando a família possuía bons recursos socioeconômicos e as mães eram psicologicamente saudáveis, a qualidade de cuidados observada foi alta. Deve-se considerar a possibilidade de interação relevante entre nível sócio econômico e outras variáveis sociais, afetivas e culturais.

Estudos indicando fatores associados ao grau de escolaridade mostram que o nível de educação dos pais está relacionado às expectativas de escolaridade, crenças e comportamentos para seus filhos (Davis-Kean, 2005; Mistry, Vandewater, Houston, & McLoyd, 2002). Educação materna baixa estava associada como um fator de risco para problemas de comportamento aos quatro anos de idade (Gross, Shaw, Burwell & Nagin, 2009). O nível educacional influencia como os pais estruturam o ambiente familiar assim como a quantidade de tempo que interagem com seus filhos, como por exemplo, dedicando-se a brincar mais e com mais qualidade. Uma pesquisa realizada em seis centros urbanos brasileiros, com 405 mães primíparas, constatou que o nível educacional da mãe estava relacionado ao conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e práticas educativas (Seidl-de-Moura et al., 2004). É possível que estas diferentes práticas tenham efeitos no desenvolvimento do comportamento social da criança.

Conforme a criança se desenvolve, seus impulsos prossociais se aperfeiçoam, tornando-se mais seletivo, regido por normas e escolhas feitas a partir de regras morais. Junto a isso existem as diferenças de gênero, diferenças individuais, nível socioeconômico, escolaridade dos pais (conforme dito acima) entre outros fatores. Vários processos no curso do desenvolvimento contribuem para essa transformação: a emergência da linguagem e do pensamento, o aumento do entendimento de que o outro também possui experiências, sentimentos, desejos, intenções e o desenvolvimento de um senso de *self* mais complexo (Hay & Cook, 2010).

O comportamento prossocial de crianças e a regulação das emoções são subdomínios importantes da competência social (Garner, 2006). O desenvolvimento de um *self* mais complexo se dá por meio da regulação das emoções, ou seja, a capacidade de responder adequadamente quando sentimentos como raiva e tristeza emergem minimiza a probabilidade de agressão. O comportamento prossocial e a regulação da emoção estão interligados e estão envolvidos no desenvolvimento de comportamentos socialmente competentes. Indivíduos socialmente competentes seriam capazes de comunicar-se de maneira adequada, de compreender os outros regulando suas emoções e de observar normas morais da cultura adaptando seu comportamento ao contexto (Marin, 2009; Marin, Piccinini, Gonçalves & Tudge, 2012).

1.2.1. Comportamento prossocial, autorregulação e obediência

A competência social, isto é, a habilidade de agir de acordo com as regras sociais e regular seu próprio comportamento é um dos pontos marcantes no curso do desenvolvimento social infantil (Kochanska, Coy & Murray, 2001; OUTROS AUTORES). Um dos marcos importantes na socialização infantil é a promoção do autocontrole, da cooperação e administração de impulsos agressivos e antissociais (NICHD, 1998). Uma forma mais complexa de regular o próprio comportamento, denominada autorregulação, emerge aos 18 meses de idade (Kopp, 1982) e se consolida durante o segundo e o terceiro ano de vida. As habilidades autorregulatórias dependem em parte do suporte e guia materno, contudo as crianças tentam regular seus comportamentos baseando-se em normas

sociais, aprendidas em casa e nas trocas com pares em ambientes sociais (Hay & Cook, 2010).

A autorregulação ou obediência em direção à socialização é um desafio e reflete uma transição gradual de um controle externo para interno (Kopp, 1982). Entre 12 e 18 meses de idade a criança se torna capaz de iniciar, manter e cessar o comportamento e de obedecer às requisições verbais e não verbais de seus cuidadores, o que se desenvolve junto com a consciência das demandas sociais (Kochanska & Aksan, 1995; Kopp, 1982). Aos 24 meses, elas adquirem autocontrole, que inclui a habilidade de responder ao ser solicitado e iniciam a regulação do próprio comportamento. Aos 36 meses, as crianças se tornam capazes de se autorregular, ou de serem flexíveis às demandas frente a diferentes situações (Howes & Olenick, 1986).

A autorregulação precoce no contexto familiar serve para vários objetivos de socialização e fomenta a competência social. Houve uma associação entre obediência à mãe por obrigação e cooperar com outro adulto aos 33 meses (Kochanska et al., 2001). Estes autores constataram que meninas foram mais capazes de se engajarem em amplos comportamentos autorregulados.

Uma parte da literatura que investiga aspectos associados à autorregulação salienta o aspecto da obediência envolvida neste autocontrole, e remete a termos como submissão. Uma ressalva a ser feita sobre esta terminologia é a de que os termos submissão e obediência possuem uma conotação de autoritarismo e de conformismo. Entretanto, quando as crianças são solicitadas a ajudar, podem responder com entusiasmo às requisições e repetir o comportamento solicitado quando o momento oportuno surge novamente (Hay & Cook, 2010), situações em que a concordância da criança parece ocorrer por adesão e não por imposição. Caso diverso é o de comportamentos opostos e de desobediência que podem promover um estresse nos pais, afetando a relação e gerando a possibilidade de maus-tratos (Hakman & Sullivan, 2009).

Os estudos sobre autorregulação utilizam tarefas de obediência às requisições dos pais ou experimentadores e tarefas de gratificação adiada. O comportamento infantil em contexto de “faça”, ou seja, quando há a requisição dos pais ou outra pessoa, envolve a extinção de uma atividade prazerosa, como de uma brincadeira com a mãe, para a troca por algo não prazeroso, como por exemplo, arrumar os brinquedos. Nos procedimentos do tipo

“não faça”, com gratificação adiada, há uma proibição direta de uma atividade prazerosa, como não poder tocar em brinquedos muito interessantes ou não comer um doce delicioso colocado à sua frente (ex.: teste do *marshmallow*).

Kochanska e Aksan (1995) demonstraram que a capacidade da criança de inibir atitudes, característica de tarefas “não faça”, precede, no desenvolvimento a capacidade de “faça”, o que é sugestivo que essas capacidades tenham exigências diferentes. Para tanto, dois “sistemas de inibição” são necessários: comportamento inibitório e controle com esforço² para obedecer em tarefas “não faça”. O amadurecimento da circuitaria fronto-estriado ventral responsável pelo controle inibitório cognitivo justifica tais diferenças para responder às tarefas, pois amadurece mais lentamente até os seis anos de idade (Durstun et al., 2002).

A obediência aos comandos parentais é um processo contínuo que reflete vários níveis de autorregulação, desde um nível situacional (somente em resposta à intervenção parental e sob supervisão) até a obediência internamente mediada (sem a necessidade de monitores externos) (Gralinski & Kopp, 1993). A obediência comprometida aparece no comportamento infantil quando eles animadamente seguem a ordem materna, aceitando a proposta como sendo sua, de uma maneira autorregulada (“receptive compliance”, por Maccoby & Martin, 1983 ou “mature compliance” por Crockenberg & Litman, 1990; Kochanska & Aksan, 1995; Kochanska, Coy & Murray, 2001). A obediência situacional descreve momentos nos quais a criança, ainda que essencialmente cooperativa, não parece seguir as ordens maternas. Os autores Kopp (1982) e Kochanska e Aksan (1995) acreditam que a obediência comprometida irá aumentar com a idade enquanto a obediência situacional irá decrescer porque a obediência comprometida em uma estância mais madura do comportamento infantil reflete a expansão da autorregulação e a nascente internalização das regras parentais.

Segundo os autores Kochanska et al., (2001) a obediência comprometida pode constituir o primeiro passo no progresso do controle interno. Primeiro passo porque soluciona o conflito infantil entre a vontade de ajudar e a vontade de ser autônomo. Neste caso, a criança soluciona este conflito interno, seguindo as regras dos pais, experimentando a obediência como autogerada, não interferindo desta forma na sua luta pela autonomia.

² No original em inglês: effortful control

Porém, para conseguir agir desta forma, a criança precisa desenvolver a capacidade de iniciar, terminar ou modular seu próprio comportamento de acordo com os padrões de exigência de seus pais.

Contudo a obediência comprometida pode estar relacionada ao uso materno de poder. Crianças de mães que usam mais força demonstram menos obediência por obrigação, ambos como causa e resultado do estilo materno (Kochanska et al., 2001). Se a criança obedece sem a necessidade de estratégias parentais, ela está demonstrando possuir uma obediência autogerada e acompanhada do sentimento de compromisso interno ao pedido do cuidador. Porém, obediência em resposta ao poder assertivo é atribuída a contingências externas e é mais situacional (Kochanska & Aksan, 1995). Tal obediência é instável e condicionada a um controle materno.

1.2.2. O início da imposição de regras parentais

Depois de completar um ano, as crianças começam a caminhar e desejam conhecer o mundo ao seu redor, explorando os ambientes e objetos da casa e se deparam com contextos proibidos. Para os pais, momentos de orgulho se misturam com novas preocupações e a imposição de regras para a segurança da criança se torna necessária (Campos et al., 2000; Ishak, Tamis-LeMonda & Adolph, 2007). Mães de crianças que iniciaram o caminhar aumentam o uso de proibições verbais (Campos et al., 2000), exigindo maior atenção e cuidados por parte delas.

Em situações de urgência, as proibições básicas são compostas por poucas sílabas (“não!” ou “pare!”) para rápida compreensão e efeito imediato no comportamento da criança. Muitas vezes o nome da criança é falado para chamar a atenção para situações de insegurança, seguido pelos “nãos”. Mães de crianças com doze meses utilizam avisos simples, que vão se tornando mais complexos e diversificados durante seu crescimento (Tamis-LeMonda, Adolph, Dimitropoulou & Zack, 2007). Interessante observar que, se a mãe diz “está quente”, a criança precisa inferir a mensagem sobre qual movimento apropriado usar (“não toque”) associada a consequências, talvez vivenciadas anteriormente, como uma queimadura.

Aos dois anos, as mães aumentam o uso de frases como “não bata” ou “não chute”, o que coincide com o aumento das habilidades de locomoção e exploração, ainda sem suficiente entendimento de perigo por parte das crianças. Há mudança de foco e os pais começam a fazer as repreensões relacionadas às demandas sociais, como a comportamentos interpessoais apropriados (“seja educado”), a certas regras de casa (restrições a barulhos, maneiras à mesa) e responsabilidades dentro de casa (“pegue seus brinquedos”, “ajude a arrumar”). Aos três e quatro anos, os pais fazem esforços ainda maiores para que as crianças realmente obedeçam às rotinas familiares e sociais, protegendo-as de machucados e fazendo-as seguir regras diárias como hora de comer e hora de dormir. Neste período também, com a expansão de seus contatos sociais, as crianças começam a questionar regras, perguntando o “por quê” delas e passam a respeitá-las somente quando entendem a razão de cada uma. Compreensão e obediência a regras, como “você não pode aparecer pelado na frente de outras pessoas”, “não pode brigar na escola”, exigem outro nível de especialização. Um forno quente é perigoso, porém banir a criança totalmente da cozinha pode não ser saudável e fortalecer a regra de se afastar do forno quente pode ser uma solução (Gralinski & Kopp, 1993).

Conforme a criança cresce, os pais diminuem os comandos que chamam a atenção para sua proteção e aumentam os comandos que preconizam cuidar de si mesmo, a respeitar os objetos dos outros e as normas sociais (Forman, 2007).

Em sua pesquisa, Gralinski e Kopp (1993) observaram em casa que as mães de crianças de 13 meses se reportaram a regras dentro de quatro categorias: cuidados, proteção, respeito e atrasos. Aos 18 meses, elas requisitaram obediência de suas crianças em média mais da metade das vezes dentre as sete categorias (cuidados, propriedade, hora da comida, maneiras, autocuidado, rotinas familiares e respeito). Aos 30 meses, foi encontrada similaridade nas requisições de regras para todas as categorias, exceto autocuidados.

O planejamento permite à criança antecipar, organizar e executar ações que exigem várias etapas. Gauvain e Perez (2008) investigaram se a obediência da criança regularia a instrução materna durante uma tarefa em que era necessário um planejamento em conjunto. Participaram do estudo 40 díades com crianças entre quatro e cinco anos, em tarefas de resolução conjunta de problemas. Os resultados indicaram que as mães de crianças

desobedientes forneciam pouca assistência cognitiva e eram mais negativas e diretivas em seus comandos do que as mães de crianças obedientes, além de apresentarem mais antecipação de possíveis problemas de comportamento.

Esta estratégia materna de antecipar o comportamento de seus filhos, prevenindo possíveis problemas, foi observada em uma pesquisa feita dentro de um supermercado, por Holden, em 1983, pois ele acreditava que, em casa e no laboratório, a mãe se sentiria constrangida em dar disciplina para seus filhos. Foram observadas díades em que as crianças tinham idade média de três anos (entre 27 a 34 meses). Os resultados mostraram que aos dois anos e meio, as crianças usavam mais comportamentos motores inadequados, exigindo em 86% dos casos que suas mães usassem poder assertivo, talvez em função de proteção, para que a criança não caísse do carrinho, por exemplo. As mães relataram preferir ir ao supermercado pela manhã, pois sentiam ser o horário em que suas crianças se comportavam melhor. Para monitorar as compras, as mães mostraram várias atitudes táticas, como fornecer razões, usar poder assertivo, calar-se ou concordar em comprar o que a criança queria. Muitas mães apresentaram o que o autor chamou de controle proativo, no qual elas iniciavam uma conversa ou desviavam a atenção da criança para outro assunto antes de elas se interessarem por aquilo que a mãe já sabia que seria motivo de conflito entre eles. Esta habilidade proativa também permitia o diálogo entre o que era permitido comprar e o porquê, ensinando também qual comportamento seria adequado dentro de um supermercado.

Gauvain e Perez (2008) verificaram que as crianças que apresentam formas de desobediência como ignorar passivamente ou serem desafiantes fazem com que suas mães usem respostas mais diretivas. Formas consideradas como uma desobediência habilidosa como a negociação ou a recusa simples estão associadas ao uso de diálogo e sugestões por parte de suas mães (Kuczynski et al., 1987).

Crianças que não obedecem às demandas de seus pais, fazem com que eles utilizem mais comandos e desaprovação em relação a criança. Deve ser observado se na verdade a criança não entendeu a tarefa, não escutou direito ou a tarefa é nova ou difícil para a criança. Os pais devem direcionar as instruções para receber colaboração da criança com fala estruturada, explicando a tarefa ou regulando o comportamento da criança (Gauvain & Perez, 2008).

Se a mãe fala com seus filhos sobre seus sentimentos, num clima de calor emocional, e explica como suas atitudes podem afetar os outros, facilita o desenvolvimento da cooperação nas crianças (Ruffman, Slade, Devitt & Crowe, 2006), favorece a obediência (Maccoby & Martin, 1983) e promove a capacidade na criança de ajudar outras pessoas (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow & King, 1979). Foram encontradas associações entre explicações maternas carregadas de afeto, e o comportamento prossocial das crianças aos dois e três anos de idade. As explicações sem afeto não eram efetivas. A configuração das práticas dos pais parece influenciar a eficácia das induções (Zahn-Waxler, et al., 1979), porém Pettit, Dodge e Brown (1988) verificaram que crianças socialmente excluídas apresentavam padrões desviantes de processamento das informações sociais.

Assim que a criança desenvolve sua noção de autonomia, ela também se torna capaz de comunicar melhor sua resistência intencional ao controle e a usar outras formas de resistência (sem imposição). Entre os dois e três anos de vida, a criança adquire formas de resistência mais ativas, sobrepujando a forma anterior de uma desobediência passiva (Kuczynski & Kochanska, 1990).

O comportamento de desobediência pode ser visto como uma estratégia da criança em persuadir seus pais a modificarem ou desistirem de seus pedidos ou de suas ordens. Nesta perspectiva, os comportamentos de desobediência variam em sua qualidade e habilidade como uma estratégia social. Algumas maneiras de dizer “não” são mais sutis e persuasivas do que outras (Kuczynski & Kochanska 1990). Essas formas refletem diferentes níveis de capacidades sociais: a criança pode ignorar seus pais (desobediência passiva), podem iniciar uma disputa quando recebem as ordens (reivindicação, negociação, recusa) ou podem rejeitar totalmente as demandas dos pais (desafio) (Kochanska & Aksan, 1995).

Kuczynski e Kochanska (1990) encontraram variações na forma como as crianças dizem “não” durante o percurso de desenvolvimento infantil. Até a criança chegar à fase “crítica” do negativismo, ela passa por fases que se iniciam com o decréscimo do uso da desobediência passiva, expressados por resistências intensas ao controle dos adultos. O que parece mudar não é o motivo de adquirir autonomia, mas a habilidade através da qual ela é expressa, demonstrando um aumento da capacidade cognitiva. Na forma mais atrevida de dizer “não”, o desafio direto diminuiu em frequência durante os dois até os cinco anos,

apresentando-se, porém, com maneiras mais habilidosas de expressar resistência, através de recusas simples e negociações, que aumentam com a idade.

Na classificação inicial de estratégias de desobediência na infância proposta por Kuczynski e Kochanska (1990), a negociação foi caracterizada como resistência ativa sem dizer explicitamente “não”. A recusa simples difere de outras formas de desobediência, pois esta seria uma forma mais competente e mais autônoma do que o desafio. As crianças, ao agirem desta forma, teriam mais confiança em si mesmas, ao invés de terem como objetivo apenas resistir ao adulto. Do ponto de vista de habilidades sociais, a recusa simples e direta representa uma categoria intermediária, pois não seria aversiva tal como o desafio, porém não é indireta nem persuasiva como a negociação. Na prática, a recusa simples mostra algumas características de formas de desobediência competente e não competente.

As estratégias de desobediência da criança podem influenciar o comportamento dos pais: crianças que usam formas mais diretas e aversivas de desobediência tendem a usar estratégias coercivas quando pedem algo para suas mães e crianças que usam formas habilidosas de resistência ao controle materno usam persuasão ao tentar influenciar suas mães. As crianças que mostraram suas habilidades de autonomia através de recusas simples mostraram ter menos problemas de comportamento aos cinco anos de idade (Kuczynski e Kochanska, 1990).

Para que uma estratégia de desobediência pudesse ser considerada inábil precisava ser aversiva e diretamente oposta ao que foi solicitado pelos pais à criança. Por exemplo, “desafio direto”, frequentemente acompanhada por um descontrole da raiva, seria considerada não estratégica (ou uma estratégia não habilidosa) porque seria percebido pelos pais como direto e aversivo. Recusa simples seria considerada como uma estratégia intermediária em termos de habilidades porque é direta, porém não aversiva. Finalmente, a negociação, que ensaia persuadir os pais a modificarem suas demandas por intermédio do oferecimento de recompensas, promessas ou explicações, é relativamente indireta e não aversiva como uma estratégia social (Kuczynski & Kochanska, 1990).

As pesquisas em socialização antes dos trabalhos de Kuczynski e Kochanska indicavam que alguma forma de obediência era importante para o relacionamento das crianças pequenas com seus pais. Os autores introduziram um novo modelo propondo que

a desobediência possui funções positivas no desenvolvimento social, provendo um contexto para a criança que: 1) afirma sua autonomia dentro da relação com seus pais e 2) desenvolve estratégias e habilidades sociais que expressam sua autonomia de uma maneira socialmente aceitável (Kuczynski & Kochanska, 1990; Kochanska, Tjebkes & Forman, 1998).

Para a compreensão do desenvolvimento da competência social é necessário considerar as práticas educativas parentais, isto é, o comportamento efetivo e consistente dos pais no sentido de reduzir os comportamentos inadequados da criança e de estimular a ocorrência de comportamentos socialmente adequados. Em um ambiente contingente, a criança sabe quais comportamentos levarão a conflitos e quais produzirão encorajamento e afeto. Desta forma, as práticas parentais não contingentes promoveriam o desenvolvimento de competências sociais pobres e de comportamentos antissociais (Paterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989).

Independentemente da susceptibilidade diferencial, as pesquisas mostram efeitos a longo prazo da experiência inicial e a importância do tipo de participação dos pais. Por exemplo, Kerr, Stattin & Özdemir (2012) mostraram que as reações dos pais aos problemas de externalização de seus filhos adolescentes têm forte relação com calor emocional e controle e pouca relação com suporte autônomo, percebidos pelos adolescentes.

No tópico a seguir, faremos um percurso sobre o histórico da distinção entre os termos práticas educativas e estilos parentais, definindo cada um deles e posteriormente identificando cada prática educativa parental e como elas influenciariam o desenvolvimento do comportamento prosocial infantil.

1.2.3. Práticas educativas e estilos parentais

Os trabalhos sobre práticas educativas e estilos parentais tiveram seu início nas décadas de 1970 e 1980 com os trabalhos de Diana Baumrind e Martin Hoffman e atualmente estão sendo revistos, pois trazem um novo olhar para questões atuais de moralidade, retomados com novas perguntas decorrentes das mudanças ocorridas na sociedade e na composição familiar (Carlo et al., 2007; Dallaire & Weinraub, 2005). As práticas educativas parentais são úteis para entender o papel dos pais no desenvolvimento prosocial, pois práticas específicas estão de certa maneira relacionadas a comportamentos prosociais específicos.

Em seu trabalho sobre socialização, Baumrind (1980) concluiu que não era possível considerar isoladamente atributos parentais como punição, calor emocional ou controle, sugerindo que os efeitos parentais dependiam de “padrões complexos de atributos”, identificando-os como estilos parentais.

Baumrind fez a distinção entre três tipos de cuidados parentais: autoritativo (calorosos e suficientemente controladores), autoritário (controladores e restritivos) e permissivo (sem controle). Maccoby e Martin (1983) estenderam a tipologia utilizada por Baumrind, baseados na combinação de calor emocional/responsivo, não responsivo/rejeição e restritivo/exigente, permissivo/pouco exigente e adicionaram um quarto estilo caracterizado como negligente/falta de envolvimento.

Holden e Edwards (1989) revisaram as publicações de 1899 a 1986 acerca das práticas parentais, com instrumentos que incluíam as atitudes parentais nos cuidados, assim como as práticas, crenças e valores. Eles encontraram 83 tipos diferentes de questionários que avaliavam o conteúdo das práticas. Entre os 83 questionários encontram-se listados: o PARI (Parent Attitude Research Instrument), desenvolvido por Schaefer e Bell, sendo o instrumento mais utilizado desde 1958; o instrumento desenvolvido por Baumrind em 1971 (Parent Attitude Inquiry – PAI); o desenvolvido por Rothbart e Maccoby em 1966 (sem título); Crockenberg e Smith em 1982 (Prenatal Maternal Questionnaire); e de HeideMarie Keller e colaboradores (ainda sem título em 1984).

Devido à grande variedade de questionários, houve a necessidade de diferenciar as terminologias “práticas educativas” e “estilos parentais” e de criar uma metodologia adequada para unificar as pesquisas na área. Tentando resolver esse impasse entre as terminologias, Darling e Steinberg (1993) propuseram as diferenciações entre estilos e práticas parentais. Porém as divergências na literatura quanto ao uso dos termos se mantêm até a atualidade, como por exemplo, as práticas educativas parentais podem ser encontradas como estratégias ou técnicas educativas.

No modelo proposto por Darling e Steinberg (1993), as práticas parentais e os estilos parentais são resultados de metas e da manutenção de valores parentais. Cada um desses atributos parentais influencia o desenvolvimento da criança de uma maneira diferente. As práticas parentais possuem um efeito direto no desenvolvimento de comportamentos específicos como maneiras de se portar à mesa ou ter um bom desempenho acadêmico. Os pais ajudam diretamente seus filhos por intermédio destes mecanismos e objetivam sua independência e responsabilidade, para que possam cumprir seu papel social, respeitando as regras e os valores da cultura (Darling & Steinberg, 1993; Mussen, Conger, Kagan & Huston, 2001).

Os estilos parentais referem-se ao conjunto de atitudes parentais direcionados à criança, e são expressos parcialmente através das práticas parentais, pois é por meio desses comportamentos que as crianças inferem na atitude emocional de seus pais. Os estilos parentais permanecem os mesmos, independentes do contexto, enquanto que as práticas educativas variam de acordo com as situações, o contexto e as etapas do desenvolvimento infantil. Sendo assim, dentro do mesmo estilo parental, podem se observar diferentes práticas parentais (Darling e Steinberg, 1993; Oliveira et. al, 2002).

Um exemplo da possibilidade da utilização das duas análises em conjunto aparece na pesquisa descrita a seguir, na qual foi avaliado se os pais conseguiam colocar em prática aquilo que eles diziam acreditar como importante para a socialização de seus filhos. Liebal, Reddy, Hicks, Jonnalagadda e Chintalapuri (2011) investigaram dois grupos de culturas diferentes (Inglaterra e Índia) quanto às práticas de socialização e as práticas educativas. Analisou-se a frequência com que eles davam as diretivas à criança, as repetições e como eles aceitavam (e se aceitavam) as desobediências de seus filhos. Ambos os grupos relataram ser importante para a criança obedecer quando ela estivesse em situações de

perigo e reportaram possuir estratégias para lidar com a desobediência de seus filhos. Na Inglaterra, os pais disseram promover treinamento orientado à obediência, enquanto que na Índia, declararam não reagir à desobediência por acreditar que seus filhos irão desenvolver a obediência com a idade. Apesar das diferenças declaradas pelos pais nas duas culturas, os escores de comandos não variaram entre elas. As diretivas parentais foram precoces, indicando uma comunicação distal, positivas inicialmente e envolviam a repetição do conteúdo e aumentaram sua frequência com o aumento da idade em ambos os grupos. As respostas de obediência foram maiores na Índia do que na Inglaterra.

Devido à natureza multidimensional de parentalidade, existe uma extensa variedade de medidas e de diferentes aspectos, para acessar as atitudes dos pais, os estilos parentais, a satisfação parental, a competência ou crenças de autoeficácia, o estresse parental e as habilidades e comportamentos parentais. Dentre essas formas de observação da parentalidade têm sido realizadas observações naturalísticas (normalmente feitas em casa), observações em laboratório (tarefas padronizadas a partir da observação da interação entre pais e criança), entrevistas semiestruturadas (autorreportadas ou não) ou ainda uma combinação destes métodos (Smith, 2011).

Entre as medidas existentes, segundo o levantamento realizado por Smith em sua revisão de 2011, um dos mais usados é o inventário HOME (The Home Observation for Measurement of the Environment). É uma avaliação por escalas, que abarca vários aspectos de parentalidade, como o comportamento de cuidados e as relações entre os pais e a criança. Ele foi descrito inicialmente como um inventário para medir a qualidade e a quantidade de estimulação e suporte disponível no ambiente familiar à criança, ao invés de avaliar a parentalidade.

Optamos por utilizar a observação em laboratório por meio da tarefa “recolher os brinquedos”, por se tratar de uma pesquisa longitudinal, com um protocolo sequencial que envolve várias tarefas.

Os estudos das práticas parentais ao longo dos anos vêm sendo desenvolvidos como se fossem sinônimos. O percurso metodológico e histórico que traçamos nos conduziu a conclusão de que os termos “prática” e “estilos” não se sobrepõem, como verificado acima no trabalho de Darling e Steinberg (1993). Atualmente alguns estudos apontam para essa

distinção, dessa forma, descreveremos a seguir os tipos de práticas educativas parentais, baseadas no trabalho de Hoffman.

1.2.3.1. Tipos de Práticas Educativas Parentais

Hoffman (2000; 1982; 1963) fez uma distinção entre as práticas educativas parentais, classificando-as em práticas indutivas e práticas coercitivas. As práticas indutivas indicam à criança as consequências de seu comportamento para as outras pessoas, chamando atenção para a sequência dos fatos decorrentes de seus atos, solicitando, assim, uma mudança de comportamento. As práticas coercitivas não indicam à criança as possíveis repercussões de suas ações, podendo ter como característica a aplicação direta da força física ou verbal dos pais.

1.2.3.1.1. As Práticas Educativas Indutivas

As práticas educativas indutivas ou de internalização de informações são consideradas estratégias não-punitivas, pois incluem explicações, esclarecimentos sobre as consequências de ações indesejáveis e apelos para o orgulho da criança ou para o desejo de sucesso. O êxito na aplicação de técnicas indutivas depende da boa comunicação entre pais e filhos, bem como da compreensão da criança e da capacidade para internalizar as razões fornecidas pelos pais (Mussen et al., 2001).

Elas incentivam a maturidade moral de seus filhos, a reflexão e o comportamento moral, a capacidade de sentir vergonha e culpa. A disciplina indutiva que orienta a criança em relação aos sentimentos dos outros é eficaz para motivar o respeito às regras e regulamentos.

O foco está na ação da criança e seus desdobramentos mais do que nos pais como um agente disciplinar. Desta maneira, ao longo do tempo, a criança irá se lembrar da relação causal entre suas ações e as repercussões nos outros, ao invés da pressão externa ou

do contexto disciplinar específico. As induções também podem estar focadas nas consequências do comportamento para outra pessoa (parente ou pessoa envolvida na situação).

A conversa, o diálogo, as explicações fazem parte desta categoria e promove a base para o autocontrole (Kuczynski, 1983). As explicações são recomendadas para aumentar a internalização de regras e normas sociais, contudo, explicações muito longas podem não promover na criança a obediência efetiva esperada (Hakman & Sullivan, 2009). As crianças precisam de mais frases encorajadoras do que punitivas quando as tarefas são difíceis ou em situações que elas não entendam.

A internalização das mensagens dos pais depende da percepção acurada da criança a respeito da mensagem (incluindo o conteúdo, as regras implícitas e o sentimento na mensagem) e a aceitação da mensagem pelas crianças. A responsividade dos pais ou espontaneidade em obedecer aos desejos das crianças promove a espontaneidade em obedecer aos desejos dos pais (Grusec & Goodnow, 1994). Todavia, é importante examinar a clareza das mensagens dos pais e variáveis relacionadas à aceitação das mensagens pelas crianças como moderadores da relação entre as induções dos pais e o comportamento pró-social infantil (Eisenberg & Fabes, 1998). Os efeitos das explicações dependem do contexto do diálogo com a criança (Kuczynski, 1983).

A habilidade de argumentação se inicia em situações familiares, quando as crianças justificam seus atos aos pais, irmãos e pares. Tanto em seus comportamentos como em suas palavras, as crianças mostram um entendimento de posse, direito, benefício e justiça (Hay & Cook, 2010).

Carlo et al. (2007) pesquisaram as práticas parentais de pais de 233 adolescentes (idade média de 16,7 anos) dos Estados Unidos e encontraram que houve um efeito indireto da simpatia entre as práticas parentais e o comportamento pró-social. Houve uma forte relação entre as conversas dos pais com seus filhos adolescentes e a promoção de comportamentos pró-sociais. Conversas, recompensas sociais estavam relacionadas a uma alta internalização e altos níveis de comportamento pró-social, exceto em público. Práticas parentais estavam associadas ao comportamento pró-social sob o efeito indireto da simpatia, o que não foi encontrado para os estilos parentais.

1.2.3.1.2. As Práticas Coercitivas

As práticas coercitivas são conhecidas como técnicas punitivas de disciplina ou de poder assertivo (ameaças, retirada de privilégios ou a punição física). Ao contrário das práticas indutivas, o poder assertivo tem sido associado a uma orientação moral externa, ou seja, as crianças atribuem seus atos a motivos externos como o medo (de serem descobertas ou punidas) (Eisenberg e Fabes, 1998; Kuczynski, 1983). O estilo parental de autoritarismo ou punitivo não promove a internalização de valores morais e pode inibir o desenvolvimento moral (Mussen et al., 2001).

É difícil avaliar os efeitos de diferentes métodos de disciplina por diversas razões: 1) as técnicas disciplinares funcionam melhor no contexto de uma relação afetiva e segura entre pais e filhos; 2) os pais, em sua maioria, usam combinações de métodos; 3) o tipo de disciplina depende em parte das respostas iniciais da criança (Mussen et al., 2001).

Optou-se por não classificar as atitudes das mães com tipologias como estas de Hoffman, visto que houve a combinação de métodos, desta forma analisou-se os comandos (diretos e indiretos) e outros comportamentos apresentados.

1.2.4. Pesquisas no Brasil

No Brasil, várias pesquisas foram realizadas sobre a relação entre práticas parentais e aspectos do desenvolvimento da criança, tais como a autorregulação em crianças com idade entre 17 e 22 meses de idade (Seidl-de-Moura et al., 2012), indicadores de problemas de externalização e competência social aos 30 meses de vida da criança (Alvarenga & Piccinini, 2009), estabilidade e as mudanças nas práticas educativas paternas e maternas entre os 18 e 24 meses da criança (Alvarenga, Piccinini, Frizzo, Lopes & Tudge, 2009), em relação a filhos únicos e primogênitos de famílias com dois filhos (Freitas & Piccinini, 2010) e a influência do gênero (Sampaio & Vieira, 2010).

Marin, Piccinini, Gonçalves e Tudge (2012) estudaram associações entre as práticas educativas parentais e competência social de crianças com seis anos de idade. Os pais responderam uma entrevista sobre as práticas educativas e o sistema de avaliação de competências sociais. Os participantes fizeram parte do “Estudo Longitudinal de Porto Alegre: da gestação à escola” – ELPA, com 81 gestantes que esperavam seu primogênito. Verificou-se que mães com nível socioeconômico baixo apresentavam o uso maior de práticas coercitivas e seus filhos mais problemas de internalização, enquanto as mães com nível socioeconômico alto relataram uso de práticas indutivas. A cooperação das crianças estava relacionada ao uso de comandos diretos ou de reforço contingente, bem como sugestões ou orientações parentais. As mães de meninas tiveram maiores médias na avaliação do comportamento de autocontrole e no escore total de competência social. Os pais e as mães valorizaram o uso de métodos não coercitivos, como explicar e negociar.

Motta, Falcone, Clark e Manhães (2006) investigaram a relação entre as práticas educativas e os níveis de empatia em 77 crianças, 37 das quais viviam em abrigos e 40 em casa, com idades entre seis e doze anos. Os resultados mostraram que as crianças que viviam no lar eram mais empáticas, seus educadores eram menos punitivos, mais calorosos, mais interessados nas atividades das crianças e menos propensos a oferecer recompensas para comportamentos inadequados. O abrigo que mais se assemelhava a um lar atingiu os melhores resultados na atribuição de tarefas e na premiação. Este trabalho mostrou a forte relação entre o desenvolvimento da empatia nas crianças com práticas educativas mais positivas.

1.3. Síntese

A socialização das crianças ocorre por intermédio das interações com pessoas mais próximas (amigos e familiares). Quando a díade está em uma relação de atividades compartilhadas, o fluxo de seus comportamentos torna-se interligado, assim como numa dança: há uma porção recíproca de atos comunicativos que dependem da resposta recíproca do outro. Cada participante possui uma influência bidirecional, promovendo o

fortalecimento ou consequências aversivas para o comportamento do outro. É um processo recíproco de interação (Maccoby, 1992; Morelen & Suveg, 2012).

Quando ocorrem ciclos coercivos frequentes entre a criança e seus pais, pouco a pouco a aquisição de comportamentos prossociais e as habilidades positivas de interação social sofrem interferência. Este comportamento ocorre, porque o ciclo coercivo não permite à criança ganhar experiência em atividades compartilhadas com outros (Carpendale & Lewis, 2004). Parece que é o que ocorre nas relações familiares onde um dos pais possui um quadro psiquiátrico, como por exemplo a depressão.

O modelo apresentado pelos pais como estratégias de controle tem uma importante influência nas interações iniciais, possuindo um papel indireto na aquisição de habilidades das crianças, quando começam a adquirir um repertório mais amplo de comportamentos sociais, aprendidos, em parte, por observação e por imitação.

O uso das habilidades se amplia conforme a criança aumenta sua capacidade linguística e sua capacidade cognitiva para entender e aceitar as explicações de seus pais. Porém o ambiente, a qualidade de interação pais-criança, os contextos sociais diferentes e a forma de transmitir a mensagem para a criança interferem no modo como são apreendidas (Howes & Olenick, 1986). Com esse foco, nos propomos a investigar se a ocorrência da depressão materna influencia no comportamento prossocial infantil, pois, ao explorarmos o contexto sócio afetivo de criação no qual a criança está inserida, percebemos que a depressão materna pode interferir nas práticas parentais da mãe e da família.

As trocas iniciais entre a mãe e a criança são fundamentais para o seu desenvolvimento. Na existência de um quadro depressivo, observa-se uma ausência de sincronia na comunicação verbal e gestual, nas interações face a face e nas brincadeiras iniciais da díade. A depressão parece interferir no desenvolvimento prossocial da criança, observável pela prática parental e por outros caminhos que vão se acumulando no curso do desenvolvimento infantil.

A seguir serão apresentadas questões específicas relacionadas à depressão materna e os efeitos na interação mãe-bebê e, para introduzir o tema da depressão, os seguintes tópicos serão apresentados: definição, incidência, fatores de risco, cronicidade e, posteriormente as práticas e a socialização.

1.4. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

1.4.1. O que é depressão pós-parto

A depressão pós-parto (DPP) é um episódio depressivo que tem início durante o primeiro ano no pós-parto. Os sintomas de depressão após o parto encontram-se fortemente associados a sintomas depressivos na gravidez, sugerindo-se o uso da nomenclatura “depressão perinatal” para abordar o período da gestação até um ano após o parto (Austin, 2004). Os sintomas são:

1. humor deprimido e tristeza demonstrando perda de interesse nas atividades diárias,
2. alterações do sono (insônia ou hipersônia),
3. perda ou aumento de apetite e de peso,
4. sensação de diminuição da energia,
5. agitação ou lentidão psicomotora,
6. sentimentos de culpa e desmerecimento,
7. comportamento suicida (que podem variar entre pensamentos, planos e tentativas),
8. dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões (APA - American Psychiatric Association, 1994).

O diagnóstico do transtorno depressivo é feito quando cinco desses sintomas são identificados, sendo que um deles deve ser tristeza ou diminuição de interesse e prazer em quase todas as atividades e que os sintomas permaneçam por, no mínimo, duas semanas (DSM IV – APA, 1994).

Os critérios adotados para o diagnóstico da depressão pós-parto, segundo os manuais, são iguais ao adotado para o episódio depressivo no que se refere ao tipo, duração ou intensidade dos sintomas, porém eles se diferenciam somente quanto ao período de início (CID – 10 – OMS, 1997; DSM-IV – APA, 1994).

Os episódios podem variar entre um curto período de depressão até cinco anos após o parto ou mais, segundo Wachs, Black e Engle (2009) ou dentro de poucas semanas os sintomas podem desaparecer ou podem permanecer por meses depois do parto (Johnson & Flake 2007).

1.4.2. Incidência

A depressão tem se tornado um problema alarmante com taxa populacional crescente. Conforme destacado por Workman e Reader (2008), há a previsão de que em 2020 seja o segundo maior problema de saúde pública mundial, perdendo apenas para as doenças cardíacas.

Estudos em diferentes ambientes socioculturais têm mostrado uma incidência de depressão nos primeiros seis meses pós-parto (DPP) em torno de 10 a 20%. A prevalência de depressão materna em países de renda baixa e média é estimada de 15 a 28% na África e Ásia, 28 a 57% no Paquistão e 35 a 50% na América Latina. Brum e Schermann (2006) investigaram a prevalência da depressão pós-parto materna no Rio Grande do Sul (Pelotas) e encontraram o índice de 19,1%.

A prevalência relativamente alta de depressão materna nesses países pode estar relacionada a vários fatores de risco como: conflitos, desastres, violência, imigração e alta prevalência de AIDS (Silva, 2013; Wachs et al., 2009). A prevalência da depressão variando entre 0,5% a 62,8% confirma que aspectos sociais, econômicos e culturais podem ter maior influência sobre a ocorrência desse transtorno. O modelo de metarregressão utilizado por Silva (2013) indicou que as variáveis do instrumento para identificar a DPP, o índice de desenvolvimento humano (IDH) do país, o delineamento de pesquisa e o tamanho amostral foram preditores significativos da prevalência de DPP.

Entre os indivíduos que apresentaram um episódio de depressão, acima de 80% têm mais de um episódio e dentro de dois anos existe a reocorrência em aproximadamente 50% dos que apresentaram um episódio de depressão maior (Goodman, 2007).

1.4.3. Fatores de risco

Fatores de risco para a depressão pós-parto indicam possíveis causas de ordem individuais (por exemplo: depressão pré-natal, baixa autoestima e ansiedade) e fatores contextuais (por exemplo: isolamento social, adversidades econômicas, gênero da criança, gravidez não desejada ou não planejada e condição marital) (Boyce, 2003; Murray, Halligan & Cooper, 2010; Sohr-Preston & Scaramella, 2006; Wu, Selig, Roberts & Steele, 2011). Henshaw (2003) constatou que a tristeza profunda e a euforia são possíveis preditores para uma depressão pós-parto posterior e parece ser um índice de vulnerabilidade afetiva. As causas para a DPP não seriam somente associadas a mecanismos biológicos, como um declínio dos níveis hormonais, porém associados aos biológicos e combinados com outros fatores: obstétricos, sociais e psicológicos que podem influenciar seu desenvolvimento (Cooper & Murray, 1997; Schwengber & Piccinini, 2003).

Os prejuízos relacionados à depressão podem ser amplos e persistentes assim como as pesquisas indicam que têm um efeito nas relações interpessoais (Wachs et al., 2009).

A depressão pós-parto possui uma etiologia multifatorial (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005), sem formar um quadro homogêneo (Hatzinikolaou & Murray, 2010). O transtorno materno é quase sempre acompanhado por maiores adversidades, pois elas fazem parte dos processos causais e desta maneira as interações mãe-bebê podem ser particularmente afetadas (Murray et al., 2010).

1.4.3.1. Cronicidade

Há muitas possibilidades de variações na intensidade, duração e reincidência da depressão materna e que, podem afetar diferencialmente o desenvolvimento da criança (Campbell et al., 2004). Sintomas depressivos oscilantes ao longo do desenvolvimento infantil terão um efeito mais negativo na qualidade da interação mãe-bebê do que sintomas que ocorrem num curto período de tempo na vida da criança (Schwengber & Piccinini,

2004), principalmente em contextos com adversidades proeminentes, nas quais a depressão tende a ser crônica e onde a responsividade materna e a sensibilidade à criança esteja particularmente comprometida (Murray et al., 2010).

A cronicidade da depressão pós-parto tem um papel importante no desenvolvimento do apego, entretanto este efeito pode ser minimizado pela sensibilidade materna (Campbell et al., 2004; Murray et al., 2010; NICHD, 1999). Outro exemplo de como a depressão pode ser prejudicial para o senso de autonomia e para o desenvolvimento social infantil é quando ela que se prolonga aos dois anos de vida da criança, pois segundo Campbell et al. (2004) falta uma pessoa que ensine e corrija as ações antissociais. Hammen et al. (1987) demonstraram que quanto mais próximos a depressão materna e o momento de avaliação da criança, mais problemas de comportamento aforam constatados. Neste mesmo sentido, Kim-Cohen et al. (2005) mostraram que a persistência da depressão nos cinco primeiros anos está associada a problemas de comportamento.

Mães com depressão crônica foram mais hostis e críticas e seus filhos demonstraram baixos níveis de entusiasmo e persistência e altos níveis de frustração, em tarefas de resolução conjunta de quebra-cabeças (Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme & Guskin, 1995). Campbell et al. (2007) também demonstraram que quanto mais crônica a depressão materna, maior é a falta de suporte para a regulação emocional da criança e menor estimulação cognitiva por meio do diálogo com seus filhos.

Petterson e Albers (2001) encontraram modesta associação entre a depressão materna pós-natal e o funcionamento cognitivo da criança aos três anos, porém mostraram que depressão severa e crônica estava associada a um pobre resultado cognitivo na criança, independente da renda familiar. Brennan et al. (2000) em seu estudo encontraram mais efeito negativo de episódios mais tardios no desenvolvimento infantil.

Nem todos os trabalhos sobre DPP apontam efeitos negativos no desenvolvimento dos filhos, embora haja um conjunto robusto de indicadores neste sentido. Sendo assim, o conjunto de dados aponta a relevância de se estudar a questão, pois a DPP não deve ser entendida como um quadro linear visto haver certa complexidade dos fatores envolvidos. Seus efeitos devem ser entendidos num contexto mais amplo de fatores.

1.4.4. Mecanismos de transmissão de risco para o desenvolvimento da criança

Existem várias teorias que tentam explicar os possíveis mecanismos pelos quais ocorre a transmissão de riscos para a saúde dos infantes de mães deprimidas. Goodman e Gotlib (1999) propuseram um modelo explicativo integrando quatro mecanismos pelo qual a depressão materna se associa a riscos para a saúde de seus filhos: a hereditariedade, mecanismos neurorregulatórios inatos, exposição à cognição, comportamentos e afeto negativo e exposição ao ambiente estressante.

Os índices de hereditariedade são encontrados em diferenças individuais como no comportamento inibitório, timidez, baixa autoestima, neuroticismo, sociabilidade, bem-estar subjetivo, expressão das emoções negativas. Desta maneira, segundo Goodman (2007) é possível que haja transmissão genética da vulnerabilidade da depressão.

O segundo mecanismo se refere à possibilidade que as crianças de mães deprimidas tenham nascido com disfunção nos mecanismos de regulação emocional e consequentemente com vulnerabilidade à depressão; além disso, as crianças podem estar expostas a condições pré-natais que enfraquecem seu sistema psicobiológico. Os estudos de Field (2012, 1997) corroboram essa teoria, mostrando que há um aumento do nível de cortisol durante a gravidez, associado à depressão.

A exposição à cognição negativa se refere a como a mãe deprimida se auto-avalia para cuidar de seus filhos. Elas se autoavaliam como incompetentes para criar e influenciar positivamente seu filho (Gelfand & Teti, 1990; Kochanska et al., 1993b; Lucci, Morais & Otta, 2011) e são mais críticas, com percepções negativas de seus filhos e das reais potencialidades deles (Goodman et al., 1994). As crianças, expostas a esta forma de pensar e agir de suas mães, de alguma maneira, internalizam a forma negativa com que suas mães as percebem. As mães deprimidas apresentam menos comportamentos interpessoais, soluções pobres para problemas e poucas habilidades de enfrentar problemas, e como consequência seus filhos desenvolvem estratégias menos ativas frente a afetos negativos. A crítica e a hostilidade podem levar à emergência de processos coercivos similares aos problemas de comportamento de externalizar sentimentos (Goodman, 2007), embora o

quarto mecanismo apontado se refira a um aumento da exposição da criança ao estresse por diversas formas, nesta situação (Goodman, 2007).

Ainda na busca de mecanismos que expliquem como a depressão materna pode afetar o desenvolvimento infantil, pesquisadores como Feldman (2012, 2007) sugerem que além da vulnerabilidade genética, as mães deprimidas são menos competentes em criar um ambiente saudável para seus filhos crescerem. Sua relação com o bebê é caracterizada por pouca sensibilidade, gama restrita de expressão de afeto e suporte inconsistente para o engajamento da criança em atividades. Ter uma mãe sensível é importante para que a criança desenvolva a habilidade em lidar com os processos sociais, a regular suas emoções negativas e administrar o estresse fisiológico.

A sensibilidade materna e o calor emocional, que cuidadosamente se adaptam aos sinais da criança e que são considerados fundamentais para o crescimento sócio emocional dela, promovem uma estimulação afetiva, vocal e tátil, consistentes e previsíveis. As mães deprimidas apresentam menos comportamentos interativos, provêm mínimo calor emocional e afeto positivo, tocam menos frequentemente seus filhos e são incapazes de construir uma sincronia afetiva com a criança (Feldman et al., 2009). A diminuta sensibilidade das mães deprimidas pode servir como um fator de risco adicional e interromper a consolidação das capacidades regulatórias precoces que contribuem para o crescimento cognitivo, fisiológico e sócio emocional.

Importa salientar que mecanismos individuais de risco estão ligados às questões interacionais de maneira complexa e criam caminhos diversos para o desenvolvimento da criança e para potenciais patologias. Percebemos mais uma vez o quanto a depressão possui características heterogêneas, os quatro níveis de explicações causais fornecidas por Goodman e Gotlib (1999) ilustram a heterogeneidade multifatorial da depressão, que será levada em conta na análise da presente pesquisa sobre possíveis problemas no desenvolvimento prossocial infantil.

1.4.5. Práticas de cuidados e educativas maternas no contexto da depressão

A constatação de taxas relativamente altas de DPP e as indicações de eventuais efeitos no desenvolvimento da criança conferem importância para investigações sistemáticas das origens e das consequências da depressão materna. Por exemplo, em revisão de Field (2010), foi indicado que muitas atividades de cuidados maternos estão comprometidas pelos efeitos da DPP, incluindo as práticas de alimentação, o aleitamento materno, rotinas de sono, visitas médicas e vacinações. As mães com alto escore de DPP paravam de amamentar entre quatro a 16 semanas após nascimento do bebê, dizendo-se insatisfeitas e apresentando diminuição de leite. Exemplos de problemas de sono incluíam: a mãe colocar a criança muito cedo para dormir, a criança ficar sem sono por até sete noites na semana, a criança dormir no quarto dos pais, entre outros. Em relação às visitas médicas, o que se observou é que as crianças recebiam menos atenção preventiva, não sendo levadas às consultas médicas.

Outros cuidados maternos inadequados observados por Paulson, Dauber e Leiferman (2006) por exemplo, foram os de colocar os bebês para dormir em posição inadequada, dar de mamar poucas vezes ou não amamentar e colocar a criança para dormir com a mamadeira e de apresentar práticas parentais inconsistentes com as recomendações recebidas. Nas interações diárias, os pais (pais e mães) deprimidos se engajam em menos interações positivas como contar histórias, ler para seus filhos e cantar músicas.

Os efeitos da depressão materna podem aparecer de modo mais acentuado quando a criança é muito pequena, porque ela é totalmente dependente de cuidados e de estimulação (NICHD, 1999). As consequências no desenvolvimento sócio cognitivo, emocional e nas interações mãe-bebê podem se manter residualmente mesmo quando a depressão materna é tratada (Forman et al. 2007).

Por outro lado, pesquisas como a de Piteo, Yelland e Makrides (2012) não encontraram evidências que sugerissem que a depressão materna nos primeiros seis meses de vida da criança esteja associada a problemas no desenvolvimento infantil aos 18 meses de idade. Eles encontraram que uma combinação de fatores de risco como desvantagem socioeconômica, prematuridade infantil, história prévia de depressão materna, ambiente

familiar empobrecido, tipo de ocupação materna e nível de educação são importantes preditores do desenvolvimento cognitivo infantil. Da mesma maneira, não foram encontradas diferenças quando avaliada a qualidade da interação entre a mãe e a criança (aos quatro meses) por meio de Escala de Disponibilidade Emocional - sensibilidade, não intrusividade, não hostilidade e responsividade da criança à mãe (Fonseca, Silva & Otta, 2010).

Os sintomas que definem a depressão materna (tristeza, perda de interesse, cansaço, irritabilidade - que podem estar associados com baixa sensibilidade materna) podem ser experienciados por parte dos filhos como um cuidado inconsistente, indisponibilidade ou rejeição, podendo refletir, conseqüentemente, no desenvolvimento de apego inseguro. A sensibilidade materna também é um moderador da associação entre sintomas depressivos e os efeitos no desenvolvimento infantil. A combinação de sintomas depressivos e uma baixa sensibilidade materna podem prever menos habilidades expressivas de linguagem aos 36 meses e a avaliação materna sobre seus filhos com sendo menos cooperativos e com mais problemas de comportamento (Campbell et al., 2004).

As crianças de mães deprimidas demonstram sinais de vulnerabilidade cognitiva à depressão, como responsabilizar-se por resultados negativos, apresentando estilo mais negativo, com menos adjetivos positivos para se autodescreverem, demonstrando baixo autoconceito (Goodman, 2007). Elas mostram menos apego seguro, ao interagir com suas mães deprimidas, apresentam uma obediência excessiva (Zahn-Waxler et al., 1992), no período da creche são mais excluídas por seus pares (Cummings, Keller & Davies, 2005) e meninos, porém não meninas, apresentam mais agressividade ao interagir com amigos.

Milan, Snow e Belay (2009) não encontraram a relação entre apego inseguro e o risco para a depressão infantil. Normalmente se encontra é que, as crianças que demonstraram comportamentos de apego inseguro e que mais tarde foram expostas à depressão materna, estariam vulneráveis a apresentar depressão.

Quanto ao comportamento das crianças aos 12 meses de idade, buscou-se avaliar se a construção do vínculo apego foi influenciada pela DPP materna (Vicente, 2009). Foram analisadas 85 filmagens e classificados os respectivos estilos de apego dos bebês. Verificou-se que bebês de mães com e sem indicativos de DPP foram, na sua maioria, classificados como seguros (82%), inseguros evitantes (10,3%) e inseguros

resistentes (6,9%). Tanto no grupo experimental (com DPP) quanto no sem indicativo de DPP, os índices de classificação de apego se mantiveram estáveis nas três categorias de apego.

Porém, nem todas as mulheres que reportam sintomas depressivos são desengajadas de seus filhos. Os efeitos no humor, os sintomas na qualidade da interação mãe-bebê e os efeitos na criança podem variar de acordo com o comportamento materno próximo à criança. Desta maneira, mulheres que reportam sintomas de depressão, mas são sensíveis e responsivas, podem ter crianças que não serão avaliadas como inseguras. Em contrapartida, os sintomas prolongados de depressão associados à insensibilidade materna, podem estar associados com altos índices de insegurança, pois expõe a criança a uma experiência contínua de rejeição e afeto negativo (Campbell et al., 2004; Murray et al., 2010).

1.4.6. Práticas educativas e o comportamento materno observado

Na literatura, a depressão tem sido associada a um comportamento materno de retirada, submissão, incapacidade de expressar raiva ou de expressar seus próprios desejos. Um importante fato a se observar é como características das crianças ou da mãe podem mediar a forma como a depressão se manifesta no comportamento parental e no desenvolvimento de psicopatologias. Como exemplos de moderadores infantis podem estar o temperamento, o gênero, as habilidades intelectuais e sociocognitivas (Goodman, 2007).

Cabrera, Fagan, Wight e Schadler (2011) acreditam que a depressão influencia a parentalidade pelo seu efeito na relação entre a díade pai-mãe. Pais com alto risco influenciam negativamente seus filhos, porque eles são menos disponíveis para criar de maneira positiva e efetiva. Pais menos responsivos provêm menos estrutura, monitoramento e disciplina, mães com depressão não conseguem manter a rotina nas atividades da criança (Goodman, 2007). O comportamento materno observado em mulheres deprimidas, por vezes, apresenta um estilo hostil e intrusivo ou coercivo e fomenta na criança um comportamento desregulado e angustiante. Para Hatzinikolaou e Murray (2010), a depressão estava associada a um estilo de interação materno menos sensível (tristeza, intrusividade ou comportamento ansioso). Mães deprimidas são

geralmente consideradas como mais irritadas, negativas, retraídas e evitam mais confrontos com seus filhos do que mães não deprimidas (Kuczynski & Kochanska, 1990), são mais hostis, desengajadas de seus filhos e apresentam poucas interações sociais positivas e poucas brincadeiras com seus filhos (Lovejoy, Grackyk, O'Hare & Neuman, 2000) evitam confronto direto, mesmo com seus filhos em idade pré-escolar (Kochanska, Kuczynski, Radke-Yarrow & Welsh, 1987). Desta maneira, os sintomas da depressão podem interferir na habilidade dos pais deprimidos em manter um tom emocional positivo e em se manterem positivos quando seus filhos estiverem frustrados (Nolen-Hoeksema et al., 1995).

Ainda sobre a relação entre práticas parentais específicas e a competência social infantil, demonstram-se associações entre hostilidade materna e práticas inconsistentes com comportamentos antissociais, e de responsividade e calorosidade materna com comportamentos prossociais (Baumrind, 1966). Métodos proativos como o diálogo têm sido relacionados ao desenvolvimento da competência social infantil. Segundo Putallaz (1987), mães que usavam declarações positivas (requisições educadas e sugestões) e eram agradáveis e menos exigentes tinham crianças que eram mais socialmente aceitas, mais positivas e menos ásperas em interações com pares.

Mães com indicadores de depressão apresentaram menos comportamentos de manter a atenção de seus filhos com um brinquedo, foram menos enfáticas na demonstração física e verbal de afeto e mais apáticas (Schwengber & Piccinini, 2004).

Experiências como trauma social, exposição à parentalidade incompetente, ser criado em ambiente que endossa valores sociais inapropriados e poucas oportunidades de interagir com pares contribuem para o desenvolvimento de habilidades cognitivas sociais incompetentes (Petit, Dodge & Brown, 1988).

O modo como as crianças lidam com emoções de angústia demonstrada pelos outros está significativamente relacionado às práticas específicas apresentadas pelas mães quando se encontram na mesma situação de aflição. Mães de crianças altruístas possuem uma boa comunicação com seus filhos, quando estes apresentam comportamentos transgressores. A influência materna deve ser consistente com mensagens referentes ao que é socialmente esperado (Zahn-Waxler et al., 1979)

Um aspecto da parentalidade que parece importar é se a responsividade parental é centrada na criança e esta característica é afetada pela cronicidade da depressão: mães com episódios deprimidos de curta duração são particularmente ansiosas sobre seu papel como mães, enquanto que as mães crônicas deprimidas possuem preocupações não direcionadas/centradas nas crianças (Murray et al., 2010). Patterson, DeBaryshe e Ramsey (1989) traçaram um percurso da delinquência e perceberam que ela era marcada por uma sequência de experiências, como as práticas parentais inadequadas (que por sua vez influenciam toda a interação familiar) e as desordens de comportamento que levam a possíveis problemas escolares, à rejeição dos colegas, que levam ao risco de transtornos do humor como a depressão. Eles observaram ainda que famílias de crianças antissociais são caracterizadas por uma educação com disciplina rigorosa e inconsistente, pouco envolvimento parental com a criança e pouca supervisão das atividades dela. Famílias com comportamentos estressantes demonstraram que mesmo que a criança tenha atitudes pró-sociais, ela é ignorada ou recebe respostas inapropriadas ao seu comportamento adequado.

Field, Hernandez-Reif e Diego (2006b) observaram que nas brincadeiras de interação face a face de mães deprimidas com seus filhos de três meses havia poucos comportamentos, como a vocalização e a imitação de expressões, gestos de seus filhos e ajuste do tempo e da forma de resposta. Esses comportamentos são importantes para que as crianças aprendam habilidades comunicativas como a troca de turno na conversa e ajudam na regulação da atenção e do afeto da criança. A depressão reduz a sincronia na interação entre as mães e seus filhos, afetando por sua vez, a habilidade materna de coordenar sua fala com seus gestos, mostrando uma insensibilidade, variando de intrusivas ao monótono, com comportamento arreado e sem engajamento ao outro. As crianças de mães deprimidas mostraram alto índice de angústia e contato social evitativo. Como consequência desta ausência de sincronia na interação face a face, foi constatado haver elevados níveis de cortisol nas crianças e nas mães deprimidas pós-parto, demonstrando causar um estresse fisiológico (Field et al., 1988).

As sequências temporais e os graus de contingências percebidos pelas crianças criam a expectativa de eventos futuros, facilitando o processamento de informações, a memória e a representação de eventos interpessoais. A interação regulatória contribui para o desenvolvimento da competência social e cognitiva da criança.

Parece que as dificuldades maternas em se ajustar à criança foram evidentes não somente em mães com depressão, mas também em mães sem depressão, porém mães com problemas sociais e pessoais apresentaram tais problemas (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996).

Muitos estudos foram realizados relacionando o contato face a face e a depressão pós-parto, por este ser uma das primeiras formas observáveis de interação mãe-bebê e por poder analisar possíveis alterações em trocas tão precoces. Essas trocas iniciais e sutis deixam marcas na relação inicial que poderão ser observados com diminuição qualitativa nas relações sociais futuras da criança.

O desenvolvimento sócio emocional, cognitivo e linguístico pode ser especialmente afetado pela reduzida atenção e responsividade materna (Stanley, Murray & Stein, 2004). Mães deprimidas podem ser menos disponíveis em ajudar seus filhos a regular o humor negativo, a cooperar com pedidos, e a participar na exploração do ambiente. Os problemas de comportamento, o desenvolvimento cognitivo e linguístico podem estar comprometidos, porque mães deprimidas não dariam bons exemplos em como regular as emoções negativas e em como resolver problemas; elas seriam menos engajadas, sem controle das situações, com menos vontade de contribuir fornecendo opiniões, dialogando menos e fornecendo menos estimulação cognitiva (NICHD, 1999, 2000, 2001; Kochanska, 1997), fala lenta e menos responsiva (Murray et al., 2010).

Brocchi e Bussab (2011) analisaram a influência da depressão pós-parto no desenvolvimento da linguagem das crianças de 36 meses. O desempenho linguístico das crianças foi avaliado em função do número de atos comunicativos por minuto de interação esperado para a idade, que em crianças na faixa de três anos deve ser de seis a oito atos comunicativos por minuto. Constatou-se que a maior parte das crianças (71,4%) estava abaixo do esperado para a idade na presença de DPP, e apenas quatro (28,6%) obtiveram desempenho esperado. Na ausência de DPP, 57,1% estiveram abaixo do esperado, enquanto menos da metade (42,9%) esteve dentro do esperado. As crianças do grupo sem DPP mostraram melhores resultados (60%) do que as demais, e o número de crianças abaixo do esperado para a idade foi maior nas mães depressivas (55,6% versus 44,4%).

Em síntese, a depressão afeta muitos aspectos da comunicação interpessoal, incluindo variações de comunicação, responsividade emocional, qualidade de voz e

expressividade. Na interação, as mães mostram um engajamento caracterizado por hostil e intrusivo ou por afastado e desengajado. Cada um destes estilos interativos vem acompanhado por estilos infantis alterados como aflição e esquiva (Hatzinikolaou & Murray, 2010; Murray et al., 1996).

1.4.7. Os efeitos da depressão materna para a socialização infantil

Como foi visto anteriormente, vários aspectos da depressão materna alteram a relação inicial mãe-bebê, com repercussões observáveis nas brincadeiras face a face, na linguagem verbal, sincronia e nas trocas subsequentes da criança, apresentando agravantes, quando a criança entra para a escola e precisa de habilidades para se relacionar com seus pares e pode se agravar ainda mais na adolescência, quando ela amplia suas relações pessoais e inicia uma relação mais íntima, como no namoro.

Para que a criança possa ter um desenvolvimento sócio emocional saudável é necessário ter uma mãe sensível a seu filho com calor emocional, ou seja uma mãe que se adapte cuidadosamente aos sinais de necessidade de seu filho, promove estimulação tátil, vocal e afetiva e que seja constante e previsível. Já foi mostrado que as mães deprimidas apresentam menos comportamentos consistentes de interação, oferecem mínimo calor emocional e afeto positivo, tocam menos seus filhos e demonstram indisponibilidade em construir uma sincronia afetiva com seu filho (Feldman, 2007; Feldman & Eidelman, 2009; Field, 1995; Murray & Cooper, 1997a, 1997b; Weinberg & Tronick, 1998).

A experiência da aflição e das interações não contingentes dificultam o desenvolvimento adequado da autorregulação da criança (Weinberg & Tronick, 1998), fazendo com que ela não consiga se regular em situações de conflito e frustração. Hay et al. (2003) acreditam que as crianças de mães deprimidas estão sujeitas a apresentarem problemas de comportamento, a serem violentas e antissociais, porque não conseguem regular sua atenção e atividades nem controlar sua raiva e suas frustrações. Eles investigaram o impacto da depressão materna para o comportamento antissocial de 122 famílias na Inglaterra. Eles compararam quatro grupos de mães: sem depressão, mães com depressão aos três meses da criança, mães que se tornaram deprimidas em algum momento

depois do pós-parto e mães que vivenciaram a depressão pós-parto e estiveram deprimidas novamente, ao menos uma vez. As crianças cujas mães tiveram depressão pós-parto, tiveram um risco elevado de violência aos onze anos, caso houvesse a reincidência da depressão e em meninos. As crianças de mães deprimidas aos três meses (no pós-parto) apresentaram uma gama maior de variedade de comportamentos violentos, além de serem mais agressivos. A análise de modelagem de equações estruturais mostrou que a depressão no período pós-parto que predisse a violência e não durante a vida da criança.

É possível que a atenção e emoção desregulada das crianças de mães com depressão tenha origens biológicas, como por exemplo os níveis do cortisol. Níveis altos de cortisol em um organismo em desenvolvimento afetam a função do hipocampo, na memória e no autocontrole. Desta maneira, alguns dos problemas cognitivos e autorregulatórios encontrados em crianças de mães com depressão pós-parto podem ser explicados por um aumento da secreção de cortisol. Diferenças hormonais entre mães com indicativos de depressão e mães sem depressão pós-parto foram encontradas em análise feita por Chelini et al. (2010). Apesar de não diferirem quanto à concentração de DHEAS (Dehidro-Epi-Androsterona) no momento do parto, as mães com sinais de DPP apresentaram concentrações mais baixas deste hormônio, aos quatro meses, quando comparadas às mães sem DPP. Os bebês, filhos de mães com DPP, apresentaram maior concentração de cortisol salivar em resposta a um evento estressor leve, indicando possíveis alterações do eixo HPA (Hipotálamo-pituitária-adrenal) relacionadas com a DPP materna. Apesar desta diferença nas respostas endócrinas entre os bebês de mães com e sem DPP, não foram observadas alterações na responsividade dos bebês aos quatro meses de idade.

As mães deprimidas mostram afeto arremido ou comportamento de afastamento e raramente se engajam em uma verdadeira troca social. O engajamento social, a regulação da emoção e manejo do estresse são três aspectos globais do desenvolvimento que se consolidam durante o primeiro ano de vida da criança e são interrompidos em casos de depressão materna (Feldman et al., 2009).

O engajamento social envolve várias habilidades e permite ao indivíduo entrar em um diálogo social, a formar e manter laços sociais e funcionar adaptativamente dentro do meio social. Tais habilidades dependem da mediação tronco cerebral e o sistema de suporte

fisiológico e forma a base para a adaptação social, empatia e a capacidade de convivência durante a vida. O engajamento social infantil em sua forma rudimentar se inicia no nascimento, com a preferência do neonato por faces humanas e as respostas seletivas às contingências sociais e passa por reorganização no terceiro mês de vida com o desenvolvimento da sincronia nas trocas face a face. No final do primeiro ano, com a emergência da intersubjetividade e intencionalidade, as interações entre pais e seus filhos se tornam mais recíprocas e o engajamento social infantil aumenta (Feldman et al., 2009).

Similar ao engajamento social, a regulação das emoções dá suporte à transição do desenvolvimento no segundo semestre de vida, com a emergência da exploração do objeto, mobilidade, ação intencional e com a capacidade de manejar situações estressantes. Ao final do primeiro ano, a capacidade regulatória se expande e táticas como se afastar de fontes de estresse, como a manipulação de objetos ou a exploração de novos eventos, com os quais as crianças ativamente regulam o estresse frente à experiências novas, substituem a estratégia infantil de olhar aversivo, agitação ou choro, que antes serviam para aliviar o estresse chamando a atenção do cuidador. A regulação das emoções negativas infantis, especialmente a regulação de medo e de situações novas, são sensíveis ao estado de humor materno. A incapacidade da mãe em regular seu próprio afeto não contribui para oferecer à criança um suporte regulatório, limitando a habilidade da criança de superar estratégias de desamparo para táticas que envolvem formas ativas de enfrentamento (Feldman et al., 2009).

O efeito da depressão materna no engajamento social infantil, regulação de medo e os níveis de cortisol foram examinados por Feldman et al. (2009) e encontraram que a sensibilidade materna estava relacionada ao engajamento social infantil e à reação cortisol, porém não relacionada ao medo. As crianças de mães deprimidas mostraram menos estratégias regulatórias maduras e alta emotividade negativa e limitações em usar táticas proativas e em habilidades de meta dirigida.

Tronick e Weinberg (1997) sugeriram que os efeitos da depressão materna na criança, de um modo geral, dependem do estilo de interação materna predominante ao interagir com seu filho. Esses estilos comportamentais podem ser de afastamento ou intrusividade ou o excesso de estimulação. As mães afastadas não conseguem contribuir para a regulação das interações iniciais de seus filhos, pois elas possuem baixo nível de

energia e pouca habilidade para responder às necessidades e emoções da criança. Por outro lado, as mães intrusivas falham de outra maneira, porque elas constantemente interrompem a experiência da criança. Parece que as crianças de mães intrusivas mostram um comportamento de evitar lidar com o estresse interativo enquanto as crianças de mães afastadas protestam e são mais aflitas (Tronick, 1989).

Como um processo de adaptação à dificuldade de se relacionar com uma mãe deprimida, a criança pode apresentar padrões de comportamentos hostis ao interagir com ela, torna-se mais agitada ou arredia (Field et al., 2010; Tronick & Gianino, 1986) e se relaciona com pares de um modo que não é bem adaptado (Goodman, Brogan, Lynch & Fielding, 1993)

Pode ser que a necessidade de responder aos sentimentos da mãe deprimida cause em seus filhos o desvio do padrão normal. Dessa forma, a exposição ao ambiente materno difícil durante os primeiros meses de vida podem resultar, em meninas, um excessivo desenvolvimento da sensibilidade para as emoções negativas maternas e, em meninos, um bloqueio do envolvimento emocional ou inibição na sua responsividade direcionada à sua mãe. Ambos demonstrarão vulnerabilidade, porém manifestada de diferentes maneiras (Hatzinikolaou & Murray, 2010).

O padrão de interação com a mãe deprimida é internalizado pela criança e, mesmo em situações positivas, a criança apresenta o mesmo padrão de interação. (Dawson et al.; 1999; Field et al., 1985).

A pesquisa de Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski e Chapman (1985) mostrou que as crianças de mães deprimidas possuíam uma forma particular de lidar com suas mães, com grande preocupação em serem bons filhos e uma preocupação excessiva com seus pais.

Através da interação diádica, a criança imita as expressões emocionais, as estratégias em resolver problemas e estilos cognitivos que seus pais demonstram durante uma interação com outros adultos (Dodge, 1990). As crianças de mães deprimidas imitam os comportamentos negativos e afetivos de suas mães durante a interação (Field, 1984, Dodge, 1990), confusos (Zahn-Waxler et al., 1984) e pouco envolvidos, demonstrando estilos depressivos de interação, característicos de suas mães. Goodman et al. (1993)

mencionaram que crianças de mães deprimidas podem ter dificuldades sociais como serem menos populares (reportados pela professora).

As crianças de mães deprimidas que estão expostas a estressores adicionais podem alternar entre serem arredias ou obedientes (super controlados) e agressivos. Ao serem agressivas, podem ter problemas nas interações com pares, o que está correlacionado aos problemas na vida adulta, como psicopatologias, delinquência e suicídio (Hartup, 1983).

Kim-Cohen et al. (2005) acreditam que é a história de depressão materna que as leva a serem antissociais e não a depressão por si e é isto que explica que seus filhos sejam antissociais. Ocorrem danos, pois mesmo que elas sejam tratadas, não reduz a conduta antissocial de seus filhos. Em contrapartida, para os autores Nolen-Hoeksema et al. (1995) é a qualidade das interações entre os pais e filhos que prediz a qualidade do funcionamento da criança e não o diagnóstico dos pais.

Zahn-Waxler, Iannotti, Cummings e Denham (1990) encontraram que algumas mães deprimidas eram mais capazes que outras em serem proativas com seus filhos. Quanto mais elas conseguiam ter a perspectiva de seus filhos e a não usar técnicas de controle de poder assertivo, menos problemas de externalização seus filhos tinham.

A depressão materna está associada com ansiedade (fobia social, ansiedade de separação e outras desordens de ansiedade) nas crianças e adolescentes, com agressão desregulada e problemas de internalização e externalização (déficit de atenção e comportamento interrompido), tendo início no período pré-escolar, podendo demonstrar menos brincadeiras simbólicas, dificuldades de leitura e aprendizagem (Goodman, 2007; Wu et al., 2011).

Schwengber e Piccinini (2004) encontraram que os bebês de mães com indicadores de depressão apresentaram mais afeto negativo, sorriam menos do que bebês de mães sem indicadores de depressão. As crianças de mães com depressão são descritas como mais ansiosas e menos felizes, menos responsivas nas relações interpessoais e sua atenção é menor quando comparadas com crianças de mães não deprimidas (Righetti-Veltema, Bousquet & Manzano, 2003).

Em resumo, os sintomas maternos depressivos podem afetar a relação mãe-bebê, a sensibilidade materna e a relação marital, dificultando o desenvolvimento de habilidades

como a expressão emocional apropriada, fundamental para capacidades sociais futuras (Campbell et al. 2007; Cummings & Davies, 1994; Wu et al., 2011); assim como, as interações entre mães deprimidas e recém nascidos podem ter um impacto na regulação do afeto na criança, o que consequentemente afeta negativamente o desenvolvimento do entendimento social e habilidades sociais infantil.

1.4.8.1. Estudos que relacionam a depressão materna, a tarefa de recolher os brinquedos e o comportamento social

As bases de dados *Web of Science*, *Lilacs*, *Pubmed* e *Psychoweb* foram utilizadas para a busca de artigos que relacionassem a depressão materna com as práticas educativas (tarefa de “*recolher os brinquedos*”) e a depressão materna e o comportamento prossocial, independente da tarefa aplicada. Destas buscas, a maioria dos resultados obtidos se referia aos estilos parentais e não às práticas educativas parentais, por isso obtivemos mais sucesso realizando a busca por meio da referência cruzada de bibliografias.

Foram encontrados cinco artigos que relacionaram a depressão pós-parto materna com a prática educativa materna e a obediência infantil utilizando o mesmo paradigma da tarefa de “*recolher os brinquedos*”. Três artigos utilizaram a SADS-L (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia) como método de avaliar a depressão pós-parto e um a CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) e um o Inventário de depressão de Beck. Os trabalhos de Kuczynski, Kochanska e colaboradores (1987, 1989 e 1990) constatarem pequenas diferenças ao acessar as práticas educativas maternas, as respostas das crianças e a depressão materna, porém não analisaram comportamentos sociais. A seguir um quadro com os autores, os periódicos em que foram publicados, o número de díades utilizados na pesquisa, a idade da criança, o instrumento utilizado para avaliar a depressão materna e se o comportamento social foi avaliado ou não, se foi avaliado, qual instrumento foi utilizado.

Os estudos que seguem (Kuczynski, Koschanska, Radke-Yarrow & Girnius-Brown, 1987; Koschanska, Kuczynski & Maguire, 1989; Kuczynski & Koschanska, 1990) fazem parte do “Longitudinal Study of Depressed and Normal Parents and their offspring,

National Institute of Mental Health” (NIMH), por isso possuem características semelhantes. Os artigos descritos a seguir serão utilizados o paradigma da tarefa de “*recolher os brinquedos*” relacionando a depressão pós-parto materna com a prática educativa materna e a obediência infantil.

Tabela 1. Artigos que relacionaram a depressão pós-parto materna com a prática educativa materna, a obediência infantil e o comportamento social utilizando o mesmo paradigma (tarefas de “*recolher os brinquedos*”)

Autores	Periódico	<i>n</i>	Idade da criança	Avaliação da depressão materna	Comportamento social
Kuczynski, Koschanska, Radke-Yarrow & Girmius-Brown (1987)	Developmental Psychology	70	entre 15 a 44 meses	SADS-L e GAS	não avaliado
Koschanska, Kuczynski & Maguire (1989)	J. of Abnormal Child Psychology	70	T1: entre 15 a 44 meses	SADS-L e GAS	não avaliado
		50	T2: 5 anos		
Kuczynski & Koschanska (1990)	Developmental Psychology	70	T1: entre 15 a 44 meses	SADS-L	não avaliado
		51	T2: 5 anos		CBCL reportado pela mãe
NICHD (1999)	Developmental Psychology	1.215	36 meses	CES-D	CBCL e ASBI reportados pela mãe
Pelaez, Field, Pickens & Hart (2008)	Infant Behavior & Development	36	12 meses	Beck Depression Inventory	não avaliado

SADS-L: Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia; GAS: General assessment Scale; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CBCL: The Child Behavior Checklist; ASBI: Adaptive Social Behavior Inventory.

Kuczynski, Koschanska, Radke-Yarrow e Girmius-Brown (1987) investigaram 70 mães-bebê, crianças com idade entre 15 a 44 meses, 37 mães com depressão avaliadas usando o “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS-L) e “General Assessment Scale” (GAS). Para participarem da pesquisa, as mães precisavam ter

apresentado um episódio depressivo ao menos uma vez durante a vida de seu filho. Demonstrou-se que a desobediência passiva e o desafio direto diminuíram com aumento da idade, e que em contrapartida, a negociação aumentou proporcionalmente à idade. As práticas educativas maternas de persuasão e comandos indiretos obtiveram respostas de negociação por parte das crianças. Práticas de controle diretivo obtiveram como resposta o desafio direto. Mães que ofereciam explicações recebiam por resposta a negociação. Não foram encontradas diferenças significativas entre mães deprimidas e não deprimidas. Mães deprimidas reportaram ser menos efetivas como mães, menos envolvidas nos cuidados do dia-a-dia e que elas sentem dificuldades de se comunicar, de expressar sentimentos para seus filhos. Em relação à severidade da depressão, esta estava relacionada com as advertências e proibições maternas, por um grande uso materno de técnicas de controle hostil e dominante e menor oferta de ajuda quando requisitadas por seus filhos.

Os autores Koschanska, Kuczynski e Maguire (1989) deram continuidade à investigação com os mesmos participantes descritos anteriormente. Neste artigo, os autores procuraram evidências que pudessem confirmar que mães deprimidas usariam estilos de prática parental coercivo ou retraído com seus filhos. Comparando as práticas educativas de mães com depressão na fase 1 de sua pesquisa com crianças entre 16 a 44 meses, os autores verificaram que as mães saudáveis usaram mais comandos diretos e repreensões, enquanto as mães deprimidas, usaram mais explicações. Aos cinco anos, as mães com DPP usaram mais comandos diretos do que as mães sem depressão. Em ambos os grupos, comandos sem clareza aumentaram em frequência dos 16 meses aos cinco anos, enquanto repreensões e incentivos positivos diminuíram. Mães que estavam de bom humor ao interagir com seus filhos de cinco anos usaram menos comandos diretos, menos reprimendas e mais incentivos do que mães em estado de humor negativo. Segundo os autores, as mães com depressão evitam conflito, apresentando padrões de controle hostil e coercivo, usando poucos comandos diretos. Eles acreditam que as estratégias indiretas servem como uma função adaptativa para as mães deprimidas. Em ambos os grupos, comandos sem clareza aumentaram em frequência dos 16 meses aos 5 anos enquanto repreensões e incentivos positivos diminuíram.

No artigo de Kuczynski e Koschanska (1990), 50 díades foram avaliadas com idade entre 15 a 44 meses e aos cinco anos. No artigo, as crianças foram avaliadas aos cinco anos por suas mães quanto à possíveis problemas de comportamento, de externalizar e

internalizar seus sentimentos, pensamentos e vontades, utilizando-se o CBCL (Child Behavior Checklist). Não foram encontradas diferenças entre as práticas de controle entre ambos os grupos de mães. As crianças de mães deprimidas em ambas as idades foram avaliadas como desobedientes passivas, sinalizando dificuldades em demonstrar resistência de uma maneira adequada no processo de individualização do *self*. Nesta pesquisa não tenham sido encontradas diferenças em estratégias de controle entre ambas as mães. (Kuczynski & Kochanska, 1990).

O trabalho a seguir também fez parte de um estudo longitudinal, o NICHD, porém nesta proposta foi utilizado o teste “*recolher os brinquedos*” associado ao questionário CBCL (Child Behavior Checklist) com o intuito de observarem respostas comportamentais em outros ambientes da criança, como descritos a seguir.

Em NICHD (1999) 1.215 díades foram analisadas aos 36 meses na criança. A depressão materna foi avaliada aos um, seis, 15, 24 e 36 meses da criança, por questionário autorrelatado. As mães foram subdivididas em três grupos, de acordo com a cronicidade da depressão: nunca deprimida, alguma vez deprimida e cronicamente deprimida. Para ser caracterizada como cronicamente deprimida, ela precisava estar com escore acima de 16 (CES-D) em quatro ou cinco momentos entre as cinco vezes que foram entrevistadas. As mães cronicamente deprimidas reportaram seus filhos como significativamente menos cooperativos e mais problemáticos, quando comparadas às mães uma vez deprimidas. Estas mães uma vez deprimidas, quando comparadas às mães sem depressão, reportaram seus filhos como menos cooperativos e mais problemáticos. As mães que reportaram nunca serem deprimidas eram as mais sensíveis quanto às necessidades de seus filhos. O artigo não explica com detalhes quais foram os resultados sobre as práticas educativas, mencionando apenas ausência de diferenças significativas entre os três grupos quanto às práticas educativas e às respostas de obediência das crianças. A sensibilidade materna estava fortemente relacionada às avaliações de cooperação entre os dois grupos de mães que reportaram sintomas de depressão, do que mães que reportaram nunca sentirem-se deprimidas.

Um aspecto a se observar é a fonte materna para os questionários autorrelatados, pois se ela se encontra deprimida naquele momento pode influenciar nas respostas concedidas. Sendo assim, as fontes externas como professores e outros cuidadores seria

uma fonte mais fidedigna de obtenção de respostas (Fergusson, Lynskey & Horwood, 1993), como foi feito nos artigos: Goodman, Brogan, Lynch e Fielding, 1993; NICHD, 2000; Hay e Pawlby, 2003; Wu, Selig, Roberts e Steele, 2011.

1.4.8.2. Estudos que relacionam a avaliação do comportamento prossocial e a depressão materna

A seguir, apresentamos o quadro com os cinco artigos encontrados relacionando a depressão materna e o comportamento social infantil (observado ou relatado), porém sem a associação da tarefa “*recolher os brinquedos*”. Nele estão expostos: os autores, os periódicos publicados, o número de díades utilizados na pesquisa, a idade da criança, o instrumento utilizado para avaliar a depressão materna.

Tabela 2. Artigos em ordem cronológica que comparam a depressão materna e o comportamento social infantil

Autores	Periódico	n	Idade da criança	Avaliação da depressão materna	Avaliação comportamento social infantil	
					reportado	observado
Goodman, Brogan, Lynch & Fielding (1993)	Child Development	96	média de 8 anos	Beck Depression Inventory	Reportados pela criança: PSPCSA, Self-Perception Profile for Children, Preschool and PPNSIE, CNS-IE. Reportados pela professora: Child Behavior Q-Sort, Teacher's Report Form - CBCL, Nível de Popularidade	Intention cue detection task, Social Problem-Solving Test - Revised
NICHD (2000)	Applied Developmental Science	943	1, 6, 15, 24 e 36 meses	CES-D	Reportados pela mãe e pelo cuidador: ORCE, CBCL e ASBI	RDLS
Hay & Pawlby (2003)	Child Development	149	4 e 11 anos	CIS	Aos 4 anos: TRCB, CBCL, MSCA. Aos 11 anos: CAPA interview <i>auto-reportado e SQD</i> . Reportados pela mãe, professora e experimentadores	Tarefa experimental de cooperação: Etch-A-Sketch
Wu, Selig, Roberts & Steele (2011)	J. Child Families Studies	1.364	4,5 e 6 anos	CES-D	Reportados pelos pais aos 4,5 anos e pela professora aos 6 anos: SSRS	

PSPCSA: Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance; PPNSIE: Preschool and Primary Internal-External Control Scale; CNS-IE: Children's Nowicki-Strickland Internal-External Control Scale; CBCL: Child Behavior Checklist; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; ASBI: Adaptive Social Behavior Inventory; ORCE: Observational Record of the Caregiving Environment; RDLS: The Reynell Developmental Language Scale; CIS: Clinical Interview Schedule; SADS-L: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; TRCB: The Tester's Rating of Children's Behavior; MSCA: McCarthy Scales of Children's Abilities; CAPA: The Child and Adolescent Psychiatric Assessment; SQD: Strengths and Difficulties Questionnaire; SSRS: Social Skills Rating System.

Goodman, Brogan, Lynch e Fielding (1993) pesquisaram 96 díades com crianças com idade entre 5 a 10 anos (média de oito anos). As mães foram diagnosticadas pela Escala de Depressão de Beck como apresentando depressão ao menos uma vez durante a vida da criança. Foram utilizados questionários para avaliar seu comportamento social e emocional, sua popularidade, respondidos pela mãe e pela professora (ver quadro X). Além dos questionários foram aplicadas algumas tarefas, como a de detecção de intenção e a tarefa de solução de problema social. Analisaram as possíveis relações entre a depressão materna, a competência social e emocional infantil, a psicopatologia paterna, o estado civil, o gênero e a idade da criança. Para avaliar a competência sócio emocional da criança, a professora respondeu ao CBCL, a um teste de popularidade e o Child Behavior Q-sort. A criança respondeu a duas tarefas: uma, de detecção de intenção e a outra de resolução de problema social. Os resultados encontrados foram: quando os pais tinham um histórico de distúrbio psiquiátrico e quando os pais eram divorciados, a depressão materna por vezes não se alterava. Quando se examinou a depressão materna na ausência de distúrbio paterno, foi encontrado que as crianças das mães deprimidas foram avaliadas como menos populares por suas professoras. Quando se examinou a depressão materna na presença de distúrbio paterno, foi encontrado que as crianças de mães deprimidas mostraram menos competência emocional e social. Algumas relações entre a depressão materna e a competência social da criança variaram em função da idade, mostrando uma associação entre a baixa competência social somente em crianças mais velhas.

Hay e Pawlby (2003) analisaram o comportamento prossocial de cooperação de 149 crianças entre quatro e onze anos em Londres. A depressão materna foi avaliada na gestação e imediatamente após o nascimento usando “The Clinical Interview Schedule” (CIS). O objetivo do estudo foi o de avaliar o comportamento prossocial e problemas psicológicos na criança. Utilizou-se a observação, um experimento (Tarefa Etch-A-Sketch), questionários (CBCL, McCarthy Scales of Children’s Abilities) e entrevistas com as mães, as professoras e as próprias crianças.

Neste estudo foi realizada uma tarefa de cooperação entre a criança e a mãe. Não foram encontradas evidências para confirmar a hipótese deles, ao contrário: as tendências prossociais não estavam relacionadas aos problemas psicológicos e problemas de externalização para ambos os grupos de mães. Os resultados encontrados foram que a tendência prossocial aos onze anos – foi inversamente relacionada a problemas de

externalização e a transtornos clínicos (comportamento disruptivo). As professoras avaliaram as crianças de mães sem depressão com mais tendências prossociais. Na continuidade deste projeto longitudinal, o funcionamento social das crianças aos sete anos foi avaliado em função dos sintomas da depressão materna, classificados em: estável-baixo, estável-moderado, intermitente, progressivo-moderado, alto-regressivo, alto-crônico. Eles encontraram que quanto menos deprimida a mãe era, mais sensível ela era e com isso as crianças eram mais engajadas em jogos recíprocos na infância. Mães com altos níveis de depressão reportaram seus filhos como mais problemáticos e com poucas habilidades sociais. As professoras reportaram como pobres em habilidades sociais as crianças de mães com sintomas depressivos progressivo-moderado.

Wu, Selig, Roberts e Steele (2011) avaliaram as mudanças nos sintomas da depressão materna do primeiro mês pós-parto até os 36 meses e as mudanças ao longo do tempo predizendo habilidades sociais das crianças medidas pelas mães e pelas professoras. A primeira hipótese deles foi que altos índices de sintomas depressivos maternos no primeiro mês estariam relacionadas a baixas habilidades sociais aos quatro anos e meio e aos seis anos. A segunda hipótese que eles testaram foi que mudanças das taxas dos sintomas depressivos ao longo do tempo afetariam as habilidades sociais aos quatro anos e meio e aos seis anos. Ainda assim, os autores avaliaram que os sintomas depressivos maternos tendem a declinar ao longo do tempo, e que eles podem produzir efeitos a longo prazo no desenvolvimento de habilidades sociais infantis. Altos índices de sintomas depressivos maternos quando a criança estava com um mês de idade predizia a baixa competência social quando a criança estava com quatro anos e meio de idade. Apontam que fatores demográficos de contexto são importantes e devem ser levados em conta ao examinar os sintomas depressivos maternos e seus efeitos nas habilidades sociais infantis. Especificamente, gênero da criança, renda familiar, idade materna, e estado civil materno predizem significativamente as habilidades sociais infantis. Encontrou-se que altos escores de depressão materna no CES-D no primeiro mês da criança estiveram associados com habilidades sociais pobres, quando a criança tinha quatro anos e meio. A mudança nas taxas dos sintomas de depressão não influenciou as habilidades sociais, nem as reportadas pelas mães, nem pelas professoras. Os sintomas depressivos maternos na infância da criança não influenciaram as habilidades sociais aos seis anos de idade, havendo talvez um efeito indireto.

1.5. JUSTIFICATIVA

Devido à complexidade que envolve o quadro de depressão materna, estudar suas consequências no desenvolvimento infantil muito contribuirá com este tema se, a partir disso, propicie instrumentos de prevenção e elucide possíveis fatores associados à sua gênese, visando até a prevenção do quadro.

Segundo a OMS, em 2020, a depressão será a segunda maior causa de doenças, perdendo apenas para as doenças cardíacas. Diminuir o índice de depressão materna é um desafio com reflexos positivos, tanto no desenvolvimento infantil, quanto no âmbito da saúde pública, visto ser uma patologia de grande incidência, aproximando-se quantitativamente das doenças cardíacas.

O ponto central deste trabalho é o método de pesquisa utilizado que se propõe a avaliar a prossocialidade por meio de tarefas em situação quase natural e dessa maneira contribuir com o meio científico por diferenciar-se dos habitualmente empregados.

Desvendando os fatores que interferem no desenvolvimento prossocial, encontramos: falta de sincronia afetiva, reduzido diálogo, dificuldade de regulação das emoções, intrínsecas nas características comportamentais maternas com depressão. Apontar essas consequências pode favorecer o desejo de elaborar métodos condizentes com o trabalho desta prevenção.

O referido método une os três aspectos: as práticas educativas maternas, a depressão pós-parto e o comportamento prossocial, que anteriormente se apresentaram separadamente entre os estudos que abordam esse tema. Desenvolvê-los de modo a propiciar interação entre eles, fornece subsídios para um amplo entendimento dos aspectos abordados. O comportamento prossocial avaliado nessa tese é o de ajuda instrumental (Warneken & Tomasello, 2007, 2008), diferente da tarefa de cooperação “Etch-A-Sketch” utilizada por Hay e Pawlby (2003); além disso, nossa tarefa transcorre em um ambiente experimental, porém em uma situação *quasi* natural.

Por meio de revisão da literatura, encontramos um número reduzido de artigos sobre o tema. Entre eles destacamos: dois artigos que fizeram a associação entre as práticas educativas parentais e a depressão materna (Kuczynski, Koschanska, Radke-Yarrow & Ginius-Brown, 1987; Koschanska, Kuczynski & Maguire, 1989), dois artigos que fizeram

a associação entre as práticas educativas parentais, a depressão materna e o comportamento pró-social relatado por meio de questionários (Kuczynski & Koschanska, 1990; NICHD, 1999), quatro artigos que correlacionaram a depressão pós-parto e o comportamento social, sendo que, em três deles, o comportamento pró-social foi observado e relatado (Goodman, Brogan, Lynch & Fielding, 1993; NICHD, 2000; Hay & Pawlby, 2003) e, em um deles, foi somente relatado (Wu, Selig, Roberts & Steele, 2011).

Não foram encontrados trabalhos que relacionassem a depressão materna e o comportamento pró-social avaliado através de tarefas de ajuda instrumental. Desta forma, o presente estudo busca preencher a lacuna existente na literatura relacionando depressão materna, as práticas educativas maternas e o comportamento pró-social infantil.

Ampliar este estudo pode favorecer uma compreensão mais ampla e profunda sobre o tema, constituindo assim, a produção de conhecimento teórico, criando fatores de proteção para a depressão materna que se refletirá nos desenvolvimentos infantis futuros.

1.6. O contexto da pesquisa: inserção no Projeto Temático IPÊ

Este estudo se insere no Projeto Temático “Depressão Pós-Parto Como Fator de Risco no Desenvolvimento: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, submetido à FAPESP, no qual mãe e bebê são acompanhados desde o terceiro trimestre de gestação até o terceiro ano de vida do bebê. O projeto temático é apresentado com mais detalhes no APÊNDICE I e II.

As díades participantes foram recrutadas no Centro de Saúde-Escola Butantã, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim São Jorge, na UBS Vila Dalva e na UBS Boa Vista, no terceiro trimestre de gestação, com parto previsto para ocorrer no Hospital Universitário (HU) da USP, desde outubro de 2006 a dezembro de 2007. As gestantes foram abordadas por auxiliares de pesquisa que lhes explicaram a natureza do estudo, o Projeto IPÊ e as pesquisas inseridas no mesmo. As que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE III) que garantiu o

caráter confidencial dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento do Projeto longitudinal IPÊ (Projeto Temático FAPESP).

1.7. Objetivos

Levando em consideração as características da investigação mais ampla (Projeto IPÊ) em que está inserido, este trabalho tem como objetivo geral avaliar a relação entre a situação sócio afetiva de criação ocasionada pela DPP e o desenvolvimento do comportamento prossocial infantil aos três anos, numa situação experimental de potencial ajuda da criança à mãe (tarefa de arrumação, “recolher os brinquedos”) e de ajuda ao experimentador (“fora de alcance”).

Os objetivos específicos são:

Na análise da situação de ajuda ao experimentador (tarefa fora de alcance):

Verificar a relação entre a presença de depressão pós-parto materna e a competência social das crianças, definida em termos de resposta à tarefa “fora de alcance”, medidas pelo tempo de reação das crianças e tipo de reação das crianças em resposta aos movimentos do experimentador, na tentativa de alcançar o objeto.

Na análise da situação de ajuda à mãe (tarefa “recolher os brinquedos”):

Quanto ao comportamento da mãe: verificar a relação entre a presença de depressão pós-parto materna e suas práticas educativas, através de análises do comportamento das mães na situação: tempo de reação materna; comandos diretos, comandos indiretos, habilidades sociais (explicações e reforço positivo, oferecer assistência), habilidades não sociais (barganhas e reforço negativo); variações na quantidade de comportamento, tempo de arrumação, quantidade de brinquedos arrumados, duração de tempo em que mãe e criança trabalharam juntas.

Quanto ao comportamento da criança: verificar a relação entre a presença de depressão pós-parto materna e as respostas das crianças para os comandos maternos observados: obediência comprometida, obediência situacional ou desobediência;

comportamento apresentado representado por ignorar, recusa simples, desafio, desculpas ou outros; tempo de arrumação, quantidade de brinquedos arrumados.

1.8. Hipóteses

1ª Hipótese – Crianças cujas mães apresentaram DPP apresentarão diferenças nas tarefas de comportamento prossocial de ajuda infantil, com probabilidade menor de ajudar o experimentador na tarefa “fora do alcance”. É possível que estas crianças necessitem de mais pistas corporais (braço estendido e direção do olhar) para entenderem que o experimentador precisa de ajuda. Elas terão um tempo de reação maior que as crianças de mães sem DPP.

2ª Hipótese – mães com DPP demonstrarão em suas práticas educativas parentais mais comandos indiretos a seus filhos, terão um tempo de reação maior para expressarem seus comandos; apresentarão poucas variações de comportamento. Quanto ao tempo de atividade conjunta com a criança na tarefa, espera-se em média um tempo menor arrumando e uma quantidade menor de brinquedos arrumados.

3ª Hipótese – Espera-se que crianças do grupo de mães com DPP apresentem mais comportamentos de ignorar o pedido de suas mães na tarefa de “recolher os brinquedos” e mais desobediência. Supõe-se ainda que o tempo de atividade conjunta seja menor assim como a quantidade de brinquedos arrumados.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 24 díades quando as crianças estavam com a idade de 36 meses ($M=37\pm2,8$ meses). Suas mães tinham a idade média de 25 anos ($M=25,87\pm5,23$).

Destas 24 díades, 12 eram compostas por mães sem depressão pós-parto e 12 por mães com depressão pós-parto, avaliadas pela escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Das 12 mães com depressão pós-parto, todas estavam deprimidas aos 36 meses (momento da aplicação dos testes) e dentre elas, seis também apresentaram depressão pós-parto no período entre um mês e quatro meses avaliados após o parto (o que denominaremos aqui como três meses). Com base nesses dados, para verificar a relação entre a depressão pós-parto incluindo a cronicidade com as práticas maternas e os comportamentos prossociais infantis, auferimos os três grupos:

1. 12 díades com mães sem depressão pós-parto;
2. Seis díades com mães com depressão pós-parto aos três meses da criança e aos 36 meses da criança;
3. Seis díades com mães com depressão aos 36 meses da criança.

Com base na cronicidade dos três grupos, eles serão a partir de agora denominados da seguinte forma: as 12 díades de mães sem depressão pós-parto serão “mães nunca deprimidas”; as seis díades de mães com depressão pós-parto aos três meses da criança e com depressão aos 36 meses da criança serão denominadas “mães sempre deprimidas” e as seis díades de mães com depressão aos 36 meses da criança serão “mães com depressão atual”.

2.2. Análise sócio demográfica dos participantes

Participantes: 12 díades de mães nunca deprimidas, seis díades “sempre deprimidas” e seis díades com “depressão atual”.

Tabela 3 – Características sócio demográficas dos participantes – 12 díades nunca deprimidas, seis díades com “depressão atual” e seis díades “sempre deprimidas”

	Mães nunca deprimidas n (%)	Mães “sempre deprimidas” n (%)	Mães com “depressão atual” n (%)
Gênero			
Meninos	5 (41,7%)	2 (33,3 %)	2 (33,3 %)
Meninas	7 (58,3%)	4 (66,7 %)	4 (66,7 %)
Escolaridade materna			
até fundamental			
incompleto	2 (16,7 %)	3 (50 %)	0
Fundamental completo			
a ensino médio			
incompleto	6 (50 %)	3 (50 %)	4 (66,7 %)
Ensino médio completo a			
superior incompleto	4 (33,3%)	0	2 (33,3 %)
Escolaridade paterna			
até fundamental			
incompleto	1 (8,3 %)	1 (16,7%)	2 (33,3 %)
Fundamental completo a			
ensino médio incompleto	6 (50 %)	2 (33,3 %)	0
Ensino médio completo a			
superior incompleto	3 (25 %)	1 (16,7%)	3 (50 %)
Superior Completo	2 (16,7 %)	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)
Análise socioeconômica			
B2 (23-28)	1 (8,3 %)	0	1 (16,7 %)
C1 (18-22)	5 (41,7 %)	3 (50 %)	2 (33,3 %)
C2 (14-17)	4 (33,3 %)	1 (16,7 %)	2 (33,3 %)
D (8-13)	2 (16,7 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)
E (0-7)	0	1 (16,7%)	0

DPP: depressão pós-parto; o tamanho da amostra permaneceu constante, exceto para análise socioeconômica e estado civil materno. CSEB: Centro de Saúde Escola Butantã.

A amostra foi composta de grupos homogêneos quanto ao gênero, ambos apresentando 66,7% de presença de meninas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

A média do nível de escolaridade materno para o grupo “nunca deprimida” foi “curso fundamental completo até ensino médio incompleto” (50 %). O nível de escolaridade materno para “sempre deprimidas” foi “até curso fundamental incompleto” (50%) e “curso fundamental completo até ensino médio incompleto” (50%) e o nível de escolaridade materno para “depressão atual” foi de “curso fundamental completo até ensino médio incompleto” (66,7%) e “ensino médio completo a superior incompleto” com 33,3%.

A média do nível de escolaridade dos maridos de mulheres mães “nunca deprimidas” ficou no “nível fundamental completo até ensino médio incompleto” (50 %). O nível de escolaridade dos maridos de mulheres “sempre deprimidas” ficou dividido entre as categorias “até fundamental incompleto” com 16,7%, “nível fundamental completo até ensino médio incompleto” com 33,3%, “ensino médio completo a superior incompleto” com 16,7% e “nível superior completo” com 33,3%. O nível de escolaridade dos maridos de mulheres com “depressão atual” ficou entre as categorias “até fundamental incompleto” com 33,3%, “ensino médio completo a superior incompleto” com 50% e “nível superior completo” com 16,7%.

Para os grupos com e mães “nunca deprimidas” a média da análise socioeconômica ficou no nível C1 (41,7 %) e o nível C2 (33,3 %). Somente o grupo com “depressão atual” esteve nivelado pela categoria B2 com 16,7%, ambos os grupos foram nivelados na categoria C1 com 50% e 33,3%, na categoria C2 com 16,7% e 33,3%, na categoria D ambos com 16,7% e somente “sempre deprimidas” estavam na categoria E com 16,7%.

Tabela 4 – Características sociodemográficas dos participantes (UBS e Estado civil) – 12 díades nunca deprimidas, seis díades “sempre deprimidas” e seis díades com “depressão atual”

	Mães nunca deprimidas n (%)	Mães “sempre deprimidas” n (%)	Mães com “depressão atual” n (%)
Unidade Básica de saúde			
CSEB	10 (83,3 %)	3 (50 %)	4 (66,7 %)
São Jorge	1 (8,3 %)	1 (16,7 %)	1 (16,7 %)
Vila Dalva	1 (8,3 %)	2 (33,3 %)	1 (16,7 %)
Estado civil materno			
Solteira	1 (8,3 %)	1 (16,7 %)	2 (33,3 %)
Mora com o pai da criança	8 (66,7 %)	1 (16,7 %)	3 (50 %)
Casada com o pai da criança	3 (25 %)	4 (66,7 %)	1 (16,7 %)

CSEB – Centro de Saúde-Escola Butantã

Em relação às Unidades Básicas de Saúde que as participantes frequentavam, a maioria ia para CSEB (mães “nunca deprimidas” 83,3 %, “sempre deprimidas” 50% e 66,7% com “depressão atual”), São Jorge (mães “nunca deprimidas” 8,3 %, ambos os grupos 16,7%) e Vila Dalva (mães “nunca deprimidas” 8,3 %, 33,3% “sempre deprimidas” e 16,7% com “depressão atual”).

Não houve diferença significativa entre o estado civil das mães, sendo que as mães “nunca deprimidas” em sua maioria (66,7 %) moravam com o pai da criança “casadas com o pai da criança”, as mães “sempre deprimidas” em sua maioria (66,7%) estavam casadas com o pai da criança e com “depressão atual” 50% moravam com o pai da criança.

Tabela 5 – Quadro de ambientes sociais das crianças participantes – 12 díades nunca deprimidas, seis díades com “depressão atual” e seis díades “sempre deprimidas”

	Mães nunca deprimidas n (%)	Mães “sempre deprimidas” n (%)	Mães com “depressão atual” n (%)
Criança frequente creche ou escolinha	8 (66,7 %)	4 (66,7 %)	6 (100 %)
Outros cuidadores na maior parte do tempo	10 (83,3 %)	2 (33,3 %)	5 (83,3 %)
Criança tem contato com o pai	11 (91,7 %)	6 (100 %)	5 (83,3 %)
Possui alguém que ajuda nos cuidados diários da criança	12 (100 %)	3 (50 %)	5 (83,3 %)

Não foram encontradas diferenças estatísticas para a criança frequentar creche ou escola, as mães “nunca deprimidas” apresentaram 66,7 %, as mães “sempre deprimidas” apresentaram 66,7% e as mães com “depressão atual” 100%.

Para outros cuidadores na maior parte do tempo, as mães “nunca deprimidas” tiveram 83,3 %, as mães “sempre deprimidas” tiveram 33,3 % e as mães com “depressão atual” 83,3%.

Em ambos os grupos as crianças tem contato com o pai, “sempre deprimidas” 100% e “depressão atual” 83,3%. Ambos os grupos as crianças tem contato com o pai (91,7 %). Possuir alguém que ajuda nos cuidados da criança, as mães “sempre deprimidas” possuem outros cuidadores 50% e as mães com “depressão atual” 83,3%.

2.3. INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) (APÊNDICE III), entrevista pediátrica com questões estruturadas disponíveis à coleta de dados para as pesquisas do Projeto Temático e análise dos vídeos aos 36 meses da criança.

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPE) foi desenvolvida por Cox, Holden e Sagovsky (1987) e foi traduzida para o português e validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (1999), é um instrumento de autorregistro com 10 questões de sintomas comuns de depressão e que utiliza formato de respostas do tipo Likert. Cada item representa uma possibilidade de intensidade dos sintomas depressivos apresentados nas questões, recebendo uma pontuação de zero a três, que variam na pontuação total de 0 a 30. Para o diagnóstico é somada a pontuação obtida e, de acordo com Santos, Martins e Pasquali (1999) o ponto de corte 11/12 é o mais adequado. Alguns exemplos de afirmativa que compõe a escala: “eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão”, “eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir”, “eu tenho me sentido triste ou arrasada”.

As entrevistas pediátricas continham questões básicas sobre dados sócio demográficos, questões sobre os cuidados da criança e desenvolvimento neuropsicomotor. Para esta pesquisa foram utilizadas perguntas do nascimento, dos primeiros meses e dos 36 meses da criança pertinentes ao seu contexto social. Abaixo estão listadas as perguntas extraídas das entrevistas pediátricas, ao nascimento e aos 36 meses da criança.

No nascimento:

- Idade da mãe,
- Nível de escolaridade materno e paterno,
- Análise socioeconômica,
- Unidade Básica de Saúde,
- Estado civil.

Aos 36 meses:

- A criança frequenta creche (ou escolinha)?
- Quem cuida maior parte do tempo?
- Criança tem contato com o pai?
- Alguém tem ajudado nas tarefas diárias e cuidados com a criança?

2.4. PROCEDIMENTOS

2.4.1. Cuidados éticos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Formulário de consentimento para uso de imagens em vídeo foram seguidos conforme relatados no Projeto IPÊ (APÊNDICE II). Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo – Parecer nº 0123/CEPS/MS/2006 e 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 (APÊNDICE IV).

O anonimato dos participantes foi assegurado e mantido durante todas as etapas do Projeto Ipê visto que os questionários, entrevistas e vídeos foram codificados, sem apresentar qualquer dado que pudesse identificá-los.

2.4.2. De obtenção da amostra

Participaram desta amostra crianças que faziam parte do Projeto IPÊ cujas crianças estavam com idade de 36 meses de idade e que tinham realizados as duas tarefas referentes a essa etapa.

2.4.3. De coleta de dados

Os dados foram coletados através das filmagens realizadas no terceiro ano de vida da criança. As filmagens ocorreram no Laboratório de Pesquisas do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. As mães foram convidadas a irem ao Instituto para a filmagem e entrevista e receberam ajuda financeira para custear sua ida. A criança e a mãe receberam um lanche e as mães que solicitaram receberam uma declaração para justificar sua ausência no trabalho. Os registros em vídeo foram realizados dentro de um protocolo de filmagem com outras tarefas não pertinentes a esta pesquisa (tabela X), além das tarefas de ajuda à mãe e ao experimentador.

Todas as entrevistas foram do tipo estruturado, constituído de perguntas fechadas e semiabertas. Em todos os momentos da coleta de dados a mãe poderia desistir e foram respeitadas as necessidades da criança, como por exemplo: cansaço, fome ou irritação.

2.4.4. Redução e codificação de dados

O material obtido a partir das filmagens e entrevistas realizadas foi identificado com códigos numéricos a fim de garantir o caráter confidencial da identidade de seus participantes.

Para fins de análise dos vídeos foi considerada somente a parte dos vídeos em que constavam as tarefas de ajudar a mãe (após os 15 minutos de brincadeira livre) e a parte em que foi aplicada a tarefa do objeto fora do alcance. Para a análise dos vídeos foi desenvolvida uma ficha com os códigos para identificar os comportamentos pertinentes à pesquisa, previamente definidos, tanto para a criança quanto para a mãe. A codificação foi realizada utilizando o software Interact 9.0 e as categorias foram registradas no software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19, utilizado para o processamento de análises.

A codificação dos vídeos foi submetida à avaliação de dois juízes treinados na metodologia de análise, a fim de estabelecer o índice de fidedignidade das observações. Os juízes independentes receberam um manual contendo instruções de análise dos registros em vídeo, assim como o conjunto de definições de categorias de codificação.

2.4.5. Protocolo para Filmagem

2.4.5.1. Preparar a sala

A sala para filmagem tem o formato de um meio círculo, há um espelho bidirecional ao lado esquerdo da porta de entrada. A sala é previamente arrumada com um tapete, quatro almofadas, uma caixa com brinquedos (com carinhos, jogo de chá de brinquedo, caixa de ferramentas, mini fazendinha, ônibus escolar de madeira, caminhão de madeira, animais da fazenda e da selva) e uma casinha de bonecas com duas famílias. São posicionadas duas câmeras digitais, uma ao lado oposto do tapete e outra ao lado esquerdo próxima a parede (ver diagrama no APÊNDICE V e VI).

2.4.5.2. O procedimento de filmagem

A pesquisadora apresenta-se a mãe e a criança e explica sobre as etapas de filmagem. Descreve para a mãe as etapas que seguirão: o tempo de interação livre mãe-criança, solicitação da pesquisadora para sentarem-se à mesa (tarefa contar estória), interação da pesquisadora com a criança (teste compreensão de intencionalidade, direção do olhar, cooperação, brincadeira de espadas de E.V.A.). Descreve para ambas que a mãe permanecerá na sala de aplicação respondendo aos questionários enquanto o experimentador aplica os testes com a criança.

2.4.6. Descrição das Tarefas de ajuda

Duas tarefas de ajuda foram propostas, a primeira tarefa – “*recolher os brinquedos*” e a segunda “fora do alcance”.

A primeira tarefa, na qual a criança deve ajudar sua mãe a guardar os brinquedos na caixa, designada como “clean-up task”, “clean-up toys”, “clean-up paradigm”, foi baseada nos trabalhos realizados nos trabalhos de Leon Kuczynski e Grazyna Kochanska. Foi desenvolvida com o intuito de observar a relação entre comandos maternos e a obediência infantil, podendo ser observada em outros momentos de interação entre mãe e criança: após o lanche, ao solicitar que limpe a mesa, na hora de ir tomar banho, na hora de ir dormir, ou em momentos em que exista um “embate” entre o comando dos pais para que a criança faça algo que ela não deseja. Esta tarefa está inserida na categoria de tarefas “faça”, onde normalmente a criança está em uma situação prazerosa, precisa de autocontrole para parar e fazer algo que não deseja. Ela se contrapõe às tarefas da categoria “não faça” na qual se exige da criança um controle muito maior para não pegar objetos proibidos ou não fazer aquilo que foi imposto (normalmente prazeroso). Nesta pesquisa, esta tarefa foi aplicada após 15 minutos de brincadeira livre entre a mãe e a criança, quando o entrevistador entra na sala e solicita à mãe que guarde os brinquedos na caixa junto com seu filho. Espera-se que a criança ajude a mãe a guardar os brinquedos.

A segunda tarefa denominada aqui como “ajudar o experimentador”, foi adaptada do trabalho de Warneken e Tomasello (2007) para que pudesse se parecer de uma maneira o mais natural possível em um ambiente de laboratório para uma criança de três anos. Ela está inserida na categoria de tarefas denominadas “fora de alcance” (do inglês out-of-reach task) e é caracterizada por ser uma ação com a intenção de ajudar a outra pessoa, que não consegue alcançar um objetivo específico. Trata-se de um comportamento prossocial de ajuda, que difere do comportamento de cooperação, pois neste a intenção é trabalhar em conjunto como parceiro com objetivos mútuos e no caso da ajuda, a criança age sozinha, exigindo dela o desenvolvimento de competência próprias (Brownell, Ramani & Zrewas, 2006; Svetlova, Nichols & Brownell, 2010; Vaish, Carpenter & Tomasello, 2009, 2010). A partir dos quatorze meses já se observa na criança esta capacidade de ajuda instrumental (Warneken & Tomasello, 2007), sendo este um dos comportamentos prossociais mais

precoce a se observar no desenvolvimento infantil, seguido por compartilhar e mais tardiamente confortar (Dunfield, Kuhlmeier, O'Connor & Kelley, 2011; Warneken & Tomasello, 2006). Nesta pesquisa, esta tarefa foi aplicada quando o experimentador termina a fase anterior do protocolo, uma série de perguntas sobre compreensão de intencionalidade, e vai guardar os papéis em cima do armário, deixando um papel cair no chão. Para que as crianças possam diferenciar que esta ação foi acidental o experimentador diz “ops!”, pois sabe que se as crianças acharem que foi intencional, elas não ajudariam da mesma forma ou não ajudariam (Behne, Carpenter, Call & Tomasello, 2005). Experimentador aguarda a resposta da criança, caso não haja, ele irá esticar a mão em direção ao papel, como numa tentativa de alcançar o papel e caso não haja resposta novamente ele irá olhar para o objeto e para a criança. Espera-se que a criança pegue o papel do chão e entregue na mão do experimentador.

2.5. Categorias de observação

As categorias de observação na primeira tarefa “*recolher os brinquedos*”, com base no protocolo desenvolvido por Kuczynski e Kochanska (1990), mas com adaptações no sentido de um maior detalhamento. Eles estão descritos a seguir:

1) Comportamento Materno

A – Latência da fala materna (tempo de reação da mãe, a partir da solicitação do experimentador);

B – Tipos de comandos fornecidos pela mãe, classificados em: diretos; indiretos e outros comportamentos de interesse como barganha, explicações, reforço negativo, reforço positivo, oferecer assistência e persuasão criativa. O item “arrumação” marca o tempo de duração do comportamento. O procedimento, a classificação de cada categoria analisada e exemplos encontra-se com detalhes respectivamente no APÊNDICE VII e no ANEXO II.

2- Comportamentos de resposta da criança à solicitação materna

A- Tipo de reação da criança quanto à obediência: obediência comprometida (adesão imediata à proposta da mãe), obediência situacional (adesão mediante insistências) e desobediência (não adesão).

B Frequência dos diversos padrões emitidos pela criança nos casos de obediência situacional ou desobediência: ignorar o comando, recusar simplesmente (dizer não) e desafio diretivo (teimar, discutir). Foi criada uma categoria que englobava todas as demais reações descritas no protocolo inicial que incluem inventar desculpas, barganhas e negociação, choramingar, solicitar ajuda, agrupadas em “outros comportamentos”.

C- Foi marcada a duração de tempo dedicado pela criança para recolher os brinquedos na caixa e o número de peças de brinquedo guardadas respectivamente pela mãe e pela criança, bem como quanto tempo elas interagem arrumando juntas.

2ª tarefa “fora de alcance” – as categorias de observação são:

A – Marcar com o tempo que a criança pegar o papel 1) ≤ 5 seg; 2) > 5 seg ou registrar que 3) a criança não pegou. Marcar o tempo de reação, medido pela diferença entre pegar o papel e ver o papel cair. Relação entre o movimento corporal do experimentador (sem movimento, esticar o braço e dois movimentos conjuntos de esticar o braço e alternar o olhar entre a criança e o papel no chão.

No caso em que a criança pegou o papel, marcaram-se: 1) tempo entre a queda do papel e a ação da criança nas categorias: 1) ≤ 5 seg; 2) > 5 ; 2- a duração do tempo entre a criança ver o papel e pegar. (notar que a segunda medida refina a primeira).

2.6. De análise de dados e fidedignidade

Para verificarmos se existem diferenças entre os grupos de mães e as práticas educativas maternas, as respostas da criança aos comandos maternos e o comportamento prosocial medido pela capacidade de ajuda da criança foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, por ser uma amostra pequena.

Os dados: nível de escolaridade materno e paterno, idade, escore de depressão, dados da composição familiar (análise socioeconômica, se criança frequenta creche ou escolinha, quem cuida da criança na maior parte do tempo, se a criança tem contato com o pai, se a mãe possui alguém que ajuda nos cuidados diários da criança) foram analisados utilizando o Chi-quadrado. Para todas as análises foram utilizadas um nível de significância de $p < 0,05$.

Para a avaliação de fidedignidade foi realizada a comparação das análises realizadas pelo pesquisador com as realizadas por juízes independentes, utilizando 15% do material utilizado. Foi calculado o índice de concordância entre o pesquisador e os juízes independentes e seus valores são apresentados como percentagem entre 0 e 100. Neste trabalho foi usado o Coeficiente Alfa de Cronbach, o qual é considerado confiável coeficientes acima de 0,70. Os índices encontrados para esse estudo encontram-se listados abaixo.

Tabela 6. Lista dos resultados do α de Cronbach

	α de Cronbach
Reação	0,84
Para os comandos maternos:	
Comando direto	0,97
Comando indireto	0,83
Explicações	0,77
Reforço positivo	0,93
Arrumação (mãe)	0,99
Resposta da criança à solicitação materna	0,93
Ignora	0,94
Recusa simples	0,9
Arrumação (criança)	0,98
Quantidade de peças de brinquedos que a:	
Mãe pegou	0,99
Criança pegou	0,99
Todas as respostas da tarefa 2	1

Na tarefa 1, os comportamentos de barganha, feedback negativo, oferecer assistência e persuasão criativa não foram apresentados por poucas mães, desta forma, eles

foram agrupados em uma nova categoria denominada “outros comportamentos”. Os comportamentos de desafio direto, inventar desculpas, barganhas e negociação, choramingar e solicitar ajuda foram apresentados por poucas crianças, desta forma, eles foram somados e agrupados, assim como as mães, em uma categoria denominada “outros comportamentos”. O experimentador pegou uma única peça durante todas as filmagens, com isso o índice não foi analisado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da codificação dos vídeos, os resultados foram analisados para atingir os objetivos do estudo. Foram compostos três grupos: grupo de mães “nunca deprimidas” (N=12), grupo de mães **com depressão pós-parto** e reincidência da depressão aos três anos da criança (N=6) e um grupo de mães com depressão no momento da aplicação do teste, ou seja, aos três anos da criança (N=6). O grupo de mães **com depressão pós-parto** e reincidência foi denominada “**sempre deprimida**” e o grupo de mães com depressão no momento da aplicação dos testes foi denominada “**depressão atual**”.

Os dados serão apresentados da seguinte maneira:

- **Respostas maternas - 1ª Tarefa “recolher os brinquedos”;**
- **Respostas das crianças - 1ª Tarefa “recolher os brinquedos” – ajudar a mãe e**
- **2ª Tarefa “fora de alcance”- ajudar o experimentador.**

3.1. 1ª Tarefa “*recolher os brinquedos*” - Respostas maternas:

Relembrando como esta tarefa foi aplicada: o experimentador entra na sala e a mãe e a criança estão brincando por quinze minutos juntas. O experimentador pede à mãe que esta solicite a ajuda de sua criança para arrumar os brinquedos na caixa. Espera-se que a mãe dê, ao menos um comando direto para sua criança. Normalmente, as crianças respondem rapidamente e de uma maneira comprometida, porém podem demorar um pouco, e neste caso a mãe pode usar outros comandos para manter sua atenção e receber ajuda, ou a criança pode não obedecer e a mãe terá que usar uma variedade maior de comandos para fazer sua criança mudar de ideia e ajudar ou a mãe desiste e arruma os brinquedos sozinha. Por isso neste trabalho, além da dinâmica dos comandos e respostas da interação mãe-criança analisados, optamos por analisar a dinâmica de tempo de arrumação de cada uma, tempo de cooperação mútua e quantidade de brinquedos. A Tabela 7 mostra as porcentagens, as médias e os desvios padrão das respostas maternas nos três grupos; os testes de comparação de médias não indicaram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 7. Respostas maternas apresentadas na tarefa “recolher os brinquedos”

	Mães nunca deprimidas n=12		Mães com depressão atual n=6		Mães sempre deprimidas n=6	
	%	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)
Comandos						
Diretos	83,3	2,67 (2,30)	83,3	3,0 (2,0)	100	2,5 (1,76)
Indiretos	58,3	1,0 (1,12)	33,3	0,5 (0,83)	66,7	1,0 (1,09)
Atitudes habilidosas						
Explicações	50	1,25 (1,65)	33,3	0,33 (0,51)	16,7	0,17 (0,40)
Reforço positivo	25	0,42 (0,90)	8	0,50 (1,22)	-	-
Oferece assistência	8,3	0,17 (0,57)	8	0,17 (0,40)	8	0,17 (0,40)
Atitudes não habilidosas						
Barganhas	8,3	0,25 (0,86)	-	-	-	-
Reforço negativo	33,3	0,58 (0,90)	8	0,67 (1,63)	-	-
Variações de comportamento		2,67 (1,55)		2,17 (2,13)		2,0 (1,09)
Tempo de arrumação		79,75 (42,62)		97,33 (146,68)		54,67 (63,94)
Quantidade de brinquedos		12,92 (8,02)		15,33 (19,33)		9,17 (5,41)
Cooperação mútua		32,42 (42,16)		17,67 (18,87)		40,50 (59,16)
Latência fala materna		7,5 (18,17)		5,33 (4,36)		7,83 (2,63)

Os objetivos específicos ao avaliar o comportamento materno foram o de verificar se a presença de depressão pós-parto materna influenciaria as suas práticas educativas. Sendo assim, observamos o tempo de reação da fala materna, os comandos (diretos e indiretos), explicações, reforço positivo, oferecer assistência, barganhas e reforço negativo; variações na quantidade de comportamento, tempo de arrumação, quantidade de brinquedos arrumados e por quanto tempo elas trabalharam juntas.

Nossa hipótese para esta análise foi que, as mães com depressão (atual ou sempre deprimidas), quando comparadas com as mães nunca deprimidas, demonstrariam em suas práticas educativas parentais mais comandos indiretos a seus filhos. Esta hipótese não foi confirmada, pois, não houve diferença significativa entre os três grupos para a ocorrência assim como para a frequência. Do mesmo modo, não houve diferenças estatísticas entre os três grupos para os comandos diretos, para as explicações, para os outros comandos, para a variedade de comportamentos e o tempo de reação.

Em relação ao tipo de comandos diretos e indiretos dados pelas mães na tarefa, na comparação entre os grupos, pelo teste de qui-quadrado não houve diferença significativa. Estes resultados corroboram com os resultados de Kuczynski e Kochanska (1990) e Kuczynski, Koschanska, Radke-Yarrow e Girnius-Brown (1987) que não encontraram diferenças entre as estratégias de controle entre ambas as mães.

Os “comandos indiretos” foram observados em menor quantidade pelas mães “com depressão atual”, sem apresentar diferença significativa entre os grupos.

Em relação à presença de explicações das mães, embora não tenham sido observadas diferenças significativas entre os três grupos, as mães “nunca deprimidas” apresentaram a média de 1,25 (DP=1,65), as mães com “depressão atual” média de 0,33 (DP=0,51) e as “sempre deprimidas” a média de 0,17 (DP=0,40). A análise feita dividindo-se as mães em dois grupos (com e sem DPP) mostrou diferenças significativas, com mais explicações no grupo sem DPP. Este resultado não corrobora os achados de Kochanska, Kuczynski e Maguire (1989), que as mães com depressão usavam mais explicações. A diferença entre os resultados pode, entre outros fatores, estar ligada à conjugação da DPP com o tipo de sensibilidade materna e calor emocional (Campbell et. al, 2004) e aspectos que não foram avaliados nesta pesquisa. O presente resultado é sugestivo de que as mães deprimidas se apresentem mais arredias e ausentes, dialogando menos e não fornecendo explicações necessárias para as necessidades do dia a dia.

Para as categorias de atitudes habilidosas ou não habilidosas, não houve diferenças significativas entre os três grupos. Contudo as mães “nunca deprimidas” apresentaram a maior variedade destes comportamentos (habilidosos ou não). Isto sugere que a ausência da depressão trouxe uma maior flexibilidade de ideias e sugestões para convencer ou uma maior criatividade por parte das mães na tentativa de persuadir seus filhos a ajudarem.

Embora as mães com depressão atual tenham passado mais tempo em arrumação, apresentaram menor média de tempo trabalhando junto com seus filhos em cooperação mútua. O desvio padrão grande das mães com depressão (atual e sempre) mostra a heterogeneidade da depressão.

A hipótese de que mães deprimidas ficariam em média um tempo menor arrumando com os filhos e apresentariam uma quantidade menor de brinquedos arrumados não foi

confirmada, pois não houve diferença significativa entre os grupos, porém as mães “sempre deprimidas” tiveram uma média de tempo de arrumação menor (54,67 segundos) que as outras duas (nunca deprimidas=79,75 segundos e com “depressão atual” = 97,33 segundos). Da mesma maneira as mães “sempre deprimidas” pegaram menos brinquedos (M=9,17), ao contrário das mães “nunca deprimidas” que pegaram em média 12,92 e as mães com “depressão atual” pegaram em média 15,33 brinquedos.

A tabela abaixo mostra as porcentagens, médias e desvio-padrão das respostas das crianças na tarefa de recolher brinquedos.

3.2. 1ª Tarefa “recolher os brinquedos” – Respostas das crianças

Tabela 8. 1ª Tarefa “recolher os brinquedos” – Respostas das crianças

	Mães nunca deprimidas n=12		Mães com depressão atual n=6		Mães sempre deprimidas n=6	
	%	M (DP)	%	M (DP)	%	M (DP)
Ignora	16,7	6,58 (15,70)	16,7	4,83 (11,83)	33,3	6,67 (11,50)
Recusa simples	41,7	1,67 (3,55)	33,3	1,83 (3,6)	16,7	0,17 (0,40)
Desafio	8,3	0,08 (0,28)	16,7	0,5 (1,22)	-	-
Desculpas	33,3	0,42 (0,66)	-	-	-	-
Outros comportamentos*	8,3	0,08 (0,28)	50	0,5 (0,54)	-	-
Choraminger	8,3	0,08 (0,28)	33,3	0,50 (0,54)	-	-
Solicitar ajuda	-	-	16,7	0,17 (0,40)	-	-
Variações de comportamento		1,08 (1,16)		1,17 (1,60)		0,5 (0,83)
Tempo de arrumação		36,92 (44,47)		18,50 (18,57)		44,33 (57,80)
Quantidade de brinquedos		5,92 (7,96)		3,67 (3,67)		5,00 (3,68)
Criança olha						
Sem movimento	50		66,7		50	
Braço estendido	50		33,3		50	
Criança pega						
Sem movimento	16,7		50		-	
Braço estendido	41,7		50		66,7	
Braço estendido e olhar direcionado	16,7		-		-	
Tempo de reação		6,44 (5,0)		3,17 (1,47)		7,33 (2,88)

“Outros comportamentos” apresentou resultado estatisticamente significativo quando comparadas as crianças de mães com “depressão atual” X crianças de mães “nunca deprimidas” usando teste

Chi-quadrado, $\chi^2_1=4,0$; $p<0,05$ em sua ocorrência e resultado estatisticamente significativo usando teste U de Mann-Whitney comparando as médias dos mesmos dois grupos, U (21), $p<0,05$.

Observamos na tarefa de “*recolher os brinquedos*” os tipos de obediência (comprometida ou situacional) ou desobediência e as possibilidades de respostas aos comandos maternos representados por ignorar, dar recusa simples, desafiar, dar desculpas ou outros; registramos também o tempo de arrumação, a quantidade de brinquedos arrumados e o tempo em que trabalharam juntas.

A hipótese de que as crianças cujas mães apresentaram depressão (sempre ou atual) apresentariam mais vezes o comportamento de ignorar o pedido de suas mães não foi comprovada. Os três grupos apresentaram um número pequeno de ignorar e os respectivos tempos médios foram 6,67 segundos (mães “sempre deprimidas”), 6,58 segundos (mães “nunca deprimidas”) e a menor média de 4,83 (mães com “depressão atual”).

As crianças de mães “sempre deprimidas” apresentaram a maior prevalência do comportamento de ignorar, que segundo a literatura é a forma mais simples de recusa, sem apresentar variações de comportamento, e a menor quantidade de recusas simples. Este aspecto pode ser avaliado como uma forma mais imatura de expressão e reflete um nível de capacidade denominada desobediência passiva (Kochanska & Aksan, 1995; Kuczynski & Kochanska, 1990). Porém, ao contrário do observado por Gauvain e Perez (2008) que, as crianças que apresentam formas de desobediência como ignorar passivamente ou serem desafiantes fizeram com que suas mães usassem respostas mais diretivas, em nossos resultados não houve esse aumento das respostas maternas em função do comportamento da criança.

As crianças de mães deprimidas não apresentaram o comportamento de dar “desculpas” às suas mães para não arrumar.

A recusa simples da criança, segundo a literatura (Kuczynski et al., 1987) aumenta o diálogo e as sugestões das mães, porém este aumento de um e conseqüentemente do outro só ocorreu nas mães nunca deprimidas (recusa simples 41,7% e explicações 50%), nos dois grupos deprimidos a porcentagem foi igual para ambos comportamentos.

Nenhuma das crianças apresentou o comportamento de negociar.

A “recusa simples” foi apresentada por 33,3% de crianças de mães com “depressão atual”, e por 16,7% das do grupo de mães “sempre deprimidas”. O “desafio” foi apresentado somente pelas crianças de mães com “depressão atual” em 16,7 % dos casos. Esta inversão entre esses grupos de mães deprimidas mostra que a cronicidade (Campbell et al., 2004; Murray, Halligan & Cooper, 2010) é um fator relevante para as recusas simples, como uma capacidade mais madura de seu autorregular. As crianças do grupo de mães sempre deprimidas, ignoraram mais, apresentaram menos recusas simples, “desculpas” e menos de variedade dos outros comportamentos, o que é sugestivo de prejuízo no desenvolvimento da noção de autonomia, sem conseguir comunicar sua resistência intencional ao controle materno (Kuczynski & Kochanska, 1990).

As crianças de mães com “depressão atual” se diferenciaram dos outros dois grupos, pois foram mais desafiadas, e apresentaram mais comportamentos de choramingar e pedir ajuda, com diferença estatisticamente significativa: 1- na comparação entre crianças de mães “nunca deprimidas” (50% x 8,3%) pelo teste Chi-quadrado, $\chi^2_1=4,0$; $p<0,05$ e pelo teste Teste U de Mann-Whitney [U(21), $p<0,05$]; 2- na comparação com o grupo de sempre deprimidas, pelo Teste U de Mann-Whitney [U(9,0) $p<0,05$]; 3- este foi também o grupo com menor tempo ajudando suas mães a guardar os brinquedos $M=18,50$ ($DP=18,57$).

O contraste do tempo de arrumação do grupo “depressão atual” (média=18,50 segundos; $DP=18,57$) com o grupo “sempre deprimidas” (média=44,33 segundos; $DP=57,80$) contraria a hipótese geral de que a depressão estaria genericamente associada a um tempo menor arrumando juntas, em cooperação mútua. Acentua, porém o efeito da depressão atual recente. É interessante associar este baixo tempo de arrumação deste grupo com o índice mais baixo de comandos indiretos das mães com depressão atual e, consequentemente, índices proporcionalmente mais altos de comandos diretos. Para Bryce e Jahromi (2013), as crianças de desenvolvimento típico seriam obedientes aos comandos indiretos, pois estes comandos, segundo eles, não seriam comandos controladores e sendo de baixo poder assertivo, resultariam em menos estresse na relação. Se os pais usam estratégias indiretas como sugestões eles estão contribuindo para o desenvolvimento da autonomia da criança (Kuczynski et al., 1987). Embora as mães dos três grupos tenham apresentado comandos diretos seguidos de indiretos, isto parece refletir a solicitação feita de que pedissem a seus filhos que lhes ajudassem. Este é, o que para nós, nesta pesquisa,

seria nosso “padrão típico”, atípicas seriam as mães que não têm reação, ou que arrumam sozinhas sem pedir ajuda a seus filhos, o que ocorreu mais tipicamente com o grupo “depressão atual”.

Outro aspecto importante de ser lembrado é que quando a tarefa foi aplicada, as crianças estavam brincando com suas mães e com brinquedos muito interessantes. Dois aspectos devem ser observados: o momento a sós com a mãe, no qual elas tinham a “obrigação” de brincar com seus filhos e a variedade dos brinquedos, novos e bem interessantes. Não sabemos o quanto essas mães são disponíveis em casa com seus filhos para brincar e não sabemos quantos brinquedos essas crianças possuem. As crianças ficavam “eufóricas” com a casinha de madeira, principalmente com a escada, sendo um motivo de muitos comentários. Algumas crianças que estavam muito envolvidas na brincadeira se recusavam a guardar os brinquedos, mas é assim “na vida real”, fora do laboratório: na melhor hora da brincadeira a mãe manda guardar os brinquedos para tomar banho ou comer.

3.3. Resultados da 2ª Tarefa “fora de alcance”- ajudar o experimentador, apresentados em associação aos da tarefa 1- recolher brinquedos

Os resultados estão apresentados na segunda parte da Tabela 8 acima, em seguimento aos resultados da tarefa 1. Foram analisados nesta tarefa o movimento corporal do experimentador e a reação da criança. Estes movimentos corporais do experimentador (esticar o braço ou alternar movimento de olhar para o objeto e olhar para a criança) nos mostram se foi necessária alguma pista para que a criança percebesse que ela deveria ajudar. Quando o experimentador estica o braço e olha alternadamente para a criança e para o objeto caído no chão, fica explícito o pedido, mesmo sendo não verbal. Estes aspectos sobre a importância das pistas corporais na execução da tarefa foram analisados pelos autores Warneken e Tomasello, somente no trabalho de 2013, e eles constataram que estas pistas adicionais não são necessárias em crianças com desenvolvimento normal para a ocorrência de ajuda (pegar o objeto caído para o experimentador). No presente trabalho, os resultados dos efeitos da depressão atual (ou crônica) foram mais complexos. As crianças de mães “nunca deprimidas” foram as únicas entre os três grupos que precisaram de mais

pistas como braço esticado e olhar alternado para o objeto e para elas (16,7%), contradizendo os achados de Warneken e Tomasello (2013). As crianças de mães com “depressão atual” foram as que olhavam para o papel e não precisaram de pistas (66,7%): isto mostra que elas eram mais atentas que as crianças dos outros dois grupos, apesar não haver diferença estatística. A maioria das crianças do grupo de mães “nunca deprimidas” e “sempre deprimidas” pegou o objeto com a pista “braço estendido” (41,7% e 66,7%, respectivamente). O grupo de crianças de mães com “depressão atual” ficou dividido entre pegar o papel sem movimento (50%) e com braço estendido (50%). O grupo de depressão atual apresentou um padrão de resposta diferente dos outros dois grupos, apesar de não haver diferença estatística entre eles: mostrou-se mais alerta à situação, sendo o grupo com maior porcentagem de olhar para a cena, mesmo sem sinais adicionais do experimentador (66.7%) e também com maior porcentagem relativa de ajuda, sem movimentos adicionais de “pedidos” do experimentador (50%).

A hipótese previamente levantada, de que as crianças de mães com depressão precisariam de mais pistas corporais para ajudar (como braço estendido e direção do olhar) não foi confirmada. Curiosamente, as crianças de mães “nunca deprimidas” foram as que precisaram de mais pistas corporais. Isso pode ser explicado pelo fato de que as crianças de mães sem depressão não possuem o estresse ambiental e por isso elas podem ser mais desatentas, visto que não existe um perigo iminente.

A tarefa 1 também foi analisada em termos do tipo de obediência (comprometida ou situacional) ou desobediência e a tarefa 2 em termos da latência e da ocorrência de ajuda ao experimentador. Estes resultados estão apresentados na tabela 9 a seguir.

Tabela 9. Respostas das crianças comparando resultados ajudar mãe - 1ª Tarefa “recolher os brinquedos” X ajudar experimentador - 2ª Tarefa “fora de alcance”

	Mães nunca deprimidas n=12 M (DP)	Mães com depressão atual n=6 M (DP)	Mães sempre deprimidas n=6 M (DP)
Tarefa 1 - recolher os brinquedos			
obediência comprometida	5 (41,7 %)	3 (50 %)	4 (66,7 %)
obediência situacional	3 (25 %)	1 (16,7 %)	2 (33,3 %)
desobediência	4 (33,3 %)	2 (33,3 %)	-
Tarefa 2 - fora de alcance*			
pegou ≤ 5 seg	5 (41,7 %)	6 (100 %)	2 (33,3 %)
pegou > 5 seg	4 (33,3 %)	-	2 (33,3 %)
não pegou	3 (25 %)	-	2 (33,3 %)

Resultado tarefa fora de alcance: mães nunca deprimidas X mães com depressão atual $\chi^2(2)=5,72$; $p<0,05$. Mães sempre deprimidas X mães com depressão atual $\chi^2(2)=6,0$; $p<0,05$.

Nossa hipótese foi de que as crianças cujas mães apresentaram DPP, quando comparadas às crianças de mães nunca deprimidas desobedeceriam suas mães na tarefa “*recolher os brinquedos*”. A hipótese não foi comprovada e ao contrário do esperado, as crianças que mais desobedeceram foram as crianças de mães nunca deprimidas e com depressão atual. A maior porcentagem para a obediência comprometida, com 66,7% foi para as crianças de mães “sempre deprimidas” e as crianças de mães sempre deprimidas não desobedeceram. Estes resultados nos mostram que as crianças de mães com depressão apresentaram um percentual maior (50 e 66,7%) de obediência comprometida, que é a estância mais madura do comportamento infantil e reflete a expansão da autorregulação e a nascente internalização das regras parentais (Gralinski & Kopp, 1993; Kochanska & Aksan, 1995; Kochanska et al., 2001; Kopp 1982; Maccoby & Martin, 1983). Parece que as crianças de mães “sempre deprimidas” possuem atitudes mais maduras, pois não apresentaram o comportamento de desobediência. Isso pode ser explicado pela ausência da mãe por longo tempo de depressão, fazendo com que a criança seja mais responsável por atividades com outras pessoas, inclusive ajudando mais suas mães. Outra explicação possível pra esta situação é que a obediência comprometida pode estar relacionada ao uso materno de poder. Crianças de mães que usam mais força demonstram menos obediência por obrigação, ambos como causa e resultado do estilo materno (Kochanska et al., 2001).

A hipótese de que as crianças de mães com DPP não iriam ajudar o experimentador não foi confirmada. Ao contrário do esperado, as crianças que ajudaram em tempo mais rápido (menor ou igual a cinco segundos) foram as crianças de mães com depressão atual, isto é, no momento da aplicação do teste. As crianças de mães “nunca deprimidas” foram as que demoraram mais do que cinco segundos para pegar. Houve diferença significativa quando comparados os grupos de mães “nunca deprimidas” e mães com “depressão atual”, pelo teste Qui-quadrado [$\chi^2(2)=5,72$; $p<0,05$] e as crianças dos grupos de mães “sempre deprimidas” e mães com “depressão atual”, pelo teste Qui-quadrado [$\chi^2(2)=6,0$; $p<0,05$]. Não houve diferença estatística entre as respostas das crianças de mães “nunca deprimidas” e mães “sempre deprimidas”. Nesta tarefa a depressão pós-parto parece não ter influência no comportamento da criança, porém a depressão no momento da aplicação parece influenciar esse comportamento, 100% das crianças deste grupo pegaram em menos de cinco segundos. Estes resultados não estão de acordo com a literatura no que diz respeito ao nível socioeconômico, no qual o nível baixo influenciaria as atitudes de ajuda no ambiente familiar (Eisenberg & Fabes, 1998). Nossos participantes pertencem predominantemente às categorias C1, C2 e D e houve alto índice de ajuda ao experimentador.

As crianças de mães “com depressão atual” foram as que mantiveram o foco de atenção: 66,7% viram o papel cair sem precisarem de pistas corporais e tiveram um tempo médio de reação de 3,17 segundos, com diferença significativa entre os outros dois grupos. Isto pode ser explicado, pois as crianças vivenciaram uma transformação no comportamento materno, que faz com que elas sejam mais atentas ao ambiente ao redor, podendo estar estressadas (Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick & McKnew, 1990) de um modo geral a depressão atual parece ter aumentado a chance de “ajudar o experimentador”.

Síntese das hipóteses levantadas: três foram confirmadas. Na 1ª hipótese, confirmou-se que mães com depressão apresentaram poucas variações de comportamento, na 2ª hipótese, confirmou-se que crianças de mães sempre deprimidas, na tarefa de “recolher os brinquedos” apresentaram comportamento de ignorar o pedido de suas mães, e na 3ª hipótese, confirmou-se um tempo maior de reação para as mães sempre deprimidas.

4. CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar a relação entre a situação sócio afetiva de criação ocasionada pela depressão pós-parto materna e o comportamento prossocial infantil. Os dados mostram que qualquer hipótese linear simples de efeitos negativos da depressão pós-parto no desenvolvimento do comportamento prossocial não se aplica. Parece que a situação sócio afetiva de criação, caracterizada pela depressão pós-parto não prejudica necessariamente o comportamento prossocial. Ao contrário, em alguns dos resultados, foram encontrados efeitos positivos: as crianças de mães com depressão atual foram as mais solícitas em ajudar o experimentador, pois todas ajudaram em até cinco segundos (tempo médio de 3,67 segundos).

Pode-se concluir que as crianças de mães com depressão são menos sociais? Se observarmos os resultados dessa amostra, parece que não.

Muitos trabalhos reportam que as mães contribuem muito mais para a socialização dos filhos do que os pais, como por exemplo, Groenendyk e Volling (2007). Salienta-se a importância da presença da mãe para este desenvolvimento, que na situação como a depressão materna, a mãe pode não exercer este papel de forma adequada e que favoreça o desenvolvimento da criança. Embora o presente trabalho não corrobore plenamente esta concepção, e, principalmente, não o faça de modo simplificado, os dados mostram diversos efeitos da condição, que, compreendidos de maneira integrada a fatores adicionais, merecem destaque por reiterar a importância da mesma no desenvolvimento.

Quanto ao tipo de condição depressiva da mãe, a presente pesquisa, ao comparar efeitos da depressão crônica com a depressão atual (36 meses), mostrou como ambos os tipos influenciam de alguma forma mais peculiar o comportamento infantil. Na depressão crônica as crianças apresentam mais ignorar o pedido do que recusar, comparadas às de depressão atual, o que pode ser sugestivo de um prejuízo de desenvolvimento no caso da cronicidade, pois as recusas são consideradas reações de resistência mais maduras, no sentido de desenvolve sua noção de autonomia.

Confirma-se que a mera depressão presente no momento atual nas duas condições não influencia de modo linear e que, na verdade possui muitas peculiaridades para cada

conjunto de fatores e que refletem diferentemente em cada relação, de acordo com seu apoio social e progressão do quadro, cada caso deve ser analisado em sua singularidade.

Ao comparar estes grupos, a atual pesquisa contribuiu tanto para a demonstração quanto para reflexões sobre o efeito da depressão materna nas várias fases do desenvolvimento prosocial da criança. Além disso, a análise dos vários níveis de ajuda à mãe na tarefa de arrumar brinquedos e de ajuda ao experimentador na situação de pegar papel caído ao chão, também se mostrou informativa quanto aos efeitos da depressão no desenvolvimento, permitindo uma compreensão mais detalhada destes, proporcionada pela informação adicional à de se ocorreu ou não o comportamento. Por exemplo, na tarefa 1 com a mãe, as crianças do grupo sempre deprimidas não apresentaram variedades de comportamento, como desafiar, dar “desculpas”, choramingar, pedir ajuda, o que reitera a hipótese de menor desenvolvimento destas habilidades. Evidentemente, não há condições para diferenciar se esta conduta reflete uma desistência destas crianças em entrar em embate com a mãe, dada a condição depressiva.

Destacou-se também o alto índice de desafiar, choramingar e pedir ajuda das crianças de mães com depressão atual. Para estas crianças, o tempo de arrumação conjunta com a mãe também é o mais prejudicado. Tais padrões aparecem nas nunca deprimidas, exceto o pedir ajuda. Parece que as díades de depressão crônica apresentam um ajuste à condição, representado por uma simplificação das reações da criança e um tempo relativo, entre um tempo médio alto de arrumação conjunta, porém menor do que o da depressão atual. No contraste com a tarefa 2 de auxílio ao experimentador, as crianças do grupo de depressão atual parecem relativamente mais alertas à situação pois olham-na (67% das vezes) sem sinais adicionais do mesmo (contra 50% dos outros grupos) e exibem ajuda mais imediata do que os demais grupos (Tabela 8).

Paralelos de desempenho nas duas tarefas são interessantes, pois podem esclarecer características das reações das crianças à própria mãe e a uma experimentadora não conhecida anteriormente pela criança, em função da condição de depressão materna. Para compreender os diferentes desempenhos nos dois casos, convém também considerar algumas outras peculiaridades nas duas tarefas. A tarefa de ajudar a mãe representa a interrupção de uma atividade prazerosa de brincar com objetos interessantes e uma oportunidade de fazer isto com a própria mãe. A tarefa de pegar o papel derrubado pelo

experimentador em “dificuldade” é feita num momento de transição de atividade da criança, após o término de um extenso protocolo. Isto, entretanto acarreta um possível desvio do foco de atenção da criança, que pode não estar olhando diretamente para a situação. Seria de se esperar mais resistência das crianças na tarefa 1. É especialmente interessante comparar as reações das crianças nesta situação de alguma frustração em função da depressão materna. O tipo de resistência do grupo sempre deprimido é ignorar. Os demais apresentam variedades de comportamento. O mesmo grupo ajuda a experimentadora 67% das vezes e deixa de fazê-lo 33% das vezes. Interessa ver que os demais grupos se concentram mais na ajuda nesta tarefa, em especial o de depressão atual. A análise do tipo de obediência por sua vez (Tabela 9), mostra outro resultado interessante: o aparecimento de desobediência apenas nos grupos nunca deprimidos e com depressão atual. A desobediência não deve ser entendida como um desajustamento, mas sim como uma forma da criança afirmar a sua vontade.

As mães “nunca deprimidas” apresentaram a maior variedade destes comportamentos (habilidosos ou não). Isto sugere que a ausência da depressão trouxe uma maior flexibilidade de ideias e sugestões para convencer ou uma maior criatividade por parte das mães na tentativa de persuadir seus filhos a ajudarem. Isto está de acordo com a literatura no qual as atitudes autorregulatórias dependem do suporte e guia materno (Hay & Cook, 2010), assim como da comunicação para entender as relações entre causa e efeito, que uma mãe sensível às necessidades da criança faria.

Embora as mães com depressão atual tenham passado mais tempo em arrumação, apresentaram menor média de tempo trabalhando junto com seus filhos em cooperação mútua. O desvio padrão grande das mães com depressão (atual e sempre) mostra a heterogeneidade da depressão.

A hipótese de que mães deprimidas ficariam em média um tempo menor arrumando com os filhos e apresentariam uma quantidade menor de brinquedos arrumados não foi confirmada, pois não houve diferença significativa entre os grupos, porém as mães “sempre deprimidas” tiveram uma média de tempo de arrumação menor (54,67 segundos) que as outras duas (nunca deprimidas=79,75 segundos e com “depressão atual” = 97,33 segundos). Da mesma maneira as mães “sempre deprimidas” pegaram menos brinquedos

(M=9,17), ao contrário das mães “nunca deprimidas” que pegaram em média 12,92 e as mães com “depressão atual” pegaram em média 15,33 brinquedos.

Parece que, quando as mães deprimidas são comparadas às mães nunca deprimidas há uma certa conduta de normalidade, mas é na relação entre as mães e as crianças que se observam certas particularidades, detalhes que refletem essa qualidade interacional. Isto nos leva a pensar que, se a mãe com depressão, não importa em qual momento, não tiver um acompanhamento terapêutico, em primeiro lugar, deixará marcas observáveis só na criança; e, em segundo lugar, quando forem observados tais marcas, será a longo prazo, quando fica mais difícil de se entender quais causas levaram a criança a apresentar alterações e consequentemente de tratar a criança.

As práticas educativas parentais por si só não respondem como as crianças serão socialmente, porém influenciam o comportamento da criança e nos ajuda a observar como funciona a relação entre a mãe e a criança. É uma avaliação temporária, que pode variar de acordo com o contexto. Vários fatores como o temperamento da criança, nível socioeconômico, frequentar creche também contribuem para a criança ser mais social e ter oportunidades maiores de trocas com pessoas diferentes e de idades diferentes.

Neste trabalho nos propomos a investigar as práticas educativas e o comportamento social da criança, por observação deste comportamento e não por questionários respondidos pelas mães, pois as mães deprimidas podem ter uma opinião alterada ou não condizente com a realidade de seus filhos. Acreditamos que esta pesquisa trouxe contribuições metodológicas importantes, pois não utilizou somente um instrumento e as tarefas foram aplicadas em situações *quasi* natural.

Este estudo fez parte do projeto longitudinal conforme descrito anteriormente. Há o fluxo de pesquisadores, que entram no projeto, levam um certo tempo para entender como funciona, e só depois se apoderam dos dados e de suas respectivas funções. Poucos foram os pesquisadores que fizeram mais de uma pesquisa no projeto, como por exemplo, Gabriela Silva, que participou da coleta de mães no hospital e nos Centros de Saúde, fez seu mestrado e doutorado. Renata Pereira de Felipe que participou como apoio técnico, fez seu mestrado e doutorado. Acredito que esse tempo para apoderar-se das planilhas e dos dados por vezes dificulta uma maior fluidez de informações.

Esta pesquisa contém um número pequeno de participantes e precisa ser replicada com um número maior, além disso, os testes de ajuda instrumental devem ser ampliados em tipos e em ambientes diferentes, fora do laboratório, em ambiente natural à criança e situações que envolva a mãe e em contextos que ocorram situações de estresse entre eles. Assim como a tarefa de recolher os brinquedos deve ser adaptada para poder ser comparada com o experimentador.

O protocolo dos três anos foi desenvolvido no período em que as pesquisas estavam em andamento, com isso perdemos algumas crianças que eram de grande valor para o experimento (filhas de mães com DPP).

Este protocolo durou aproximadamente uma hora e 20 minutos, o que fazia com que as crianças se cansassem ou demonstrassem inquietação. Vários foram os casos em que a criança pedia para ir ao banheiro e o teste referente a esta pesquisa não foi aplicado. Em outros casos, não houve maior insistência para que a criança ajudasse a mãe na primeira tarefa para que não houvesse consequências no seguimento do protocolo e com isso, muitos comportamentos de birra que teriam sido interessantes de serem observados não puderam para que não maculasse o seguimento do protocolo.

O teste “fora de alcance” foi uma adaptação do teste proposto por Warneken e Tomasello (2006, 2007), porém neste trabalho o experimentador vira-se de costas para a criança depois de dizer “vou guardar aqui”, neste momento muitas crianças desviaram seu foco de atenção para outra fonte, como a mãe, e não perceberam o que ocorreu, fazendo com que mais sujeitos fossem perdidos.

Considera-se que para ajudar instrumentalmente outra pessoa, é necessário que se entenda seu objetivo e que se compreenda que caso este não seja atingido, será necessário motivação para efetivar a ação de ajuda. Desta forma, ao se replicar este estudo, deve-se observar se a criança olha o experimentador e não pega o objeto, demonstrando uma clara diferença entre não ajudar porque não viu e não ajudar porque não quis.

Ao analisarmos os problemas que a depressão pós-parto acarretará na nossa população e quais características particulares estes problemas trarão, este projeto longitudinal e essa pesquisa pode vislumbrar ideias que acarretem no desenvolvimento de tratamentos para esse problema, com desdobramentos preventivos.

Segundo alguns autores (Feldman, 2013; Field, 2012; Kim-Cohen et al., 2005) mesmo que as mães deprimidas sejam tratadas, não reduz, por exemplo, a conduta antissocial ou problemas de interação de seus filhos. Tendo isto em mente, as formas de tratamento não devem ser direcionadas somente às mães (como medicamentos), porém devem estar associados a maneiras de interagir com a criança. Tiffany Field desenvolve nos EUA formas de apoio para reestruturar essa relação baseada na massagem, onde as mães são ensinadas a interagir com seu bebê por meio do toque. Ruth Feldman, em Israel, fornece suporte às mães deprimidas ensinando-as maneiras saudáveis de interação, de respostas contingentes e recíprocas. Estes trabalhos requerem uma equipe interdisciplinar e um treinamento minucioso, pois são os detalhes iniciais da relação que terão desdobramentos negativos e repercutirão no desenvolvimento da criança.

Esta tese pode contribuir para a prática terapêutica. Que esta pesquisa possa beneficiar pessoas que estejam em sofrimento e profissionais que possam atenuar esse sofrimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, P. & Piccinini, C. A. (2009). Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 22 (2), 191-199.

Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Lopes, R. S. & Tudge, J. (2009). Estabilidade e mudanças nas práticas educativas de mães e pais dos 18 para os 24 meses de vida da criança. *Interação em Psicologia*, 13 (2), 253-262.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* (4a ed.). Lisboa: Climepsi.

Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.

Batson, C. D. (1998). Altruism and Prosocial Behavior. In: D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (eds.), *The Handbook of social psychology*, (vol II, 4a ed, pp. 282-316). New York: McGraw-Hill.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37 (4), 887-907.

Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35 (7), 639-652.

Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J., Chen, H., Buck, K. A., Cohen, P., Feldstein, S. & Andrews, H. (2012). Maternal postpartum depressive symptoms and 4-month mother-infant interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 29 (4), 383-407.

Behne, T., Carpenter, M., Call, J., & Tomasello, M. (2005). Unwilling versus unable: Infants' understanding of intentional action. *Developmental Psychology*, 41, 328-337.

Bornstein, M. H., Arterberry, M. E., Mash, C. & Manian, N. (2011). Discrimination of facial expression by 5-month-old infants of nondepressed and clinically depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 34, 100-106.

Bowles, S. & Gintis, H. (2011). *A Cooperative Species: Human Reciprocity and Its Evolution*. New Jersey: Princeton University Press.

Boyce, P. M. (2003). Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Health*, 6 (suppl. 2), s43-s50.

Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M. & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36, 759-766.

Brocci, B. S., Bussab, V. S. R. (2011) A influência da depressão pós-parto no desenvolvimento da linguagem de crianças de 36 meses. In: Maria Claudia Santos Lopes Oliveira [et al.], *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento*, Brasília: Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento.

Brownell, C. A., (2013). Early development of prosocial behavior: current perspectives. *Infancy*, 18 (1), 1-9.

Brownell, C. A. & Kopp, C. B. (2007). Transitions in toddler socioemotional development, behavior, understanding, relationships. In: C.A. Brownell & C. B. Kopp, *Socioemotional development in the toddler years – Transitions and transformations*, (pp. 1-40). New York: The Guilford Press.

- Brownell, C., Svetlova, M., Anderson, R., Nichols, S. & Drummond, J. (2013). Socialization of early prosocial behavior: parents' talk about emotions is associated with sharing and helping in toddlers. *Infancy*, 18 (1), 91-119.
- Brownell, C., Ramani, G. & Zerwas, S. (2006). Becoming a social partner with peers: cooperation and social understanding in one- and two-years-olds. *Child Development*, 77 (4), 803-821.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão maternal nas interações iniciais. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 37 (2), 151-158.
- Bussab, V. S. R. & Ribeiro, F. J. L. (1998). Biologicamente Cultural. In: L. de Souza; M. de F. Q. de Freitas; M. M. P. Rodrigues (Org.). *Psicologia: reflexões (im)pertinentes* (1ª ed. v. 1, pp. 175-193). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Buttelmann, D., Carpenter, M. & Tomasello, M. (2009). Eighteen-month-old infants show false belief understanding in an active helping paradigm. *Cognition*, 112, 337-342.
- Cabrera, N. J., Fagan, J., Wight, V. & Schadler, C. (2011). Influence of mother, father, and child risk on parenting and children's cognitive and social behaviors. *Child Development*, 82 (6), 1985-2005.
- Call, K. T., Mortimer, J. T. & Shanahan, M. J. (1995). Helpfulness and the development of competence in adolescence. *Child Development*, 66 (1), 129-138.
- Callaghan, T., Moll, H., Rakoczy, H., Warneken, F., Liszkowski, U., Behne, T., & Tomasello, M. (2011). Early Social Cognition In Three Cultural Contexts. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76 (2), vii – 142.

- Campbell, S. B., Brownell, C., Hungerford, A., Spieker, S., Mohan, R. & Blessing, J. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252.
- Campbell, S. B. & Cohn, J. F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp165-197. New York: The Guilford Press.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F. & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31 (3), 349-357.
- Campbell, S. B., Majestic, P., Von Stauffenberg, C., Mohan, R. & Kirchner, T. (2007). Trajectories of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and children's functioning at school entry. *Developmental Psychology*, 43 (5), 1202-1215.
- Campos, J. J., Anderson, D. I., Barbu-Roth, M. A., Hubbard, E. M., Hertenstein, M. J. & Witherington, D. (2000) Travel broadens the mind. *Infancy*, 1 (2), 149-219.
- Carlo, G., McGinley, M., Hayes, R., Batenhorst, C. & Wilkinson, J. (2007). Parenting styles or practices? Parenting sympathy, and prosocial behaviors among adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 168 (2), 147-176.
- Carpendale, J. I. M. & Lewis, C. (2004). Constructing an understanding of mind: the development of children's social understanding within social interaction. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 79-96.

Carpenter, M., Nagel, K. & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. Serial N° 255, 63 (4).

Chelini, M.O.M., Rocha, F. M. M., Viau P., Oliveira, C.A., Ruano, R., Zugaib, M. & Otta, E. (2010). Depression: cortisol levels and stress response of infants. In *IV International Conference, Edinburgh: The Parental Brain: Neurobiology, Behaviour and the Next Generation*, University of Edinburgh, p. 83.

Chen, E., Langer, D. A., Raphaelson, Y. E., & Matthews, K. A. (2004). Socioeconomic status and health in adolescents: the role of stress interpretations. *Child Development*, 75, 1039-1052.

Cooper, P. J. & Murray, L. (1997). The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp201-220. New York: The Guilford Press.

Costa, M. T. Z. Da, Otta, E., Bussab, V. S. R & Salum, M. (2010). Depressão pós-parto e implicações no desenvolvimento do bebê. In: *Anais do 12º Congresso Paulista de Pediatria*, São Paulo.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10 Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782 - 786.

Cramer, B. (1997). Psychodynamic perspectives on the treatment of postpartum depression. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp 237-261. New York: The Guilford Press.

- Crockenberg, S., Litman, C. (1990). Autonomy as competence in 2-year-olds: maternal correlates of child defiance, compliance, and self-assertion. *Developmental Psychology*, 26 (6), 961-971.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cummings, E. M., Keller, P. S. & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.
- Dallaire, D. H & Weinraub, M. (2005) The stability of parenting behaviors over the first 6 years of life. *Early Childhood Research Quarterly*, 20 (2), 201–219.
- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113 (3), 487-496.
- Davalos, D. B., Yadon, C. A. & Tregellas, H. C. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 1-14.
- Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*. 19 (2), 294-304.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Tamada, E., Hessel, D. & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit reduced left frontal brain activity during interactions with mother and a familiar non-depressed adult. *Child Development*, 70 (5), 1058-1066.

- Diego, M. A., Field, T. & Hernandez-Reif, M. (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development* 28, 155-164.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26 (1), 3-6.
- Dunfield, K. A., Kuhlmeier V. A. (2010). Intention-mediated selective helping in infancy. *Psychological Science*, 21, 523-527.
- Dunfield, K. A., Kuhlmeier V. A., O'Connell, L. & Kelley, E. (2011). Examining the diversity of prosocial behavior: helping, sharing, and comforting in infancy. *Infancy*, 16 (3), 227-247.
- Dunn, J. (1988). *The beginnings of social understanding*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Dunn, J. & Brophy, M. (2005). Communication, relationships, and individual differences in children's understanding of mind. In: J. Astington & J. Baird (eds.) *Why language matters for theory of mind* (pp.50-69). New York: Oxford University Press.
- Durstun, S., Thomas, K. M., Yang, Y., Ulug, A. M., Zimmerman R. D. & Casey, B. J. (2002). A neural basis for the development of inhibitory control. *Developmental Science*, 5 (4), F9-F16.
- Eisenberg, N. & Fabes, R. A. (1998). Prosocial Development. In: W. Damon (series ed.) e N. Eisenberg (Vol. ed.), *Handbook of Child Psychology: Social, emotional, and personality development*, (Vol. 3, 5^a ed., pp. 701-778). New York: John Wiley & Sons.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Spinrad, T. (2006). Prosocial Development. In: N. Eisenberg (ed.), *Handbook of Child Psychology: Social, emotional, and personality development*, (Vol. 3, 6^a ed., pp. 646-718). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227-2247.

Eisenberg, N., Spinrad, T., Eggum, N. D., Silva, K. M., Reiser, M., Hofer, C., Smith, C. L., Gaertner, B. M., Kupfer, A., Popp, T. & Michalik, N. (2010). Relations among maternal socialization, effortful control, and maladjustment in early childhood. *Development and Psychopathology*, 22, 507-525.

Eisenberg, N., Zhou, Q. & Koller, S. (2001). Brazilian adolescents' prosocial moral judgment and behavior: relations to sympathy, perspective taking, gender-role orientation, and demographic characteristics. *Child Development*, 72 (2), 518-534.

Ensor, R. & Hughes, C. (2008). Content or Connectedness? Mother – Child talk and early social understanding. *Child Development*, 79 (1), 201-216.

Feldman, R. (2012). Parent-infant synchrony: a biobehavioral model of mutual influences in the formation of affiliative bonds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 77 (2), 42-51.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 329-354.

Feldman, R. & Eidelman, A. I. (2009). Biological and environmental initial conditions shape the trajectories of cognitive and social-emotional development across the first years of life. *Developmental Science*, 12 (1), 194-200.

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J. & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (9), 919-927.

Feldman, R. & Masalha, S. (2012). Parent-child triadic antecedents of children's social competence: cultural specificity, shared process. *Developmental Psychology*, 46 (2), 455-467.

Feldman, R., Masalha, S. & Derdikman-Eiron, R. (2010). Conflict resolution in the parent-child, marital, and peer contexts and children's aggression in the peer group: a process-oriented cultural perspective. *Developmental Psychology*, 46 (2), 310-325.

Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. & Horwood, L. J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (3), 245-269.

Field, T. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-532.

Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

Field, T. (1997). The treatment of depressed mothers and their infants. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp 221-236. New York: The Guilford Press.

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33 (1), 1-6.

Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal Depression Effects On the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29, 445-455.

Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behavior and Development*, 32, 239-244.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ezell, S. & Siblalingappa, V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: brief report. *Infant Behavior and Development*, 33, 241-244.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.

Field, T., Hernandez-Reif, M. & Diego, M. (2011). Depressed Mothers' Newborns are less responsive to animate and inanimate stimuli. *Infant and Child Development*, 20, 94-105.

Field, T., Hernandez-Reif, M. & Diego, M. (2006). Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, 26, 15-30.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S. & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 21 (6), 1152-1156.

Fletcher, G., Warneken, F., & Tomasello, M. (2012). Differences in cognitive processes underlying the collaborative activities of children and chimpanzees. *Cognitive Development*, 27(2), 136-153.

- Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A. & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (4), 738-746.
- Forman, D. R., O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19, 585-602.
- Forman, D. (2007). Autonomy, Compliance, and Internalization. In: C.A. Brownell & C. B. Kopp, *Socioemotional development in the toddler years – Transitions and transformations*, (pp. 285-318). New York: The Guilford Press.
- Fraley, C. R., Roisman, G. I. & Haltigan, J. D. (2013). The legacy of early experiences in development: formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology*, 49 (1), 109-126.
- Freitas, A. P. C. De O. & Piccinini, C. A. (2010). Práticas educativas parentais em relação ao filho único e ao primogênito. *Estudos de Psicologia*, 27 (4), 515-528.
- Garner, P. (2006). Prediction of prosocial and emotional competence from maternal behavior in African American preschoolers. *Cultural Diversity and ethnic minority Psychology*, 12 (2) 179-198.
- Gauvain, M. & Perez, S. M. (2008). Mother-child planning and child compliance. *Child Development*, 79 (3), 761-775.
- Gelfand, D. M. & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.

- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 107-135.
- Goodman, S. H., Brogan, D., Lynch, M. E. & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development*, 64, 516-531.
- Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J. & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes: associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1265-1274.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458-490.
- Gralinski, J. H. & Kopp, C. B. (1993). Everyday rules for behavior: mothers' requests to young children. *Developmental Psychology*, 29 (3), 573-584.
- Groenendyk, A. E. & Volling, B. L. (2007). Coparenting and early conscience development in the family. *The Journal of Genetic Psychology*, 168 (2), 201-224.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Burwell, R. A. & Nagin, D. S. (2009). Transactional processes in child disruptive behavior and maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Development and Psychopathology*, 21, 139-156.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Moilanen, K. L., Dishion, T. J. & Wilson, M. N. (2008). Reciprocal models of child behavior and depressive symptoms in mothers and fathers in a sample of children at risk for early conduct problems. *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 742-751.

- Grusec, J. & Goodnow, J. J. (1994). Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30 (1), 4-19. doi: 10.1037/0012-1649.30.1.4
- Hakman, M. & Sullivan, M. (2009). The effect of task and maternal verbosity on compliance in toddlers. *Infant and Child Development*, 18, 195-205. DOI: 10.1002/icd.599.
- Hamlin, J. K. & Wynn, K. (2011). Young infants prefer prosocial to antisocial others. *Cognitive Development*, 26, 30-39.
- Hamlin, J. K., Wynn, K. & Bloom, P. (2007). Social evaluation by preverbal infants. *Nature*, 450 (22), 557-560.
- Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., Jaenicke, C. & Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers: maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 190-198.
- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. In E. M. Hetherington (ed.), P. H. Mussen (series ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 4. Socialization, personality and social development (pp. 103-196). New York: Wiley.
- Hatzinikolaou, K. & Murray, L. (2010). Infant sensitivity to negative maternal emotional shifts: effects of infant sex, maternal postnatal depression, and interactive style. *Infant Mental Health Journal*, 31 (5), 591-610.
- Hay, D. F. (1997). Postpartum depression and cognitive development. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp 85-110. New York: The Guilford Press.

- Hay, D. F. & Cook, K. V. (2010). The transformation of prosocial behavior from infancy to childhood. In: C. Brownell e C. Kopp (ed.), *Socioemotional development in the toddler years – transitions and transformations*. New York: The Guilford Press.
- Hay, D. F. & Pawlby, S. (2003). Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems. *Child Development*, 74 (5), 1314-1327.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T. & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39 (6), 1083-1094.
- Henrich, N. & Henrich, J. (2007). *Why humans cooperate – a cultural and evolutionary explanation*. New York: Oxford University Press.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (sup2), s33-s42.
- Hepach, R., Vaish, A. & Tomasello, M. (2013). A New Look At Children's prosocial motivation. *Infancy*, 18 (1), 67–90.
- Hiebert, R., Martin, G. L., Yu, C. T., Thorsteinsson, J. R. & Martin, T. L. (2009). Predicting compliance of children with and without developmental delay. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 41 (1), 31-36.
- Hoffman, M. L. (1963). Parent discipline and the child's consideration for others. *Child Development*, 34, 573-588.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: empathy and guilt. In: N. Eisenberg-Berg (ed.), *The development of prosocial behavior*, New York: Academic Press, 281-313.

- Hoffman, M. L. (2000). *Empathy and moral development – implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Holden, G. W. (1983). Avoiding conflict: mothers as tacticians in the supermarket. *Child Development*, 54, 233-240.
- Holden, G. W. & Edwards, L. A. (1989). Parental attitudes toward child rearing: instruments, issues, and implications. *Psychological Bulletin*, 106 (1), 29-58.
- Howes, C. & Olenick, M. (1986). Family and child care influences on toddler's compliance. *Child Development*, 57 (1), 202-216.
- Ishak, S., Tamis-Lemonda, C. S. & Adolph, K. E. (2007). Ensuring safety and providing challenge: mothers' and fathers' expectations and choices about infant locomotion. *Parenting: Science and Practice*, 7 (1), 57-68.
- Johnson, P. & Flake, E. M. (2007). Maternal Depression and child outcomes. *Pediatric Annals*, 36 (4), 196-202.
- Kaplan, P. S., Dankko, C. M., Diaz, A. & Kalinka, C. J. (2011). An associative learning deficit in 1-year-old infants of depressed mothers: role of depression duration. *Infant Behavior and Development*, 34, 35-44.
- Kärtner, J. (2011). Die Entwicklung empathischen Erlebens und prosozialen Verhaltens. In: H. Keller (org.), *Handbuch der Kleinkindforschung*, (pp. 430-463). Bern: Huber.
- Kerr, M., Stattin, H. & Özdemir, M. (2012). Perceived Parenting Style and adolescent adjustment: revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Developmental Psychology*, 48 (6), 1540-1553.

- Kim-Cohen, J., Moffitt, T. E., Taylor, A., Pawlby, S. J. & Caspi, A. (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry*, 62, 173-181.
- Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: implications for early socialization. *Child Development*, 68 (1), 94-112.
- Kochanska, G. (2002). Mutually Responsive Orientation Between Mothers and Their young children: a context for the early development of conscience. *Current Directions in Psychological Science*, 11 (6), 191-195.
- Kochanska, G. & Aksan, N. (1995). Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, 66 (1), 236-254.
- Kochanska, G. & Aksan, N. (2004). Conscience in childhood: past, present, and future. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50 (3), 299-310.
- Kochanska, G., Coy, K. C. & Murray, K. T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child Development*, 72 (4), 1091-1111.
- Kochanska, G. & Kuczynski, L. (1991). Maternal autonomy granting: predictors of normal and depressed mothers' compliance and noncompliance with the requests of five-year-olds. *Child Development*, 62, 1449-1459.
- Kochanska, G., Kuczynski, L. & Maguire, M. (1989). Impact of diagnosed depression and self-reported mood on mothers' control strategies: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (5), 493-511.

Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M. & Welsh, J. D. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15 (3), 441-456.

Kochanska, G., Murray, K. T. & Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36 (2), 220-232.

Kochanska, G., Tjebkes, T. L. & Forman, D. R. (1998). Children's emerging regulation of conduct: restraint, compliance, and internalization from infancy to the second year. *Child Development*, 69 (5), 1378-1389.

Kopp, C. B. (1982) Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18 (2), 199-214.

Kuczynski, L. (1983). Reasoning, prohibitions, and motivations for compliance. *Developmental Psychology*, 19 (1), 126-134.

Kuczynski, L., Kochanska, G., Radke-Yarrow, M. & Girnius-Brown, O. (1987). A developmental interpretation of young children's noncompliance. *Developmental Psychology*, 23, 799-806.

Kuczynski, L. & Kochanska, G. (1990). Development of children's noncompliance strategies from toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology*, 26 (3), 398-408.

Kuczynski, L., Zahn-Waxler, C. & Radke-Yarrow, M. (1987). Development content of imitation in the second and third years of life: a socialization perspective. *Developmental Psychology*, 23 (2), 276-282.

Liebal, K., Reddy, V., Hicks, K., Jonnalagadda, S. & Chintalapuri, B. (2011). Socialization goals and parental directives in infancy: the theory and the practice. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 10 (1), 113-131.

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.

Lucci, T. K., Morais, M. De L. S. & Otta, E. (2011). Impacto da depressão pós-parto na percepção de mães sobre seu relacionamento com o bebê. In: *Anais de resumos - CONPSI 7* – Salvador.

Maccoby, E. (1992). The role of parents in the socialization of children: an historical overview. *Developmental Psychology*, 28 (6), 1006-1017.

Maccoby, E. & Martin (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In E. M. Hetherington (ed.), P. H. Mussen (series ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 4. Socialization, personality and social development (pp.2-101). New York: John Wiley & Sons.

Marin, A. H. (2009). *Estabilidade e mudança nas práticas educativas maternas e paternas ao longo dos anos pré-escolares e sua relação com a competência social infantil*. Instituição Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Pós-Graduação em Psicologia. Nível Doutorado. Orientador: Piccinini, Cesar Augusto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/16125> (acesso dia 21/01/2013).

- Marin, A. H., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R. & Tudge, J. R. H. (2012) Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 05-13.
- Martins, G. D. F., Viera, M. L., Seidl-De-Moura, M. L. & Macarini, S. M. (2011). Crenças e práticas de cuidado entre mães residentes em capitais e pequenas cidades brasileiras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (4), 692-701.
- Martins, M. C. (2011). *Práticas educativas parentais e o uso de drogas entre os adolescentes escolares*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 2013-02-04, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-30112011-084804/>
- Mendonça, J. S., Bussab, V. S. R., Rodrigues, A., Siqueira, J. & Cossette, L. (2013). Postpartum depression, father's involvement, and marital and co-parental relationships from mothers' and fathers' perspectives in a low-income Brazilian sample. *Family Science*, advanced publication. Dx.doi.org/10.1080/19424620.2012.783423
- Milan, S., Snow, S. & Belay, S. (2009). Depressive symptoms in mothers and children: preschool attachment as a moderator of risk. *Developmental Psychology*, 45 (4), 1019-1033.
- Mistry, R. S., Vandewater, E. A., Houston, A. C., & Mcloyd, V. C. (2002). Economic well-being and children's social adjustment: The role of family process in an ethnically diverse low income sample. *Child Development*, 73, 935-951.
- Morais, M De L. S., Lucci, T. K. & Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia*, 30 (1), 7-17.

- Morelen, D. & Suveg, C. (2012). A real-time analysis of parent-child emotion discussions: the interaction is reciprocal. *Journal of Family Psychology*, 26 (6), 998-1003.
- Motta, D. Da C., Falcone, E. M. De O., Clark, C. & Manhães, A. C. (2006). Práticas educativas positivas favorecem o desenvolvimento da empatia em crianças. *Psicologia em Estudo*, 11 (3), 523-532.
- Murray, L. & Cooper, P. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review of Psychiatry*, 8, 55-63.
- Murray, L. & Cooper, P. (1997a). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77 (2), 99-101.
- Murray, L. & Cooper, P. (1997b). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions, and infant outcomes. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, 111-136. New York: The Guilford Press.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67, 2512-2526.
- Murray, L., Halligan, S. & Cooper, P. (2010). Effects of postnatal depression on mother-infant interaction and child development. In: J. G. Bremner & T. D. Wachs (eds.) *Handbook of Infant Development* (pp192-219). Oxford: Blackwell.
- Mussen, P. H., Conger, J. J., Kagan, J. & Huston, A. C. (2001) *Desenvolvimento e personalidade da criança*. São Paulo: Ed. Harbra.

NICHD Early Child Care Research Network (1998). Early child care and self-control, compliance, and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. *Child Development*, 69 (4), 1145-1170.

NICHD Early Child Care Research Network (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35 (5), 1297-1310.

NICHD Early Child Care Research Network (2000). The interaction of child care and family risk in relation to child development at 24 and 36 months. *Applied Developmental Science*, 6 (3), 144-156.

NICHD Early Child Care Research Network (2001). Child care and children's peer interaction at 24 and 36 months: the NICHD Study of Early Child Care. *Child Development*, 72 (5), 1478-1500.

Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31 (3), 377-387.

O'Hara, M. W. (1997) The nature of postpartum depressive disorders. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp 3-31. New York: The Guilford Press.

O'Hara, M. W., Neunaber, D. J. & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (2), 158-171.

O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

Oliveira, E. A De, Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1) 1-11.

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

Over, H. & Carpenter, M. (2009). Eighteen-month-old infants show increased helping following priming with affiliation. *Psychological Science*, 20 (10), 1189-1193.

Panaccione, V. F. & Wahler, R. G. (1986). Child behavior, maternal depression, and social coercion as factors in the quality of child care. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14 (2), 263-278.

Papoušek, H. & Papoušek, M. (1997). Fragile aspects of early social integration. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, pp 35–53. New York: The Guilford Press.

Paterson, G. R., DeBaryshe, B. D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44 (2), 329-335.

Paulson, J. F., Dauber, S. & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118 (2), 659-668. DOI: 10.1542/peds.2005-2948

Pelaez, M., Field, T., Pickens, J. N. & Hart, S. (2008). Disengaged and authoritarian parenting behavior of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 31, 145-148.

Pelaez, M., Virues-Ortega, J., Field, T., Amir-Kiaei, Y. & Schnerch, G. (2013). Social referencing in infants of mothers with symptoms of depression. *Infant Behavior and Development*, 36, 548-556.

Peterson, C. C. (2000). Kindred spirits influences of siblings' perspectives on theory of mind. *Cognitive Development*, 15, 435-455.

Petterson, S. M., Albers, A. B. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Development*, 72 (6), 1794-1813.

Pettit, G. S., Dodge, K. A. & Brown, M. M. (1988). Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. *Child Development*, 59, 107-120.

Piteo, A. M., Yelland, L. N. & Makrides, M. (2012). Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? *Early Human Development*, 88, 651-655.

Putallaz, M. (1987). Maternal behavior and children's sociometric status. *Child Development*, 58, 324-340.

Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L. & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.

Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., Chapman, M. (1983). Children's prosocial dispositions and behavior. In: E. M. Hetherington (ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 4, Socialization, Personality and social development* (pp.469-545). New York: Wiley.

- Reddy, V., Liebal, K., Hicks, K., Jonnalagadda, S., & Chintalapuri, B. (2013). The Emergent Practice of Infant Compliance: An Exploration in Two Cultures. *Developmental Psychology*, 10. Advance online publication. Recuperado em 20-03-2013. doi: 10.1037/a0030979.
- Reisslan, N. & Burt, M. (2010). Bi-directional effects of depressed mood in the postnatal period on mother-infant non-verbal engagement with picture books. *Infant Behavior & Development*, 33, 613-618.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A. & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 75-83.
- Ruffman, T., Slade, L., Devitt, K. & Crowe, E. (2006). What mothers say and what they do: the relation between parenting, theory of mind, language and conflict/cooperation. *The British Psychological Society*, 24, 105-124. DOI:10.1348/026151005X82848
- Rutter, M. (1997). Maternal depression and infant development: cause and consequence; sensitivity and specificity. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, 295-315. New York: The Guilford Press.
- Sampaio, I. T. A. & Vieira, M. L. (2010). A influência do gênero e ordem de nascimento sobre as práticas educativas parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (2), 198-207.
- Santos, M. F. S., Martins, F. C. & Pasquali, L. (1999). Escalas de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), 32 – 40.

- Scaramella, L. V., Neppl, T. K., Ontai, L. L. & Conger, R. D. (2008). Consequences of socioeconomic disadvantage across three generations: parenting behavior and child externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 22 (5), 725-733.
- Scarf, D., Imuta, K., Colombo, M. & Hayne, H. (2012). Social evaluation or simple association? Simple associations may explain moral reasoning in infants. *PLoS ONE*, 7 (8), e42698, 1-4.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10 (1), 61-68.
- Schwengber, D. D. de S. & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 233-240.
- Schwengber, D. D. de S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8 (3), 403-411.
- Seidl-de-Moura, M. L., Bandeira, T. T. A., de Marca, R. G. da C., Pessôa, L. F., Mendes, D. M. L. F., Vieira, M. L. & Kobarg, A. P. R. (2012). Self-recognition and self-regulation: the relationship with socialization trajectories and children's sex. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (2), 604-612.
- Seidl-de-Moura, M. L., Ribas Jr., R. De C., Piccinini, C. A., Bastos, A. C. de S., Magalhães, C. M. C., Vieira, M. L., Salomão, N. M. R., Silva, A. M. P. M. Da & Silva, A. K. da (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 421-429.

Silva, G. A. (2013). *Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Smith, M. (2011). Measures for assessing parenting in research and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 16 (3), 158-166.

Sohr-Preston, S. L. & Scaramela, L. V. (2006) Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (1), 65-83. DOI: 10.1007/s10567-006-0004-2

Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Silva, K. M., Eggum, N. D., Reiser, M., Edwards, A., Iyer, R., Kupfer, A. S., Hofer, C., Smith, C. L., Hayashi, A. & Gaertner, B. M. (2012). Longitudinal relations among maternal behaviors, effortful control and young children's committed compliance. *Developmental Psychology*, 48 (2), 552-566. doi: 10.1037/a0025898.

Stanley, C, Murray, L. & Stein, A. (2004). The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the still-face perturbation, and performance on an instrumental learning task. *Development and Psychopathology*, 16, 1-18.

Svetlova, M., Nichols, S. R. & Brownell, C. A. (2010). Toddlers' prosocial behavior: from instrumental to empathic to altruistic helping. *Child Development*, 81 (6), 1814-1827.

Tamis-Lemonda, C. S., Adolph, K. E., Dimitropoulou, K. A. & Zack, E. (2007). "No! Don't! Stop!": Mothers' words for impending danger. *Parenting: Science and Practice*, 7 (1), 1-25.

Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1997). Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, 136-164. New York: The Guilford Press.

Thompson, R. A. & Newton, E. K. (2013). Baby altruists? Examining the complexity of prosocial motivation in young children. *Infancy*, 18 (1), 120-133.

Tomasello, M. (2009). *Why we cooperate: based on the 2008 Tanner lectures on human values at Stanford University*. MIT Press: Cambridge, MA.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44 (2), 112-119.

Tronick, E. Z. & Gianino (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 34, 5–11.

Tronick, E. Z. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 147-156.

Tronick, E. Z. & Weinber, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: L. Murray & P. Cooper, *Postpartum depression and child development*, 54-81. New York: The Guilford Press.

Vaish, A., Carpenter, M. & Tomasello, M. (2010). Young children selectively avoid helping people with harmful intentions. *Child Development*, 81 (6), 1661-1669.

Vaish, A., Carpenter, M. & Tomasello, M. (2009). Sympathy through affective perspective taking and its relation to prosocial behavior in toddlers. *Developmental Psychology*, 45, 534-543.

Vaish, A. & Warneken, F. (2012). Social-cognitive contributors to young children's empathic and prosocial behavior. In: J. Decety (ed.), *Empathy: from bench to Bedside*. Cambridge: MIT Press, pp131-146.

Vicente, C. C. (2009). Relatório FAPESP. In: OTTA, E. BUSSAB, V. S. R. & COSTA, M. T. Z. Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências. *Relatório FAPESP 2008/2009*. Departamento de Psicologia Experimental - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://moodle.redealuno.usp.br/moodle/relatórios>

Wachs, T. D., Black, M. M. & Engle, P. L. (2009). Maternal depression: a global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Child Development Perspectives*, 3 (1), 51-59.

Warneken, F., Hare, B., Melis, A. P., Hanus, D. & Tomasello, M. (2007). Spontaneous altruism by chimpanzees and young children. *PLoS Biology*, 5 (7), 1414 – 1420.

Warneken, F. & Rosati, A. G. (2012). Early social cognition: How psychological mechanisms can inform models of decision making. In P. Hammerstein & J. R. Stevens (Eds.), *Evolution and the Mechanisms of Decision Making* (288-299). Cambridge, MA: MIT Press.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2006). Altruistic helping in human infants and young chimpanzees. *Science*, 311 (3), 1301-1303.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2007). Helping and cooperation at 14 months of age. *Infancy*, 11 (3), 271-294.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2008). Extrinsic rewards undermine altruistic tendencies in 20-month-olds. *Developmental Psychology*, 44 (6), 1785-1788.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2009a). The roots of human altruism. *British Journal of Psychology*, 100, 455-471.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2009b). Varieties of altruism in children and chimpanzees. *Trends in Cognitive Sciences*, 13 (9), 397-402.

Warneken, F. & Tomasello, M. (2013). Parental presence and encouragement do not influence helping in young children. *Infancy (Early View)*, 1-24. DOI: 10.1111/j.1532-7078.2012.00120.x

Watson, K. H., Potts, J., Hardcastle, E., Forehand, R. & Compas, B. E. (2012). Internalizing and externalizing symptoms in sons and daughters of mothers with a history of depression. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 657-666. DOI: 10.1007/s10826-011-9518-4

Weinberg, M. K., Olson, K. L., Beeghly, M. & Tronick, E. Z. (2006). Making up is hard to do, especially for mothers with high levels of depressive symptoms and their infant sons. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (7), 670-683.

Weinberg, M. K. & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-91.

Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F. & Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35 (1), 175-188.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163 (6), 1001-1008.

Workman, L. & Reader, W. (2008). *Evolutionary Psychology – an introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

WHO - World Health Organization (2001). *A message from the Director General*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/dg_message/en/index.html

Wu, Y. P., Selig, J. P., Roberts, M. C. & Steele, R. G. (2011). Trajectories of Postpartum Maternal Depressive Symptoms and Children's Social Skills. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 414-423.

Zahn-Waxler, C., Cummings, E. M., McKnew, D. H. & Radke-Yarrow, M., King, R. A. (1984). Altruism, Aggression, and Social Interactions in young children with maniac-depressive parent. *Child Development*, 55, 112-122.

Zahn-Waxler, C., Iannotti, R. J., Cummings, E. M. & Denham, S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 2, 271-291.

Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J. & McKnew, D. H. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 26 (1), 51-59.

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., King, R. A. (1979). Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Development*, 50 (2), 319-330.

Zahn-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E. & Chapman, M. (1992). Development of concern for others. *Development Psychology*, 28 (1), 126-136.

ANEXOS

ANEXO I - Códigos para avaliação

Códigos para DPP e comportamento prosocial

Mãe	
Codificador	
Tarefa 1-	

A – Codificando comportamento Mãe

Início da janela de análise (:) mãe fala (:)

reação	sim	não
repete o comando do E	sim	não
Diz qualquer outra coisa	sim	não
Arruma	sim	não

Comandos diretos	
Comandos indiretos	
Barganha	
Explicações	
Feedback positivo	
Feedback negativo	
Oferece assistência	
Persuasão criativa	
Arrumando	

B – Códigos de resposta da criança à solicitação materna

Obediência comprometida ☐ Obediência situacional ☐ Desobediência ☐

Ignora	
Recusa simples	
Desafio diretivo	
Inventa desculpas	
Barganhas e negociação	
Choramngando	
Solicita ajuda	
Arrumando	

Brinquedos:

Peças Mãe	Peças Criança	Peças E
-----------	---------------	---------

Erros E: interfere na solicitação materna: sim ☐ não ☐ exemplo _____

Tarefa 2 – Ajuda ☐ Não ajuda (distráida com objetos ☐ outra razão: _____

Tempo papel

cai	Criança ve	Criança pega
	① ② ③	① ② ③

Tempo movimento corpo E

Espera	Estende mão	Estende mão+olhar
--------	-------------	-------------------

E vira de costas: perde atenção () continua a segui-la ()

Intrusão Mãe: não ☐ verbal ☐ verbal e corporal ☐

Possíveis erros do Experimentador:

ANEXO II - Categorias de codificação

Tarefa 1 – Ajudar a mãe (tarefa de recolher os brinquedos)

A - Comportamento Mãe

A análise inicia quando o experimentador diz a seguinte frase: “eu quero pedir uma tarefa para vocês, é para vocês colocarem os brinquedos dentro da caixa”.

1- As respostas são fornecidas com o tempo em que ocorreram: “Início da janela de análise”: o experimentador faz a solicitação à mãe, conta quando ele inicia a frase; “mãe fala”- ela pode fazer a solicitação à criança, ela pode dizer qualquer outra coisa fora desse contexto, ela pode dizer algo para estimular a criança a brincar de arrumar. Se ela não disser nada, deixe em branco.

2- A primeira reação da mãe, dentro de dez segundos depois do experimentador fazer a solicitação, a mãe: 1) tem alguma reação ou não, este pode ser uma reação verbal ou comportamental. Esta reação é em função da solicitação do experimentador. Se ela responder à uma solicitação da criança, que não está relacionada à tarefa, conta como “não reação”. Se ela diz algo que não está relacionada à tarefa e ao pedido do experimentador, conta como “não reação”. 2) Repete o comando do experimentador “sim” ou “não”. 3) Se ela diz qualquer outra coisa que não esteja relacionada à tarefa ou ao pedido conta como “não”. Ela pode dizer algo para engajar a criança à situação e fazê-la ajudar, (criando histórias ou uma competição), ou ela diz “vamos lá”, ou ela repete o comando do experimentador. 4) Arruma: se ela começa a arrumar os brinquedos, que pode ser acompanhado ou não de um comando verbal dirigido à criança.

3 – Analisar o “comportamento materno” significa observar suas falas ou comportamentos para que a criança ajude-a. As respostas para os comandos são marcadas com ocorrência tempo (só o item “arrumação” é marcada com duração de episódios), o nome do comando e explicação do comportamento encontram-se abaixo:

3.1. Comandos diretos – a mãe faz um comando ou pedido para a criança, como por exemplo, ela poderia dizer "guarda os brinquedos", "você poderia me ajudar?", "coloca aqui dentro". Inclui diretrizes firmes para a mudança de comportamento, bem como questões ou pedidos de ação específica. Se a mãe diz: “Vem, vamos colocar os brinquedos? ou “vem, põe aqui na caixinha”, sem pausa entre uma frase e outra de 1 segundo, a palavra “vem” e a segunda frase, conta como um comando direto e o “vem” não conta como comando indireto.

3.2. Comandos indiretos – comandos que não são claros, questionamentos (como por exemplo, você não vai me ajudar?) e sugestões como "vamos", "dê-me", "venha", "aqui", "vai" ou apontar para um objeto e dizer alguma coisa que não seja clara e concisa (menos específico). Se houver o verbo “vem” e intervalo de 1 segundo para a próxima frase, então conta o “vem” como comando indireto.

3.3. Barganha - diretivas em formas condicionais, tentativas de negociar "se você me ajudar, eu vou te dar algo", oferecendo algo em resposta a um comportamento de ajuda.

3.4. Explicações - razões, justificativas para o pedido: "É hora de limpar". A mãe oferece uma explicação ou justificativa para a limpeza, exemplo: “vamos recolher os brinquedos, que ela vai conversar com a gente”.

3.5. Feedback negativo – reprimendas ou punições verbais: "Eu disse a você para ajudar", "se você não fizer isso, não vou fazer aquilo para você”, ou “eu não vou te dar isso" (é o

lado oposto da negociação, porque é "tirar "algo de criança). Aqui se inclui as sanções, ou seja a mãe diz que vai tirar algo da criança. Quaisquer formas verbais aversiva, forma hostil, qualquer agressão verbal da mãe para a criança, incluindo provocações ou crítica, por exemplo: “ah então não quero brincar mais com você”.

3.6. Feedback positivo – a mãe usa o reforço positivo para elogiar a criança para o cumprimento ("bom menino", " bem feito", “muito bem!”). Declaração afirmativa confirmando que o que a criança fez foi correto (por exemplo “Isso”, “assim!”).

3.7. Oferece assistência – a mãe oferece ajuda e esta ajuda oferecida deve ser verbal. Ajudar sem dizer nada não conta (só esticando a mão oferecendo um objeto e apontar a caixa, não conta). Por exemplo, "que tal eu dar-lhe coisas para colocar na caixa?".3.8.

Persuasão criativa – a mãe usa o humor com a intenção de persuadir ou encorajar a criança a cumprir ou continuar a cumprir: "vamos ver o quão rápido você pode colocar todos os brinquedos na caixa?", "Vamos ver quem terminar em primeiro lugar?"

3.9. Arrumar – ela diz qualquer coisa ou não, mas ela limpa. Conta como período de tempo (início e fim).

ANEXO III - Quadro de variáveis e níveis e medidas

Variáveis	Níveis e medidas
Gênero	1. Meninos 2. Meninas
Escolaridade da mãe	1. até fundamental incompleto 2. Fundamental completo a ensino médio incompleto 3. Ensino médio completo a superior incompleto 4. Superior Completo
Escolaridade do pai	1. até fundamental incompleto 2. Fundamental completo a ensino médio incompleto 3. Ensino médio completo a superior incompleto 4. Superior Completo
Análise socioeconômica	1. A1 (42-46) 2. A2 (35-41) 3. B1 (29-34) 4. B2 (23-28) 5. C1 (18-22) 6. C2 (14-17) 7. D (8-13) 8. E (0-7)
Unidade Básica de saúde	1. CSEB 2. São Jorge 3. Vila Dalva 4. Jardim Boa Vista 5. outros
Estado civil materno	1. Solteira 2. Casada com o pai da criança 3. Morando com outra pessoa 4. Separada/divorciada 5. Viúva
Criança frequenta creche	1. Sim 2. Não
Quem cuida da criança na maior parte do tempo	1. Principalmente mãe 2. Outros cuidadores
Criança tem contato com o pai	1. Sim 2. Não
Possui alguém que ajuda nos cuidados diários da criança	1. Sim 2. Não

CSEB: Centro de Saúde Escola Butantã. Família nuclear é composta por pai, mãe e filhos. Família nuclear estendida é composta por pai, mães, filhos e outros moradores (parentes e/ou amigos).

APÊNDICES

APÊNDICE I - Projeto Temático IPÊ

Este estudo se insere no Projeto Temático “Depressão Pós-Parto Como Fator de Risco no Desenvolvimento: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas consequências”, submetido à FAPESP, no qual mãe e bebê são acompanhados desde o terceiro trimestre de gestação até o 3º ano de vida do bebê. Este é um projeto multidisciplinar, pois possui pesquisadores de diversos centros da USP (do Instituto de Psicologia, Instituto de Biociências, Instituto de Ciências Biomédicas e Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia e Hospital Universitário), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, do Centro de Saúde Escola do Butantã e do Instituto de Saúde de São Paulo. Este estudo, assim como outros, com base no reconhecimento da importância da interação social e da vinculação afetiva no desenvolvimento das crianças, considerando efeitos da DPP, está disposto no eixo 2 da pesquisa – “A DPP e o Desenvolvimento Infantil” (Vicente, 2009).

Em seu início, o Projeto IPÊ teve a adesão de 400 mães, porém até atingir a fase de três anos da criança, muitas mães desistiram e algumas retornaram ao projeto nesta etapa final. Desta forma, não possuímos as informações completas de todas as mães. Aos 36 meses, participaram das filmagens do Projeto Ipê 96 díades. Porém, houve perda de casos por motivos diversos, como, por exemplo, os brinquedos já estavam arrumados na caixa ou a criança foi ao banheiro e desta forma a tarefa não foi aplicada. Outra causa possível para tais perdas podem ter ocorrido porque o protocolo de filmagem levava em média uma hora e meia, levando a criança ao cansaço e inquietação.

APÊNDICE II - Fases do Projeto Temático
(adaptado de Vicente, 2009 e Cecchini, 2009).

<i>Ocasões</i>	<i>Local</i>	<i>Atividades</i>	<i>Dados</i>
3º Trimestre Gestação	Centros Saúde	- Consentimento - 1ª Entrevista	Família, rede de apoio, estilo de relacionamento, história reprodutiva, gestação e intercorrências
Parto	Hospital Universitário	- Filmagem - 2ª Entrevista - Coleta sangue Mãe - Coleta saliva Bebê	Interação mãe bebê - avaliação pediátrica da criança; - mãe: avaliação do pré-natal e do parto; expectativas e sentimentos em relação ao bebê - estudo de hormônios / cortisol
3º mês	Centros Saúde	- 3ª Entrevista	- Avaliação de sentimentos e preocupações - Escala de DPP de Edinburgh - Oferta de atendimento
4º mês	IP - USP	- 4ª. Entrevista - Exame físico e do desenvolvimento - Filmagem das interações mãe-bebê	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor - Análise da disponibilidade emocional
8º Mês	IP - USP	- 5ª Entrevista - Exame físico e do desenvolvimento	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor

		Filmagem das interações mãe-bebê	- Análise da disponibilidade emocional
12° Mês	IP - USP	6ª Entrevista - Exame físico e do desenvolvimento Filmagem das interações mãe-bebê	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor - Análise da disponibilidade emocional - Avaliação dos estilos de apego (12° Mês)
24° Mês	IP - USP	7ª Entrevista - Exame físico e do desenvolvimento - Filmagem das interações mãe-bebê - coleta de saliva mãe-bebê	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor - Análise da disponibilidade emocional
36° Mês	IP - USP	8ª Entrevista - Exame físico e do desenvolvimento - Filmagem das interações mãe-bebê (testes de ajuda instrumental) - coleta de saliva mãe-bebê	- Cuidados maternos, aleitamento, características gerais e dificuldades - Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor - Análise da disponibilidade emocional

Apêndice III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “Interação mãe-bebê e depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento” que visa obter dados a respeito de aspectos físicos e emocionais referentes à gravidez e ao período pós-parto que possam estar relacionados com a presença ou não de depressão. Nosso estudo começa logo antes do parto e segue a mãe e o bebê até que ele tenha 3 anos de idade. Esta pesquisa está sendo desenvolvida nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Natal, estando a coordenação da pesquisa em São Paulo a cargo da Dra. Maria Teresa Zulini da Costa da Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário da USP e da Profa. Emma Otta do Departamento de Psicologia Experimental da USP. A sua participação é voluntária e muito importante para que possamos esclarecer melhor o problema da depressão pós-parto, que aflige hoje tantas mulheres no mundo todo. Caso concorde em participar, teremos contato com a senhora nas seguintes etapas:

Entrevistas: Serão realizadas entrevistas que terão a duração máxima de 20 minutos nos seguintes momentos:

- No último trimestre da gestação;
- No período entre 24 e 48 horas depois do parto, quando a senhora ainda estiver no hospital;
- No período entre 9 e 12 semanas depois do parto;
- E antes das filmagens, que acontecerão aos 4, 8, 14, 24 e 36 meses de idade de seu filho (conforme explicado logo abaixo).

Filmagens (após as entrevistas): A duração máxima de cada filmagem será de 15 minutos, exceto aos 14 meses, quando deverá durar em torno de 30 minutos. Serão realizadas seis filmagens do seu bebê com a senhora, nas seguintes ocasiões:

- na hora do parto, quando ele é colocado no seu peito.
- com 4 meses de idade
- com 8 meses de idade
- com 14 meses de idade
- com 24 meses de idade
- com 36 meses de idade.

Coleta de Sangue e Saliva: Serão coletadas amostras do seu sangue na hora do parto, no 2º dia após o parto, e entre 9 e 12 semanas após o parto. O volume coletado por amostra será apenas de 5 mililitros. Pode haver um pequeno desconforto decorrente da coleta de sangue, e em alguns casos surgir hematoma no local da punção. Entretanto, isso geralmente não ocorre e, quando ocorre, os efeitos são passageiros e os riscos são mínimos. A coleta de sangue será feita por um profissional de saúde especializado, que poderá orientá-la no caso de alguma eventualidade, além de esclarecer qualquer dúvida. Serão coletadas amostras de saliva do seu bebê através do umedecimento de um pequeno algodão colocado na sua boca, próximo à gengiva. Os momentos da coleta serão os seguintes: no 2º dia, entre 9 e 12 semanas após o parto, e aos 8, 12, 24 e 36 meses de idade. O desconforto para o seu filho, se houver, é mínimo, passageiro e o procedimento é isento de riscos. O sangue e a saliva coletados serão usados para dosagem hormonal nos casos em que a entrevista indicar depressão. Para um grupo de mães participantes nas quais não tiver sido constatada depressão também serão realizadas dosagens hormonais nas amostras anteriormente coletadas do seu sangue e da saliva do seu filho, para servirem de referência para os casos onde houve indicação. Os exames laboratoriais serão realizados no Laboratório de Dosagens Hormonais da FMVZ da Universidade de São Paulo sob coordenação do Dr.

Cláudio Alvarenga. As amostras de sangue poderão também ser objeto de análises de biologia molecular, visando detectar indicadores adicionais da depressão.

Avaliação do Desenvolvimento da Criança: Durante os períodos de filmagens e entrevistas, nós avaliaremos o crescimento do seu bebê através da medição do peso e do comprimento, e também o seu desenvolvimento geral (comportamento, movimentos, atitudes, linguagem etc) e neurológico através de EEG.

As fases da pesquisa que ocorrem a partir do momento do parto só serão realizadas com as mulheres que tiverem bebê no Hospital Universitário da USP (HU). Portanto, se a senhora quiser participar de todas as etapas da pesquisa, deverá dar preferência por esse hospital. Caso ele venha a nascer em outro local, não poderemos dar continuidade ao trabalho de pesquisa.

As filmagens de todas as mães e de seus respectivos bebês, assim como as amostras de sangue e saliva que não forem utilizadas para dosagem hormonal, ficarão armazenadas em um banco de dados para futuras pesquisas, mas somente serão usadas após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP.

Se, através das entrevistas, considerarmos que a senhora necessita de tratamento médico para depressão, será feito o encaminhamento para o sistema de saúde público (SUS). Se, através da avaliação do desenvolvimento de seu filho, considerarmos que o desenvolvimento apresenta problemas, ele também será encaminhado para a rede de atendimento (SUS).

Não haverá nenhum pagamento, porém, haverá ajuda de custo para cobrir gastos com locomoção em todos os momentos em que for necessário em decorrência da sua participação nesta pesquisa.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4042 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br. A senhora também pode entrar em contato, para mais informações sobre a pesquisa, ou em caso de qualquer intercorrência, com as seguintes pesquisadoras: Dra. Maria Teresa Zulini da Costa, da Unidade Neonatal da Divisão de Clínica Pediátrica, do Hospital Universitário (Telefone: 30399409; e-mail: mtzcosta@usp.br) e Profa. Emma Otta, do Instituto de Psicologia da USP (Telefone: 30914448; e-mail: emmaotta@usp.br). O endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP, caso deseje fazer contato, é: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 e Telefone: 30399457.

A senhora poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento. Declaro, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador, ter entendido o que me foi explicado e, tendo a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, consinto em participar da presente pesquisa.

Nome da participante da pesquisa:

Número do RG:

Endereço residencial:

Telefones para contato:

Assinatura da participante

São Paulo, _____

Assinatura do pesquisador

APENDICE IV – EDPE

APÊNDICE IV – ACEITE COMITÊ DE ÉTICA

São Paulo, 20 de agosto de 2011.

Il^{mo}(a). Sr^a(a).

Profa. Dra. Emma Otta

Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Interação mãe-bebê: depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento” – **Pesquisador(a) Responsável:** Profa. Dra. Maria Teresa Zulini da Costa – **CEP-HU/USP:** 673/06 – **Registro SISNEP CAAE:** 0051.0.198.000-06.

Prezada Professora

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 15 de julho de 2011, analisou e **APROVOU** a solicitação feita por V.Sa., conforme descrito no 4º Relatório Parcial, datado de 06 de julho de 2011, referente à alteração do título para “*Depressão pós-parto como um fator de risco para o desenvolvimento do bebê: estudo interdisciplinar dos fatores envolvidos na gênese do quadro e em suas conseqüências*”, bem como a reorganização da equipe de trabalho do Projeto de Pesquisa e a alteração do pesquisador responsável, passando a ser em seu nome.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-000 São Paulo - SP
Tel.: 3091-9457 – Fax: 3091-9479 - Email: cep@hu.usp.br

APENDICE V - Diagrama da Sala de filmagem

APENDICE VI - Descrição de ícones e sua relação com os objetos da sala de filmagem

(adaptado de Prado, 2010).

Ícone	Objeto	Ícone	Objeto
	Cadeiras		Casinha de bonecas
	câmeras		Armário
	Tapete		Espelho bidirecional
	Almofadas		Mesa
	Portas		Caixa de brinquedos

APENDICE VII – PROCEDIMENTO DAS FILMAGENS

<i>Interação Livre Mãe-Criança</i>	A mãe e a criança são conduzidas a sala de filmagem. Ao entrar na sala a pesquisadora diz a mãe e a criança que “podem brincar, conversar e fazer o que sentirem vontade”. A mãe e a criança ficam sozinhas na sala durante 15 minutos.
<i>Recolher os brinquedos com a mãe</i> <i>(tarefa de recolher os brinquedos)</i>	Findados os quinze minutos de interação livre a pesquisadora entra na sala, diz que gostaria que a mãe pedisse ajuda da criança para recolocar os brinquedos na caixa para poder levá-los a mesa. A pesquisadora aguarda até que mãe ou/e criança recolorem os brinquedos na caixa e convida-os para sentarem-se à mesa.
<i>Contar estória</i>	Depois de sentados, a pesquisadora aproxima-se e pede para ambos criarem uma estória a partir de um desenho fornecido.
<i>Teste de compreensão de intencionalidade</i>	A pesquisadora se aproxima da mesa e pede que a mãe responda alguns questionários e que gostaria de brincar e conversar com a criança, que ela permaneça na sala sentada e que não interfira nas atividades com a criança. A pesquisadora inicia a aplicação do teste de

	Compreensão de Intencionalidade. São apresentadas duas histórias uma em que o personagem central é João e outra é a Maria.
<i>Teste de compreensão de Direção do Olhar</i>	O teste de compreensão de Direção do Olhar é composto por três tarefas, denominadas: “Olhando para você?”; “Apontando para onde?”; “Olhando para onde?”.
<i>Teste de ajuda instrumental</i>	O teste de ajuda instrumental é baseado em Warneken e Tomasello (2006) na situação fora do alcance.
Brincadeira de espadas de E.V.A.	Competição, “luta” de espadas entre experimentador e criança.

APENDICE VIII – Entrevista pediátrica

Oitava Entrevista: aos 36 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. Que dia começou sua última menstruação da Sra?.....	
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. Nome da criança:.....	
7. Data do nascimento:/...../.....	
8. Data da entrevista:/...../.....	
9. Idade da criança: anos meses dias	
10. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	
Cotidiano infantil	
11. Quem cuida da criança na maior parte do tempo?	
Principalmente a mãe.....	1

1. Sim		2. Não	
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)			
.....			
21. A sua criança come sozinha?			
1. Sim		2. Não	
Em caso <i>negativo</i> , pode me contar o(s) motivo(s)			
.....			
22. A criança apresenta algum problema de alimentação desde a última entrevista?			
1. Sim		2. Não	
Se <i>sim</i> , que tipo de problema?.....			
.....			
.....			
23. A criança aceita bem o convite para ir para a cama dormir?			
1. Sim		2. Não	
Em caso <i>negativo</i> , o que ocorre nessa hora:			
.....			
24. 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:			
.....			
.....			
25. 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)?.....			
.....			
26. Atualmente, a sua criança usa fraldas?			
1. Sim	2. Não		3. Eventualmente
Se <i>sim</i> , quando usa?.....			
.....			
Se <i>não usa</i> , quando parou?			
.....			
27. A sua criança pede para fazer cocô?			
1. Sim		2. Não	
Se ela <i>não pede</i> , como é para a Sra. o fato dela não pedir?			
.....			
28. A sua criança pede para fazer xixi?			

1. Sim	2. Não
Se ela não pede, como é para a Sra o fato dela não pedir?	
.....	
29. A criança mostra algum comportamento que chama a sua atenção desde a última entrevista?	
1. Sim	2. Não
Se sim, que tipo de comportamento?.....	
.....	
30. A criança brinca?	
1. Sim	2. Não
Se sim, do que brinca.....	
.....	
.....	
31. A criança fala, inventa história enquanto brinca?	
1. Sim	2. Não
Se sim, como é isso.....	
.....	
.....	
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. Conversar com a criança	

Qual é o seu nome?.....	
Você é bebê ou já é criança grande?	
.....	
Você gosta de brincar de mamãe-filhinho? Quando vc brinca, vc éa mamãe ou o filhinho?.....	
.....	
De qual história de que vc gosta?	
.....	
Será que vc poderia me contar um pedacinho de alguma história?	
.....	
.....	
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 freqüência 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
Em caso <i>negativo</i> , poderia nos dizer por que não mora?.....	
51. 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?.....	
52. A Sra. tem algum medo em relação à criança?	

1. Sim	2. Não
Em caso positivo, quais são esses medos:	
53. Imunização atualizada:	
1. Não	2. Sim
54. Realização do EEG	
1. Não	2. Sim
Idade da criança quando realizou o EEG: meses	
Exame físico	
55. Peso atual	 , gs
56. Altura atual:	 , cm
57. Dados relevantes:	

58. Indicadores do DNPM aos 36 meses			
Nome do bebê:			
Idade:		Data:	
	Indicadores	Instruções	
36 meses			
Interacionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta trocas mais complexas com outras crianças 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pergunte se, ao brincar com outras crianças, respeita a vez, conversa já tem noção do que as agrada e desagradam 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mostra interesse por outras pessoas e particularmente por outras crianças 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pergunte 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consegue manter atenção em um relato por mais de um minuto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pergunte ou experimente contar uma pequena história 	

	▪ Enfrenta frustrações adequadamente		▪ Pergunte à mãe como reage a negativas, se faz birras em demasia	
	▪ Brinca interativamente		▪ Pergunte e observe se é capaz de brincar com o adulto ou com outra criança respeitando sua vez e pequenas seqüências	
	▪ O faz-de-conta torna-se mais elaborado		▪ Pergunte/observe se já faz-de-conta que é outra pessoa, monta cenas ou histórias imaginárias	
	▪ Separa-se da mãe com mais facilidade		▪ Pergunte à mãe	
Motor- adaptativo Lingua gem	▪ Põe os sapatos		▪ Pergunte: não precisa saber abotoar nem amarrar	
	▪ Lava e seca as mãos		▪ Pergunte se o faz, mesmo que de maneira ainda incipiente	
	▪ Faz tarefas simples		▪ Pergunte se é capaz de pegar coisas para a mãe, guardar brinquedos etc	
	▪ Copia um círculo		▪ Peça-a que copie um círculo	
	▪ Veste-se com supervisão		▪ Pergunte à mãe	
	▪ Usa bem a colher		▪ Pergunte se já usa a colher ou garfo para comer sozinha, derramando pouco	
	▪ Segura lápis de cor e rabisca		▪ Dê-lhe lápis e papel e observe	
	▪ Imita ponte com três cubos		▪ Faça uma ponte com três cubos (dois sustentando as laterais) e peça-lhe que o reproduza.	
Motor	▪ Controla esfíncteres		▪ Pergunte à mãe; de dia já deve controlar totalmente os esfíncteres	
	▪ Relata experiências/ eventos		▪ Conta coisas que aconteceu com ela; estimule-a a fazê-lo	
	▪ Forma frases simples		▪ Observe, pergunte: frases com sujeito verbo e predicado	
	▪ Nomeia figuras		▪ Mostre-lhe figuras de animais, flores, árvores e pergunte o que é	
	▪ Usa plurais		▪ Pergunte/observe	
	▪ Refere-se a si pelo nome		▪ Pergunte, observe se sabe seu nome.	
	▪ Usa pronomes		▪ Pergunte, observe: eu, nós, ele etc	
	▪ Responde a perguntas simples		▪ Pergunte-lhe o nome, quantos anos tem, onde está o pai.	
	▪ Pede para ir ao banheiro		▪ Pergunte	
	▪ Pedala triciclo		▪ Pergunte	
	▪ Equilibra-se em um pé, por ao menos um segundo		▪ Demonstre e peça que ela se equilibre	
	▪ Corre		▪ Pergunte, observe	
	▪ Dá pulo amplo		▪ Demonstre e peça que pule	
	▪ Sobe e desce escada		▪ Pergunte à mãe	

	▪ Pula de um degrau para o chão		▪ Pergunte à mãe/ observe	
--	---------------------------------	--	---------------------------	--

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

APENDICE IX – Entrevista Apoio Social

8ª ENTREVISTA (36 MESES)

Entrevistador _____ Data: ____/____/____

Nome da mãe _____ ID: _____

Nome da criança _____

Bom dia, Sra. _____. Meu nome é _____, sou pesquisador(a) do Projeto Ipê. Como a Sra. já está conosco há bastante tempo, eu gostaria de atualizar alguns dados. Primeiro, gostaria de atualizar seus telefones para contato.

Telefones para contato:

Fixo _____ Celular _____ Recado _____

Endereço:

Rua _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro _____ Cidade _____

Obrigada! Agora, eu gostaria de saber mais algumas informações:

1. Atualmente, a Sra. é: (LEIA)

Solteira	1
Casada com o pai do(a) _____ (nome da criança) (PULE P/ 4)	2
Mora com o pai do(a) _____ (nome da criança), mas não é casada (PULE P/ 4)	3
Casada com outra pessoa	4
Morando junto com outra pessoa	5
Divorciada	6

2. A Sra. já foi casada ou morou junto com o pai do(a) _____ (nome da criança)?

Sim, foi casada 1

Sim, morou junto..... 2

Não 3

3. Atualmente, qual é a relação que a Sra. tem com o pai do(a) _____ (nome da criança)?

Namoram 1

Não estão juntos, mas mantêm contato..... 2

Não têm mais contato 3

4. Depois do nascimento do(a) _____ (nome da criança), a Sra. teve outros filhos?

Sim..... 1

Está grávida..... 2

Não (PULE P/ 5) 3

ENTREVISTADOR: preencher para cada filho ou gravidez relatada. Se precisar, use folha extra.

4a. Sexo da criança

1. Masculino
2. Feminino
3. Não sabe

4b. Data de nascimento

____ / ____ / ____

4c. Idade da mãe no nascimento

--	--

 anos

4d. O pai da criança é também o pai do(a) _____ (nome da criança)?

1. Sim
2. Não

4e. Idade do pai no nascimento

--	--

 anos

4f. Tipo de parto

-
1. Normal
 2. Cesariana
 3. Fórcepe
 4. Aborto
 5. Natimorto

4g. Está vivo?

1. Sim
2. Não

4h. Planejado

1. Sim
2. Não

4i. Desejado

1. Sim
2. Não

4j. Aceito

1. Sim
2. Não