



Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia Clínica
Linha de Pesquisa: Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais

Heloisa Cardoso da Silva

**Indicadores de Depressão Materna e Sintomas Psicofuncionais em Bebês:
Uma Compreensão Psicanalítica**

Orientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, julho de 2014.

Heloisa Cardoso da Silva

**Indicadores de Depressão Materna e Sintomas Psicofuncionais em Bebês:
Uma Compreensão Psicanalítica**

Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Tagma Marina Schneider Donelli

São Leopoldo, julho de 2014.

S586i Silva, Heloisa Cardoso da
Indicadores de depressão materna e sintomas psicofuncionais em bebês: uma
compreensão psicanalítica / Heloisa Cardoso da Silva. – São Leopoldo, 2014.

153f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Pós-graduação em
Psicologia. São Leopoldo, 2014.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Tagma Marina Schneider Donelli

1. Psicologia. 2. Depressão materna. 3. Sintoma psicofuncional. 4. Maternidade. 5.
Relação mãe-bebê. I. Título.

CDU 159.964.2

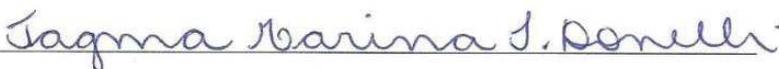
Heloisa Cardoso da Silva

**“Indicadores de Depressão Materna e Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Uma
Compreensão Psicanalítica”**

Dissertação apresentada à Universidade
do Vale do Rio dos Sinos como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Aprovada em vinte e um de agosto de 2014.

BANCA EXAMINADORA



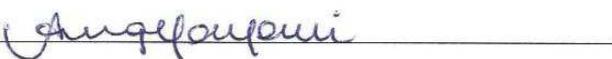
Profª. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profª. Dra. Maria Aparecida Crepaldi – Universidade Federal de Santa Catarina



Profª. Dra. Milena Rosa Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Profª. Dra. Angela Helena Marin – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Agradecimentos

Concluir esta etapa tão significativa não foi nada fácil, pois, além das cansativas viagens semanais a UNISINOS, foram muitos os percalços pessoais que aconteceram paralelamente ao Mestrado. Assim, realizá-lo só foi possível porque tive pessoas maravilhosas ao meu lado, que contribuíram, cada um à sua maneira, para esta conquista.

Primeiramente, agradeço aos meus pais, Volnei e Clara, pelo apoio incondicional, sem o qual não seria possível essa conquista. Obrigada pela paciência, amor, motivação. Amo muito vocês!

Ao meu amor Cícero, que com seu amor, compreensão, paciência, incentivo constante, tentava me tranquilizar dizendo que, no final, tudo daria certo. Te amo infinitamente!

À minha família, avós, madrinha, tios e tias, primos e primas, em especial ao meu irmão Augusto e à sua família, minha cunhada Sâmara e minhas amadas sobrinhas Maria Clara e Nicole. Todos foram fundamentais, pois sempre acreditaram em mim, trazendo mais motivação para esta caminhada.

Agradeço imensamente à minha orientadora Tagma Donelli. Acho que as palavras não serão suficientes para descrever a importância que tiveste pra mim: sempre acolhedora, compreensiva, tranquila, sem deixar de ser exigente, um exemplo de profissional e de ética. Muito, mas muito obrigada pelos teus ensinamentos e pelo teu apoio!

À família do meu noivo, especialmente ao meu sogro Júlio e minha sogra Judite, que sempre me acolheram com muito carinho nos momentos difíceis.

Aos colegas do CAT, em especial à Gabriela Tocchetto, a Gabi, que se tornou uma grande amiga e acompanhou desde o início as dificuldades que ocorreram. Então, agradeço profundamente por oferecer acolhimento às minhas angústias, sempre me incentivando, facilitando a minha vida oferecendo sua casa para eu dormir, amenizando o cansaço da estrada entre casa-trabalho-UNISINOS e das atividades que o Mestrado exigia. Aos colegas do CAPS Renascer, em especial aos do núcleo infantojuvenil, que foram acolhedores e compreensivos quando eu tinha que me ausentar das reuniões para ir aos seminários.

Agradeço aos colegas de turma, em especial, à Patrícia Wolff, com quem convivi no grupo de pesquisa, compartilhei a ida a Brasília no Congresso sobre bebês, assunto que é a nossa paixão, e à Carmem Giongo, que carinhosamente leu um dos artigos deste trabalho, dando sugestões valiosas. Às colegas do grupo de pesquisa, sobretudo, à mestranda Mariana Reichelt Chemello e às bolsistas de iniciação científica Vitória Waikamp, Luana de Castro Flores,

Viviane Salazar e Rafaela Campos Peruchi. A ajuda de todas na coleta de dados, transcrição do material e/ou análise dos vídeos foi de extrema relevância para eu concluir minha pesquisa.

A todos os meus amigos, em especial Roberto e Thais, que acompanharam mais de perto toda a minha caminhada e acolheram minhas angústias nos momentos difíceis. Sempre torceram por mim, mesmo a distância, e isso me deu suporte para persistir e seguir em frente.

À amiga Bianca Maciel, que sempre torceu por mim e carinhosamente leu parte do meu trabalho, além de se dispor a ajudar na coleta de dados. À amiga Eveline Nery, que contribuiu na coleta de dados, o meu sincero agradecimento!

Aos componentes da banca, que enriqueceram o trabalho com suas contribuições. Muito obrigada!

Enfim, agradeço às duplas mãe-bebê que aceitaram participar desta pesquisa e tornaram-na possível.

Sumário

Resumo	08
Abstract	09
Apresentação da Dissertação	09
Seção I: Artigo Teórico	11
Depressão e Maternidade à Luz da Psicanálise: Uma Revisão Sistemática da Literatura	11
Resumo.....	11
Abstract	12
Introdução	13
Método	16
Resultados e Discussão	17
Considerações Finais.....	27
Referências.....	29
Seção II: Artigo Empírico	36
Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo	36
Resumo.....	36
Psychofunctional Symptoms and Maternal Depression: A Qualitative Study.....	37
Abstract	37
Introdução	38
Depressão Materna e Suas Implicações Para a Relação Mãe-Bebê e Para o Bebê.....	41
Justificativa e Objetivo.....	44
Método	45
Delineamento	45
Participantes	45
Procedimentos e Instrumentos	46
Resultados e Discussão	49
Caso 1: Sandra e Luan.....	50
a) <i>História de vida materna</i>	50
b) <i>História da gestação e do parto</i>	51
c) <i>Relação mãe-bebê e experiência da maternidade</i>	52
d) <i>Relacionamento conjugal e familiar</i>	54
e) <i>Sintoma(s) do bebê</i>	54
Caso 2: Deise e Leandro	55

<i>a) História de vida materna</i>	55
<i>b) História da gestação e do parto</i>	56
<i>c) Relação mãe-bebê e a experiência da maternidade</i>	57
<i>d) Relacionamento conjugal e familiar</i>	59
<i>e) Sintoma(s) do bebê</i>	60
Caso 3: Paula e Natália	61
<i>a) História de vida materna</i>	61
<i>b) História da gestação e do parto</i>	62
<i>c) Relação mãe-bebê e a experiência da maternidade</i>	63
<i>d) Relacionamento conjugal e familiar</i>	65
<i>e) Sintoma(s) do bebê</i>	65
Síntese dos Casos Cruzados	66
Considerações Finais	73
Referências	74
Considerações Finais da Dissertação	82
Referências	85
Apêndices	87
Apêndice A - Caracterização das Pesquisas Localizadas na Revisão Sistemática	87
Apêndice B - Parecer do Comitê de Ética	97
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 1	99
Apêndice D – Questionário Sobre os Dados Sociodemográficos da Família	100
Apêndice E - Ficha de Dados Clínicos	104
Apêndice F - Questionário Symptom Check-List	106
Apêndice G - Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS)	117
Apêndice H - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)	149
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 2	150
Apêndice J - Interaction Assessment Procedure (IAP)	151
Apêndice K - Entrevista Sobre a Gestação, o Parto e a Experiência da Maternidade ..	152

Indicadores de Depressão Materna e Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Uma Compreensão Psicanalítica

Resumo

Esta dissertação de mestrado trata dos sintomas psicofuncionais em bebês de mães com indicadores de depressão e tem a psicanálise como referencial teórico. Assim, ela é composta por dois artigos, um teórico e um empírico. No artigo teórico, intitulado "Depressão e Maternidade à Luz da Psicanálise: Uma Revisão Sistemática da Literatura", realizou-se um levantamento da produção científica nacional sobre depressão e maternidade, com embasamento psicanalítico, no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2014. Os resultados evidenciaram a escassez de estudos sobre depressão materna e sintomas precoces em bebês, justificando a pesquisa apresentada no artigo empírico. No artigo empírico, intitulado "Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo", realizou-se um estudo de casos múltiplos, com o objetivo de compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês com seis a 12 meses, cujas mães apresentassem indicadores de depressão materna. Participaram do estudo três duplas mãe-bebê, e os achados apontaram que, nesse contexto, as mães encontram dificuldades no exercício da maternidade e nas tarefas que ela exige, levando os bebês a se defenderem precocemente, expressando seu sofrimento através do sintoma. Portanto, espera-se que este trabalho contribua para a compreensão e o desenvolvimento científico na área estudada, fomentando futuras pesquisas e subsidiando a construção de estratégias preventivas e promotoras de saúde junto a mães e bebês.

Palavras-chave: depressão materna, sintoma psicofuncional, maternidade, relação mãe-bebê.

Indicators of Maternal Depression and Psychofunctional Symptoms in Babies: A Psychoanalytic Understanding

Abstract

This dissertation deals with psychofunctional symptoms in babies of mothers with depression indicators, and has psychoanalysis as theoretical framework. Thus, it's composed of two articles, a theoretical and an empirical. In the theoretical article, entitled "Depression and Motherhood Based on Psychoanalysis: A Systematic Review of the Literature", a survey of national scientific production on depression and motherhood was carried out, with psychoanalytic framework, in the period from January 2003 to January 2014. The results showed the shortage of studies on maternal depression and early symptoms in babies, justifying the research presented in the empirical article. In empirical article, entitled "Psychofunctional Symptoms and Maternal Depression: A Qualitative Study", it was performed a study of multiple cases, with the objective of comprehending the manifestation of psychofunctional symptoms in infants between six and 12 months, whose mothers present maternal depression indicators. Participated in this study three mother-infant pairs, and the finding showed that, in this context, mothers encounter difficulties in the exercise of motherhood and the tasks that it requires, leading babies to defend themselves precociously, expressing their suffering through the symptoms. Therefore, it's hoped that this work will contribute to the understanding and scientific development in the studied area, fostering further researches and subsidizing the construction of preventive and health-promoting strategies together with mothers and babies.

Keywords: maternal depression, psychofunctional symptom, motherhood, mother child relations.

Apresentação da Dissertação

Esta dissertação de mestrado teve como foco principal o estudo dos sintomas precoces da primeira infância no contexto da depressão materna. A escolha por essa temática deu-se em função de experiências durante a graduação e enquanto profissional. Uma delas foi a realização de um estágio extracurricular no programa estadual Primeira Infância Melhor (PIM), que visava ao acompanhamento de gestantes e do desenvolvimento de crianças de zero a seis anos. A partir dessa vivência, foi possível acompanhar uma mãe com diagnóstico de depressão materna, despertando o interesse em investigá-la. Além disso, o trabalho como psicóloga voluntária no projeto Pró-Bebê, em Torres/RS, também influenciou na opção pelo tema. Esse projeto objetivava acompanhar o desenvolvimento de crianças de zero a três anos, atuando, sobretudo, com a detecção precoce de psicopatologias e de problemas do desenvolvimento infantil. O contato com casos de bebês que manifestavam algum tipo de sintoma psicofuncional provocou a curiosidade sobre essa questão. Portanto, a proximidade com atividades que envolveram intervenções no contexto da gravidez, da maternidade e da primeira infância sempre estiveram presentes na trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora, fomentando a identificação com tais temas.

Indo ao encontro desse interesse, produziu-se o presente trabalho, que está organizado em duas seções, que reúnem os artigos resultantes da pesquisa realizada. Na seção I, encontra-se o artigo teórico denominado “Depressão e Maternidade à Luz da Psicanálise: Uma Revisão Sistemática da Literatura”, que objetivou a análise da produção científica nacional sobre depressão pós-parto na perspectiva psicanalítica, publicada entre janeiro de 2003 a janeiro de 2014. Escolheu-se elaborar uma revisão sistemática para que ela proporcionasse um panorama das pesquisas realizadas com a temática e fundamentação teórica escolhida, como também para evidenciar a carência de estudos com enfoque nos sintomas psicofuncionais no contexto da sintomatologia de depressão materna, justificando a efetuação da pesquisa empírica.

Na seção II, encontra-se o artigo designado “Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo”, o qual visou à compreensão da manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês cujas mães apresentaram indicadores de depressão. O estudo foi realizado com três duplas mães-bebê, tendo uma abordagem qualitativa e delineamento de estudo de casos múltiplos, pois se entendeu que a escolha metodológica era a mais pertinente para atingir o objetivo proposto. Após esses segmentos, estão localizadas as considerações

finais desse escrito, nas quais são evidenciadas as reflexões suscitadas pelo estudo realizado, sendo apontadas algumas conclusões.

Seção I: Artigo Teórico

Depressão e Maternidade à Luz da Psicanálise: Uma Revisão Sistemática da Literatura

Resumo

Este artigo objetivou realizar uma revisão sistemática da produção científica nacional sobre depressão e maternidade na perspectiva psicanalítica, publicada entre janeiro de 2003 a janeiro de 2014. Na busca, foram empregados os descritores *depressão pós-parto* ou *depressão materna* ou *depressão puerperal* e *psicanálise*, sendo consultadas as bases de dados Scielo, LILACS, BVS, BVS-Psi, Google Acadêmico, Portal da CAPES e Portal Domínio Público, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e as bibliotecas digitais da UFRGS, UFRJ, UFPR, UFSM, PUCRS, PUCSP, PUCRJ, USP e ULBRA. Foram incluídos artigos, dissertações ou teses nacionais, disponibilizados virtualmente na íntegra, advindos da psicologia, psicanálise e psiquiatria ou multidisciplinares, envolvendo um desses campos. Foram encontrados 34 estudos, sendo a psicologia a área com mais produções. A maioria referiu-se a relatos de casos clínicos e pesquisas teóricas sobre o tema, revelando uma carência de estudos empíricos. Dentre estes, havia mais trabalhos de cunho qualitativo, com emprego de estudos de caso, sendo identificados quatro grupos de participantes: mães, duplas mãe-bebê, tríades pai-mãe-bebê e pediatras. Também, percebeu-se uma carência de instrumentos diagnósticos que subsidiem a psicanálise e uma inconsistência tanto no período do pós-parto considerado para o diagnóstico de depressão, quanto na nomenclatura empregada. Quanto aos resultados, foram encontrados seis principais eixos: a importância da detecção precoce de sinais de risco, o impacto da depressão na interação mãe-bebê, os efeitos sobre o desenvolvimento infantil, a etiologia multifatorial do transtorno, a vulnerabilidade do contexto familiar a psicopatologias e algumas hipóteses acerca dos aspectos psicodinâmicos inerentes à depressão. Infere-se que há muitos percalços no diagnóstico e, a partir do que refere a literatura sobre o funcionamento psicodinâmico próprio à maternidade nos dois primeiros anos após o parto, defende-se a conceituação desse transtorno como depressão materna e a elaboração de um constructo diferenciado.

Palavras-chave: depressão pós-parto, depressão materna, depressão puerperal, psicanálise, revisão sistemática.

Depression and Motherhood Based on Psychoanalysis: A Systematic Review of the Literature

Abstract

This article aimed to conduct a systematic review of the national scientific production about depression and maternity in psychoanalytic perspective, between January 2003 and January 2014. In the search, the descriptors postpartum depression or maternal depression or puerperal depression and psychoanalysis were employed., being consulted the databases Scielo, LILACS, BVS, BVS-Psi, Google Scholar, CAPES Portal and Portal Domínio Público, the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations and digital libraries at UFRGS, UFRJ, UFPR, UFSM, PUCRS, PUCSP, PUCRJ, USP and ULBRA. Articles, dissertations or national theses, available virtually in full, arising from psychology, psychoanalysis and psychiatry, or multidisciplinary, involving one of these fields were included. Thirty-four studies were found, being the psychology area the one with more productions. Most referred to clinical case reports and theoretical researches on the topic, revealing a lack of empirical studies. Among these, there were more qualitative searches, with the use of case studies, four groups of participants were identified: mothers, mother-infant pairs, triads father-mother-baby and pediatricians. In addition, it was noticed a lack of diagnostic instruments that subsidize psychoanalysis and an inconsistency both in the postpartum period considered for the diagnosis of depression, as in the nomenclature employed. As for the results, six main themes were found: the importance of early detection of risk signs, the impact of depression on mother-infant interaction, the effects on child development, the multifactorial etiology of the disorder, vulnerability to psychopathologies in the family context and some assumptions about the psychodynamic aspects inherent to depression. It's inferred that there are many problems in the diagnosis and, from what refers to the literature on psychodynamic functioning own to maternity in the first two years after childbirth, it is defended the conceptualization of this disorder as maternal depression and the elaboration of a differentiated construct.

Keywords: postpartum depression, maternal depression, puerperal depression, psychoanalysis, systematic review.

Introdução

A depressão materna é uma psicopatologia multifatorial que advém no período puerperal, caracterizada por sintomas próprios à depressão maior, que pode ocorrer entre o segundo e o décimo segundo mês após o nascimento do bebê (Catão, 2002; Guédeney & Jeammet, 2002; Stewart, Robertson, Dennis, & Grace, 2004). De fato, a literatura diverge quanto ao critério do tempo de início. Autores defendem que sua expressão se dá até três meses após o parto (Cox, 2004; O'Hara & Wisner, 2014), e outros situam a manifestação do transtorno até 24 meses (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Comumente, essa desordem apresenta dois momentos culminantes quanto ao seu surgimento: o primeiro pode acontecer entre a sexta e a décima segunda semana após o parto, e o segundo, a partir dos seis meses subsequentes ao parto (Catão, 2002).

Junto com o baby blues e as psicoses puerperais, a depressão materna compõe o quadro dos possíveis transtornos psicopatológicos atrelados ao pós-parto, destacando-se por sua prevalência significativa (Catão, 2002). Tanto estudos nacionais quanto internacionais indicam que ela chega a se manifestar entre 10% a 19% das mães (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005; Schmidt, Piccoloto, & Müller, 2005; Moraes et al., 2006; Pearlstein, Howard, Salisbury, & Zlotnick, 2009; Melo et al., 2012; Subba, 2013), aumentando para 25% quando houve episódio de depressão materna anterior (Clay & Seehusen, 2004). Desde uma visão clínica, é fundamental distingui-la do baby blues, que é um quadro que se expressa por volta do terceiro dia após o parto, com incidência maior, visto que em torno de 80% das mulheres são acometidas por um estado de intensa emotividade, choro fácil, tristeza, sentimento de incapacidade, insegurança, ansiedade, medo do futuro. Na perspectiva do inconsciente materno, esse quadro representa uma rememoração de lutos mal-elaborados concernentes à sua própria história e é, então, um tempo importante que indica um reconhecimento mútuo entre a dupla mãe-bebê (Szejer, 1999). Assim, apesar das semelhanças sintomáticas, ao contrário da DPP, o baby blues é um estado transitório e que desaparece até um mês após o parto (Iaconelli, 2005).

A depressão materna tende a se expressar mais intensamente quando a mãe sofre uma quebra de expectativa em relação ao filho e/ou à mudança que a vinda dele acaba provocando em sua vida. Assim, decorrem os sentimentos de estresse, decepção, crença de incapacidade nos cuidados com o bebê e dificuldade para enfrentar essa situação (Maldonado, 1997). Este processo poderá repercutir de modo negativo na interação mãe-bebê, caracterizada por um

menor nível de sincronia e menor responsividade, como também poderá ter implicações negativas para o desenvolvimento da criança (Schwengber & Piccinini, 2003).

Desta forma, a vinda de um bebê, assim como a experiência da maternidade, não é natural e instintiva para a mulher tal como é concebido do ponto de vista sociocultural. Ter um bebê exige um intenso trabalho psíquico e implica diferentes abdições: ao lugar de filha diante dos próprios pais, ao corpo de menina e, posteriormente, ao corpo de mulher grávida. Assim, o nascimento de um filho condiz com um desinvestimento narcísico materno que possibilite um investimento subjetivo no seu bebê, que é imprescindível à sua constituição psíquica (Catão, 2002).

Diante desse contexto, uma mãe que se encontra instável emocionalmente pode não conseguir exercer satisfatoriamente a função materna, a qual não se constitui como uma qualidade biológica, mas sim um papel a ser desempenhado por alguém que tenha condições emocionais para o exercício da maternidade. Em outras palavras, essa pessoa deve ser capaz de ocupar o lugar daquele que possa investir subjetivamente no bebê, sobretudo nos cuidados iniciais, decodificando o que o seu corpo quer informar, através dos desvelos, carinhos e cuidados necessários (Ducatti, 2004).

Nesse sentido, a identificação precoce de sinais que indiquem que uma mulher corre o risco de desenvolver uma depressão materna é de extrema relevância. Assim, isso significa fazer “da intervenção precoce um fator de proteção”, como afirmam Brum e Oliveira (2012, p. 19). Contudo, a própria realização do diagnóstico, por vezes, configura-se como um obstáculo que se estabelece por diversos fatores. Pode-se dizer que um dos principais obstáculos refere-se às divergências que existem nos critérios diagnósticos nos manuais classificatórios que, atualmente, são referências aos profissionais de saúde mental: o manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o Manual Diagnóstico e Estatístico em Saúde Mental - DSM, publicado pela American Psychiatric Association (APA) (Brum & Oliveira, 2012), que foi revisado recentemente, em maio de 2013, alcançando a sua quinta edição. Essa reformulação trouxe uma pequena mudança no critério diagnóstico de depressão materna, atrelada à substituição do termo *pós-parto* por *periparto* (APA, 2014), que é pertinente, entretanto ainda destoa dos critérios da CID-10.

Então, por um lado, o DSM-5 inovou ao preconizar que a depressão materna pode iniciar ainda na gravidez, porém, mantém que essa manifestação inicial pode se dar dentro de quatro semanas após o parto, e suas características e sintomas estão atrelados à ocorrência de um Episódio Depressivo, com grau que vai de moderado a severo (APA, 2014). Por outro

lado, a CID-10 indica que o início se dá dentro de seis semanas após o parto, não satisfazendo critérios diagnósticos de outra psicopatologia classificada no manual (OMS, 1993). Além disso, a análise da literatura nacional e internacional aponta que alguns pesquisadores empenhados no estudo da depressão materna, como Cramer e Palacio-Espasa (1993), Cox (2004) e O'Hara e Wisner (2014), sugerem distintos critérios temporais para a manifestação do transtorno.

Outro ponto influente na realização do diagnóstico da depressão materna refere-se ao fato que, não raro, ele é negligenciado pela própria mulher e seus familiares, que entendem que os sintomas de esgotamento físico e emocional são intrínsecos ao puerpério e aos cuidados que um bebê exige (Cruz et al., 2005). Ao mesmo tempo em que existem mudanças fisiológicas significativas atreladas ao pós-parto, há um imperativo social, cultural, familiar e pessoal em relação à mãe de que ela deve realizar o papel materno de forma adequada, sendo isso algo que lhe é, indiscutivelmente, genuíno. Dessa maneira, apesar de experimentar um momento de fragilidade emocional, compete-lhe sentir satisfação com sua nova tarefa, além de ter a habilidade de reconhecer todas as demandas do seu filho (Gomes et al., 2010). Nesse sentido, percebe-se que muitas especificidades do puerpério, da vivência da maternidade e da interação mãe-bebê são preteridas nesse processo, fato esse que deve ser problematizado pelos profissionais da saúde, visto que esses aspectos são essenciais à compreensão e à intervenção clínica.

Para a perspectiva psicanalítica, essas particularidades, associadas a outros aspectos subjetivos, são fundamentais para a compreensão da depressão materna. Também, a prática perpassada por essa teoria pode auxiliar no reconhecimento da singularidade de cada caso, transcendendo meras classificações guiadas pela “lógica que toma a mulher como corpo orgânico e que a objetifica como espaço de intervenção do especialista” (Aguar, Silveira, & Dourado, 2011, p. 625). Assim, tendo em vista que não foram localizadas na literatura revisões sistemáticas sobre depressão materna a partir do embasamento psicanalítico, entende-se essa realização como necessária, pois possibilita a apreensão do panorama científico sobre o tema. Portanto, atendendo a essa lacuna, o presente artigo realizou um levantamento da produção científica brasileira nos últimos 11 anos sobre a depressão materna cuja discussão estivesse fundamentada na teoria psicanalítica, a qual pode subsidiar a compreensão psicodinâmica dessa psicopatologia e suas possíveis repercussões à mãe, à criança e ao meio familiar da dupla.

Método

A revisão sistemática é um estudo que utiliza como fonte de dados a literatura acerca do tema investigado (Sampaio & Mancini, 2007) e tem como objetivo realizar uma análise de trabalhos científicos de forma ordenada, a partir de uma metodologia claramente definida, visando à minimização dos erros nas inferências (Coutinho, 2002). O seu planejamento é norteado por uma pergunta específica e, para respondê-la, devem ser empregados métodos explícitos e sistemáticos que viabilizem a identificação, seleção, avaliação e análise crítica dos estudos (Castro, 2001). A realização desse tipo de revisão é importante, pois responde à “necessidade de sintetizar o conhecimento produzido e de separar os estudos pertinentes daqueles irrelevantes a determinada questão clínica” (Pereira & Bachion, 2006, p. 492). Dessa forma, oferecem-se subsídios para tomar decisões fundamentadas em evidências apresentadas pelas pesquisas.

Assim, a elaboração da presente revisão partiu do seguinte questionamento: qual a produção científica nacional sobre a depressão materna, à luz do referencial psicanalítico, publicada entre janeiro de 2003 e janeiro de 2014? Para isso, efetuou-se o levantamento bibliográfico nos seguintes meios eletrônicos: Scielo, LILACS, BVS, BVS-Psi, Google Acadêmico e Portal da CAPES. A fim de acessar teses e dissertações, foram consultados o Portal Domínio Público, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e as bibliotecas digitais das Universidades Federais do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Rio de Janeiro (UFRJ), do Paraná (UFPR) e de Santa Maria (UFSM), das Pontifícias Universidades Católicas do Rio Grande do Sul (PUCRS), de São Paulo (PUCSP) e do Rio de Janeiro (PUCRJ), da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Para a busca, utilizou-se a combinação dos descritores previamente selecionados, da seguinte forma: *depressão pós-parto* ou *depressão puerperal* ou *depressão materna e psicanálise*. Dessa forma, fez-se o cruzamento entre essas palavras-chave visando à máxima localização de material científico.

Outrossim, foram aplicados alguns critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos. Dentre os de inclusão, optou-se por: a) ser artigo, dissertação de mestrado ou tese de doutorado nacional; b) ter sido publicado no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2014; c) estar o material disponibilizado virtualmente na íntegra, de forma gratuita; d) ser relato de caso, de pesquisa teórica e/ou empírica; e) advir das áreas da psicologia, psicanálise, psiquiatria e/ou multidisciplinar, envolvendo pelo menos umas das áreas citadas. Quanto aos

de exclusão, optou-se por eliminar: a) duplicatas; b) publicações fora do período selecionado; c) outros tipos de produções que não fossem artigos, dissertações e/ou teses, tais como resenhas, cartas ao editor, trabalhos de conclusão de curso de graduação e/ou especialização e livros; d) trabalhos que não contemplavam os descritores adotados; e) artigos não disponibilizados on-line na íntegra e gratuitamente e/ou não referenciados na psicanálise. Por fim, entendeu-se que o trabalho tinha como embasamento teórico a psicanálise quando estava claramente expresso que a formação do(s) autor(es) (nos casos de autoria múltipla, pelo menos um deles) era psicanalítica e, nos casos em que isso não aconteceu, quando havia referência a autor(es) psicanalítico(s) ao longo do texto que corroboraram a linha de discussão do estudo.

Ao final desse processo, foram consultadas as referências bibliográficas que os autores dos trabalhos localizados utilizaram em seus escritos. O intuito dessa consulta foi capturar algum trabalho que, eventualmente, não foi localizado na consulta anterior às bases.

Resultados e Discussão

Com a finalidade de examinar de forma aprofundada a produção científica encontrada, foram criadas categorias para facilitar a análise do material: 1) *tipos de publicação*, na qual se identificou a natureza do trabalho e a frequência com que cada tipo apareceu; 2) *ano de publicação*; 3) *área de publicação*, na qual se constatou a área de origem do trabalho e, no caso dos artigos, a revista de publicação; 4) *autoria e sua respectiva afiliação institucional*, sendo considerados todos os autores envolvidos; 5) *objetivos*; 6) *delineamento*; 7) *participantes*; 8) *instrumentos*, procurando-se detectar a frequência e o objetivo de suas aplicações; 9) *período do pós-parto em que se realizou o diagnóstico*, nos casos em que a amostra foi composta por mães, duplas mãe-bebê ou tríades pai-mãe-bebê, a fim de identificar o critério temporal para o diagnóstico de depressão materna; 10) *principais resultados e conclusões*; 11) *o termo empregado referente à depressão*, com o intuito de identificar a denominação utilizada no trabalho. Assim, realizou-se a análise dessas categorias de forma quantitativa, conforme a frequência com que os itens apreciados apareceram, e qualitativa, de acordo com o conteúdo de cada uma.

Inicialmente, a busca nas bases de dados resultou em 1088 estudos. Após, procurou-se identificar as informações a respeito dos trabalhos conforme os critérios de inclusão e exclusão, sendo descartados 195 duplicatas, 20 itens por terem sido publicados fora do período selecionado, 42, por se referirem a tipos de publicações distintos dos pré-

selecionados, 24, por serem internacionais, cinco, por não pertencerem às áreas previamente escolhidas e dois, por não ser permitido o seu acesso na íntegra gratuitamente. Em seguida, realizou-se a leitura dos resumos dos materiais restantes, sendo 767 trabalhos subtraídos pelo seu conteúdo, pois não contemplavam os descritores designados. Na consulta às referências utilizadas nos artigos, encontrou-se um trabalho que não apareceu na procura prévia. Dessa forma, ao final, foram localizados 34 estudos: 24 artigos, quatro dissertações de mestrado e seis teses de doutorado, como se pode observar na Tabela 1. Dentre os artigos capturados, cinco resultaram de teses e dissertações que também entraram nessa revisão, que apesar de serem recortes do trabalho maior, julgou-se relevante mantê-los. As principais características das pesquisas localizadas podem ser visualizadas de forma detalhada na tabela situada no Apêndice A.

Tabela 1

Resultado da busca nas bases de dados

Passos da seleção dos estudos		Número de itens
	Busca inicial	1088
Exclusão	Publicação fora do período delimitado	20
	Outros tipos de publicação	42
	Estudos internacionais	24
	Outras áreas	05
	Acesso virtual na íntegra vedado	02
	Duplicatas	195
	Conteúdo não contempla os descritores designados	767
	Consulta às referências dos trabalhos	01
Total		
Tipos	Artigos	24
	Dissertações de Mestrado	04
	Teses de Doutorado	06
Total de itens localizados		34

Esses dados sugerem que a produção científica sobre depressão materna, a partir da psicanálise, cresceu nos últimos anos. Não foi localizada nenhuma publicação em 2004 e em 2014, sendo este último ano compreensível em função do curto período averiguado. Entretanto, 2011 foi quando mais pesquisas foram publicadas, com seis trabalhos (Aguiar et al., 2011; Bernardino, Laznik, & Araújo, 2011; Carlesso, 2011; Carlesso & Souza, 2011; Moraes & Crepaldi, 2011; Sousa, Prado, & Piccinini, 2011), seguido de 2006 e 2013, com

cinco em cada (Alfaya, 2006; Alfaya, Lopes, & Prado, 2006; Brum, 2006; Brum & Schermann, 2006; Martins, 2006; Fernandes & Cotrin, 2013; Flores, Souza, Moraes, & Beltrami, 2013; Julien, 2013; Neto & Álvares, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). Ainda, sobressaíram-se os anos de 2005 e 2007, com quatro em cada (Arrais, 2005; Iaconelli, 2005; Schmidt et al., 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Borsa, Feil, & Paniágua, 2007; Schwengber, 2007; Silva, 2007; Teixeira, 2007). Nos anos restantes, houve duas publicações em cada período.

Seguramente, nos últimos anos a psicologia foi a área protagonista na pesquisa sobre a temática. Com exceção do estudo multidisciplinar de Mello, Maia e Silva (2009), que envolveu psicanálise, fonoaudiologia e biologia, todos os outros continham, ao menos, um autor desse campo. Dentre eles, 22 provieram estritamente da psicologia (Atem, 2003; Schwengber & Piccinini, 2003; Arrais, 2005; Schmidt et al., 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Alfaya, 2006; Brum, 2006; Brum & Schermann, 2006; Martins, 2006; Borsa et al., 2007; Schwengber, 2007; Silva, 2007; Alt & Benetti, 2008; Folino, 2008; Silva & Piccinini, 2009; Brum, 2010; Moraes, 2010; Moraes & Crepaldi, 2011; Brum & Oliveira, 2012; Fernandes & Cotrin, 2013; Julien, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013) e quatro advieram da psicologia e psicanálise, dos quais três eram de autoria única, sendo cada autor psicólogo e, também, psicanalista ou especialista em psicanálise (Iaconelli, 2005; Teixeira, 2007; Prado, 2013), e o outro, de autoria múltipla e, portanto, multidisciplinar (Bernardino et al., 2011). Os demais eram multidisciplinares, envolvendo psicologia e psiquiatria (Alfaya et al., 2006; Sousa et al., 2011) ou medicina (Neto & Álvares, 2013), psicologia e enfermagem (Aguiar et al., 2011), psicologia, fonoaudiologia e engenharia química (Flores et al., 2013) e psicologia e fonoaudiologia (Carlesso, 2011; Carlesso & Souza, 2011). No que se refere às revistas que publicaram os artigos capturados, percebeu-se que foram diversificadas, destacando-se a *Estudos em Psicologia* e a *Revista CEFAC*, com três em cada.

Se, por um lado, a psicologia obteve distinção, em contrapartida, não foram localizados estudos decorrentes unicamente do campo psicanalítico e/ou psiquiátrico, ponto este importante de ser interrogado. Entende-se essa carência de produção como um fator inesperado, tendo em vista a importância de ambas as áreas junto à intervenção com mulheres deprimidas, duplas mãe-bebê e, também, famílias em que a mãe tem depressão. Apesar disso, um aspecto profícuo a ser destacado é a presença considerável de estudos multidisciplinares, que, mesmo ainda envolvendo poucas áreas, aponta para a existência de um diálogo essencial entre os diferentes campos atuantes em saúde mental.

Envolveram-se na elaboração das publicações um total de 47 autores, dos quais nove produziram mais de um trabalho. Em relação à procedência institucional das pesquisas, o Rio Grande do Sul destacou-se por concentrar centros que se dedicam à investigação da depressão materna: havia participação de instituições gaúchas em 19 trabalhos, o que significa mais da metade do total localizado, com proeminência especial à UFRGS, com nove, seguida da UFSM e da PUCRS, com, respectivamente, três e dois trabalhos. A UNISINOS, a ULBRA, o Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (CESUCA), o Instituto da Família de Porto Alegre e o Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade produziram um trabalho cada. Fora do Rio Grande do Sul, destacaram-se a PUCSP, com cinco trabalhos, a USP, com três, e a UFSC, com dois.

Quanto aos objetivos dos estudos encontrados, boa parte se propôs à construção de uma revisão da literatura sobre a temática, com diferentes focos: caracterização da depressão materna (Schwengber & Piccinini, 2003; Schmidt et al., 2005; Borsa et al., 2007; Aguiar et al., 2011; Moraes & Crepaldi, 2013); sua conceituação, centrando na questão do critério temporal empregado no diagnóstico (Brum & Oliveira, 2012); fatores de risco (Schwengber & Piccinini, 2003); relação mãe-bebê estabelecida nesse contexto (Schwengber & Piccinini, 2003; Brum & Schermann, 2006; Teixeira, 2007; Carlesso & Souza, 2011; Fernandes & Cotrin, 2013); avaliação dos efeitos sobre o bebê (Atem, 2003; Teixeira, 2007) e sobre seu desenvolvimento (Brum & Schermann, 2006; Teixeira, 2007; Carlesso & Souza, 2011; Fernandes & Cotrin, 2013); as reações do bebê frente à depressão materna (Atem, 2003); a paternidade diante desse quadro (Silva & Piccinini, 2009); e o papel do obstetra e do psicólogo frente à depressão materna (Neto & Alvares, 2013). Também, alguns visaram à discussão do tema por meio da apresentação de casos clínicos, com ênfase na caracterização da depressão materna (Iaconelli, 2005), no seu impacto sobre o desenvolvimento infantil (Brum, 2006; Alt & Benetti, 2008), na relação mãe-bebê (Bernardino et al., 2011), na importância da maternidade para essas mulheres (Julien, 2013) e na reflexão sobre o fenômeno da transferência na intervenção junto a mães acometidas por esse transtorno (Prando, 2012). Outros, ainda, almejavam, de forma empírica, investigar o comportamento das mães com indicadores de depressão frente ao comportamento exploratório dos filhos, durante a psicoterapia breve mãe-bebê (Alfaya, 2006; Alfaya et al., 2006); averiguar representações acerca da maternidade no contexto da DPP (Schwengber, 2007; Sousa et al., 2011); explorar a interação mãe-filho (Mello et al., 2009; Moraes, 2010); verificar a associação entre estado emocional materno e risco ao desenvolvimento infantil (Carlesso, 2011; Flores et al., 2013); compreender o psicodinamismo da depressão materna (Arrais,

2005; Martins, 2006; Moraes, 2010); examinar a paternidade (Silva, 2007) e a experiência da maternidade nesse contexto, aos 12 meses de vida do bebê (Schwengber & Piccinini, 2005); estudar o processo psicoterápico com famílias em que a mãe estava deprimida (Brum, 2010); e, enfim, analisar como ocorre a atuação de pediatras frente a uma mãe com DPP (Folino, 2010).

Percebe-se, a partir desses dados, que muitos trabalhos na perspectiva psicanalítica ainda estão atrelados ao relato de experiências clínicas e à discussão teórica da depressão materna e das suas repercussões à mulher, ao seu bebê e à sua família. Também, evidencia-se que há uma lacuna bastante expressiva tanto nos estudos teóricos como nos empíricos: apesar de abordarem os efeitos para o bebê, nenhum deles focou no estudo do aparecimento de sintomas psicofuncionais em bebês cujas mães apresentem depressão. Esses sintomas são compreendidos como manifestações somáticas e comportamentais, sem causa orgânica e que indicam dificuldades na relação do bebê com sua mãe ou figuras parentais (Pinto, 2004). Para uma mãe frágil emocionalmente, como está uma mãe deprimida, pode ser difícil estabelecer um laço afetivo saudável com seu bebê, abrindo possibilidade para o surgimento de tais sintomas, sendo fundamental compreender como ocorre esse processo. Portanto, isso demonstra uma necessidade impreterível de se pesquisar, sobretudo empiricamente, essa psicopatologia e seus possíveis efeitos sintomáticos no bebê. Por conseguinte, isso contribuiria para a interlocução acerca de estratégias clínicas tanto de prevenção, quanto de detecção e de intervenção precoces, evitando ou amenizando prejuízos maiores.

Essa inferência vai ao encontro do resultado da análise dos delineamentos dos trabalhos. Dentre eles, 14 eram estritamente teóricos (Atem, 2003; Schwengber & Piccinini, 2003; Schmidt et al., 2005; Brum & Schermann, 2006; Borsa et al., 2007; Teixeira, 2007; Silva & Piccinini, 2009; Aguiar et al., 2011; Carlesso & Souza, 2011; Moraes & Crepaldi, 2011; Brum & Oliveira, 2012; Fernandes & Cotrin, 2013; Neto & Alvares, 2013; Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013), seis eram relatos de casos clínicos (Iaconelli, 2005; Brum, 2006; Alt & Benetti, 2008; Bernardino et al., 2011; Julien, 2013; Prando, 2013) e 14 eram empíricos (Arrais, 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Alfaya, 2006; Alfaya et al., 2006; Martins, 2006; Schwengber, 2007; Silva, 2007; Folino, 2008; Mello et al., 2009; Brum, 2010; Moraes, 2010; Carlesso, 2011; Sousa et al., 2011; Flores et al., 2013). Logo, a maior parte se referiu a construções teóricas e narrativas de casos.

Em relação aos estudos empíricos, sobressaíram-se os de cunho qualitativo, com 12, ao passo que somente dois eram quantitativos. Dentre estes, havia uma pesquisa observacional, analítica e de coorte (Flores et al., 2013) e outra correlacional (Carlesso,

2011). Dentre os qualitativos, a maioria realizou estudo de caso: Alfaya (2006), Alfaya et al. (2006), Schwengber (2007), Schwengber e Piccinini (2005), Silva (2007), Brum (2010) e Sousa et al. (2011) realizaram estudo de caso coletivo, sendo que os três primeiros tiveram caráter longitudinal, e Martins (2006) e Mello et al. (2009) construíram estudos de caso único. O método clínico psicanalítico, que corresponde a um modelo de pesquisa proposto pela psicanálise, cujo objeto de estudo é o inconsciente e o seu desenvolvimento se dá, por um lado, pela associação livre do paciente e, por outro, pela atenção flutuante do analista (Folino, 2008), foi utilizado em dois estudos (Folino, 2008; Moraes, 2010).

De fato, era esperado encontrar uma maior quantidade de estudos qualitativos dentre os empíricos. Isso corrobora o que afirma Sampaio (2006), que a pesquisa em psicanálise é qualitativa, pois privilegia o estudo circunstanciado dos fenômenos, valorizando a singularidade do que é investigado. De forma complementar, segundo Oliveira (2010), a abordagem qualitativa visa à análise e à interpretação dos dados, possibilitando a reflexão sobre eles e sua exploração, o que propicia a busca de um aprofundamento e uma valiosa compreensão do contexto pesquisado. Porém, mesmo com um número maior que os estudos quantitativos, esse achado demonstra a necessidade da realização de pesquisas empíricas por meio de ambas as metodologias. A localização de somente 14 pesquisas em um intervalo de 11 anos indica o quão exígua está a produção empírica sobre a depressão materna utilizando o referencial teórico psicanalítico, ainda mais que, desse total, cinco eram repetidas, pois foram publicadas em artigos decorrentes do trabalho maior. Assim, na realidade, nesse período foram realizadas nove pesquisas de campo, evidenciando a necessidade referida acima, que contribuiria para a compreensão do transtorno.

Além disso, seriam pertinentes estudos com o método misto, tendo em vista que não foi localizado nenhum com esse método. Inquestionavelmente, a depressão materna é um tema complexo de ser investigado, por envolver diversos fatores, como a dificuldade de realizar o diagnóstico encontrada pelos profissionais, além de ser uma psicopatologia que tende a afetar a saúde tanto materna quanto infantil. De acordo com Creswell (2010), usualmente, os objetos de estudo das ciências da saúde são bastante complexos, e o emprego separado dos métodos pode ser inapropriado para contemplar essa complexidade. Por conseguinte, essa abordagem, por integrar a qualitativa e a quantitativa, poderia viabilizar descobertas que não seriam encontradas caso os métodos fossem aplicados isoladamente.

Entre os participantes dos estudos, foram identificados quatro grupos: mães, duplas mãe-bebê, tríades pai-mãe-bebê e pediatras. A quantidade de participantes variou conforme o objetivo e delineamento das pesquisas. Os estudos de Alfaya (2006) e de Alfaya et al.

(2006) utilizaram três díades mãe-bebê cada, e os de Schwengber e Piccinini (2005) e de Flores et al. (2013) avaliaram, respectivamente, 18 e 182 pares mãe-bebê. A dissertação de mestrado de Carlesso (2011) resultou em três pesquisas empíricas quantitativas, nas quais foram avaliadas, em uma delas, 183 duplas mãe-bebê, e nas duas restantes, 165 duplas. As pesquisas de Schwengber (2007), Silva (2007) e Brum (2010) utilizaram duas tríades pai-mãe-bebê, e as de Martins (2006), Mello et al. (2009), Sousa et al. (2011), Arrais (2005) e Moraes (2010) analisaram somente mães. Por fim, a única pesquisa que utilizou profissionais de saúde como participantes foi a desenvolvida por Folino (2008), na qual foram entrevistados doze pediatras.

Com efeito, presumia-se que os estudos focassem, de modo particular, na análise de mães e de duplas mãe-bebê, tendo em vista o impacto da depressão materna a essa díade (Iaconelli, 2005). Desta forma, esses dados apontam para a necessidade de ampliação do campo de investigação, abarcando também profissionais de saúde, a fim de compreender como estão trabalhando com esse público. Além disso, revela-se importante o estudo com o grupo familiar, pois, apesar de estar vulnerável ao desenvolvimento de transtornos psíquicos e de poder contribuir no suporte à mãe deprimida e ao bebê (Silva, 2007; Silva & Piccinini, 2009), ele tem sido pouco investigado.

O instrumento mais utilizado nos estudos foi a entrevista, a qual, para Hood (2009), não corresponde apenas a um mero reflexo de crença ou conhecimento interior, mas diz respeito a elaborações sujeitas à classificação de categorias e processo de explicação. Ela permite uma forma interativa de coleta de dados, e não tem, obrigatoriamente, formato padronizado, logo esse dado é algo que poderia se esperar, em função do referencial psicanalítico. Assim, as entrevistas foram empregadas de forma livre ou semiestruturada para diversos objetivos: conhecimento de dados sociodemográficos, realização de triagem ou confirmação do diagnóstico de depressão materna, investigação sobre a gestação e o parto, o relacionamento conjugal, a experiência da maternidade e da paternidade e o desenvolvimento do bebê. Para a identificação da depressão materna, além da entrevista diagnóstica citada, utilizou-se exclusivamente o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).

A escolha dessa escala para o diagnóstico de depressão materna é, de certa forma, questionável, pois aponta para uma incoerência teórica. O BDI-II foi proposto em 1961 por Aaron Beck, criador da teoria cognitiva e do modelo cognitivo da depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009), o qual foi construído com base em diversas pesquisas e observações clínicas de pacientes deprimidos, em objeção à visão psicanalítica do conceito de depressão (Gioia-Martins, Medeiros, & Hamzeh, 2009). Assim, o BDI-II, fundamentado na teoria

cognitiva, prioriza um diagnóstico descritivo, nosológico, evidenciando que essa corrente e a psicanálise possuem pressupostos divergentes, uma vez que a psicanálise constrói um diagnóstico estrutural psicodinâmico (Romaro, 1999).

Concomitantemente, esse achado revela uma carência significativa de instrumentos que possam dar subsídios à psicanálise na identificação de sintomas depressivos, tanto em pesquisas, como na prática clínica. É importante ressaltar que os instrumentos não são, necessariamente, descritivos, padronizados, com fins classificatórios, tal como critica a teoria psicanalítica (Barbieri, 2009). Como exemplo, pode-se citar a construção dos Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs), desenvolvidos por meio de uma pesquisa de corte universal, seguida de um estudo longitudinal, que foi conduzida por pesquisadores universitários brasileiros, tendo como embasamento teórico o psicanalítico (Kupfer et al., 2010). A construção desses indicadores expressa que a psicanálise pode investir nos estudos que visam à construção de instrumentos eficazes e que correspondam aos seus preceitos, com ênfase aos aspectos relacionais e estruturantes do psiquismo.

Inclusive, o protocolo do IRDI compõe o grupo de instrumentos empregados com foco no bebê. Este protocolo (Carlesso, 2011; Flores et al., 2013) e a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (BSDI-II) (Alfaya, 2006; Alfaya et al., 2006) avaliaram o risco de desenvolvimento infantil. Também, foram realizadas filmagens da dupla mãe-bebê com a pretensão de analisar a interação da díade (Carlesso, 2011) e para o julgamento posterior dos índices registrados no IRDI (Flores et al., 2013). Foi constatada a realização de cinco tipos de intervenções: terapia corporal com uma mãe com DPP (Mello et al., 2009), psicoterapia individual (Martins, 2006; Moraes, 2010) e grupo de apoio e orientação (Arrais, 2005) a mães com DPP, psicoterapia breve mãe-bebê (Alfaya, 2006; Alfaya et al., 2006) e pais-bebê (Schwengber, 2007; Silva, 2007; Brum, 2010; Sousa et al., 2011).

No que tange ao período do pós-parto considerado para o diagnóstico de depressão, percebeu-se uma inconsistência. Em sua maioria, a análise consistiu em dois principais momentos: o primeiro variou entre zero e três meses após o nascimento do bebê (Arrais, 2005; Mello et al., 2009; Brum, 2010; Moraes, 2010; Carlesso, 2011; Flores et al., 2013), e o segundo, entre seis e doze meses (Arrais, 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Alfaya, 2006; Alfaya et al., 2006; Schwengber, 2007; Silva, 2007; Brum, 2010; Sousa et al., 2011). Alguns estudos, que tinham como participantes mais de uma mãe, adotaram critérios temporais distintos para o diagnóstico, avaliando quatro mães aos doze dias, um mês e 25 dias, três e dez meses após o parto (Arrais, 2005), e duas mães aos dois e onze meses após o

parto (Brum, 2010). Além disso, uma mãe foi diagnosticada com depressão oito dias após o parto (Alt & Benetti, 2008), e outra, sete anos após o parto (Martins, 2006), sendo que este último considerou que se configurava um quadro de depressão com base no relato da mãe sobre o aparecimento dos sintomas, os quais advieram após o nascimento da filha. Isso vai ao encontro do que diz a literatura a respeito da incongruência referente ao critério utilizado na diagnose da depressão materna (Brum & Oliveira, 2012). Trata-se, portanto, de um aspecto que deve ser mais intensamente discutido e focado em pesquisas futuras.

Quanto aos resultados encontrados nos estudos, podem ser mencionados seis principais eixos conclusivos. O primeiro refere-se à importância da detecção precoce de sinais de risco ao aparecimento do transtorno (Schmidt et al., 2005; Neto & Alvares, 2013) que possibilite uma intervenção adequada a tempo (Iaconelli, 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Brum & Schermann, 2006; Mello et al., 2009; Carlesso & Souza, 2011; Sousa et al., 2011; Brum & Oliveira, 2012), realizada junto ao bebê (Atem, 2003), à dupla mãe-bebê (Brum, 2006; Folino, 2008; Bernardino et al., 2011) e à tríade pai-mãe-bebê (Schwengber, 2007; Silva, 2007; Brum, 2010; Sousa et al., 2011), sendo de extrema relevância a postura do terapeuta nesse processo (Silva, 2007; Moraes & Crepaldi, 2011; Prando, 2012). Para isso ter êxito, o conhecimento desses fatores e o olhar atento dos profissionais de saúde são fundamentais (Iaconelli, 2005; Teixeira, 2007; Alt & Benetti, 2008; Moraes, 2010; Carlesso, 2011; Sousa et al., 2011; Brum & Oliveira, 2012; Neto & Alvares, 2013), e essas ações podem prevenir a manifestação dessa psicopatologia ou amenizar seus efeitos à saúde maternoinfantil e/ou familiar.

O segundo diz respeito ao impacto prejudicial da depressão na qualidade da interação que a mãe estabelece com o seu bebê (Schwengber & Piccinini, 2003; Schmidt et al., 2005; Borsa et al., 2007; Teixeira, 2007; Alt & Benetti, 2008; Moraes, 2010; Bernardino et al., 2011; Carlesso, 2011; Carlesso & Souza, 2011; Brum & Oliveira, 2012; Fernandes & Cotrin, 2013), e isso pode ser compreendido pelo prejuízo na responsividade materna decorrente do transtorno (Schwengber & Piccinini, 2003) e pela dificuldade no exercício da função materna (Schwengber & Piccinini, 2005; Carlesso, 2011; Fernandes & Cotrin, 2013). O terceiro aproxima-se do segundo, pois alude aos efeitos negativos sobre o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Schmidt et al., 2005; Brum & Schermann, 2006; Borsa et al., 2007; Carlesso, 2011; Carlesso & Souza, 2011; Brum & Oliveira, 2012; Flores et al., 2013; Fernandes & Cotrin, 2013) e à possibilidade do aparecimento de sintomas psicossomáticos na primeira infância (Iaconelli, 2005).

O quarto acena à etiologia multifatorial da psicopatologia (Schmidt et al., 2005), abrangendo o ideal de maternidade cultivado socialmente e à imposição cultural que supõe o amor incondicional aos filhos como aspectos que oferecem risco às mulheres no desenvolvimento da desordem (Travassos-Rodriguez & Féres-Carneiro, 2013). O quinto faz menção ao contexto familiar quanto à vulnerabilidade existente de algum membro, em especial o pai, desenvolver psicopatologias (Silva, 2007; Silva & Piccinini, 2009), ao impacto negativo causado na interação familiar (Schwengber & Piccinini, 2005; Schwengber, 2007; Sousa et al., 2011) e na qualidade do relacionamento conjugal (Schwengber & Piccinini, 2005; Silva & Piccinini, 2009) e à importância paterna ao desempenhar um papel protetor em relação ao bebê (Teixeira, 2007; Silva & Piccinini, 2009) e de redução da sobrecarga materna, protegendo a sua saúde mental (Silva, 2007; Silva & Piccinini, 2009).

Por fim, o último eixo corresponde às hipóteses acerca dos aspectos psicodinâmicos concernentes à depressão materna, a qual pode surgir em decorrência de falhas no desenvolvimento emocional primitivo materno, principalmente com aquelas relacionadas à vivência da posição depressiva, aos desdobramentos do narcisismo primário (Martins, 2006) e da constituição do superego (Martins, 2006; Julien, 2013). Ademais, possui configurações subjetivas que se constituem de uma multiplicidade de sentidos altamente pessoais, denotando que cada mulher experiencia o transtorno de forma bastante singular (Arrais, 2005; Moraes, 2010). Essa vivência está atrelada à história de vida materna (Arrais, 2005; Schwengber, 2007; Moraes, 2010; Julien, 2013) e à sua relação com as figuras parentais (Moraes, 2010), sobretudo aquela que exerceu a função materna (Moraes, 2010; Julien, 2013).

Um aspecto final que merece ser explanado é a escolha do termo para se referir à depressão. As terminologias *depressão pós-parto* e *depressão materna* foram expressivamente as mais empregadas, sendo que a primeira apareceu em 25 estudos e a segunda, em 22, enquanto *depressão puerperal* foi a menos referenciada, com 12. A maioria das pesquisas usou mais de um termo, empregando DPP e depressão materna (10), DPP e depressão puerperal (2) e até todas as três formas (9), e nove utilizaram somente um dos termos: DPP (6) e depressão materna (3). A partir disso, consente-se com Brum e Oliveira (2012), que defendem que a ausência de uma concordância na conceituação e codificação desse transtorno pode contribuir na dificuldade diagnóstica e, por conseguinte, a detecção precoce, o encaminhamento e o tratamento adequado. Portanto, essa inconsonância conceitual incita discussões sobre essa problemática.

Partindo da concepção de Stern (1997), com o nascimento de um bebê, a mãe entra em uma nova e única organização psíquica denominada constelação da maternidade, a qual influenciará uma série de sentimentos, fantasias, desejos e ações. Ela constitui o eixo organizador do psiquismo materno e implica três distintos discursos e preocupações: a mãe com sua própria mãe, a mãe consigo mesma e a mãe com seu bebê. Além disso, é formada por quatro temas principais: tema de vida-crescimento, que remete à capacidade da mãe de cuidar do seu filho; tema do relacionar-se primário, que se refere à capacidade materna de amar seu bebê; tema da matriz de apoio, que diz respeito à capacidade de criar e permitir sistemas de apoio para cumprir suas funções; e tema da reorganização da identidade, que alude a uma autotransformação para permitir e facilitar essas funções. A constelação da maternidade é transitória, com duração variável, permanecendo por meses e até anos, assim, Stern (1997) não define o tempo máximo dessa organização psíquica materna. Nesse sentido, cabe ressaltar que Cramer e Palacio-Espasa (1993) corroboram Stern e concordam que há um funcionamento psicodinâmico próprio à maternidade, que abrange os dois primeiros anos após o parto. Dessa maneira, se esse é um período peculiar, suscetível à manifestação de expressões psicopatológicas, logo também da depressão na mãe, seria pertinente conceituar esse transtorno como depressão materna, pois essa conceituação parece ser mais fiel ao que aparece na literatura sobre o funcionamento psíquico nos dois primeiros anos da maternidade.

Considerações Finais

Ao findar a presente revisão, podem ser destacados alguns dados evidenciados a partir da análise dos estudos localizados. De forma geral, eles sugerem que a depressão materna tem causa multifatorial, pode trazer implicações sérias à saúde maternoinfantil e, inclusive, paterna. Além disso, indicam que é possível que a mãe deprimida tenha dificuldades no exercício da função materna, o que reflete na relação que ela estabelece com o seu bebê, na qual o vínculo está prejudicado. Assim, é impreterível a atuação multidisciplinar para a identificação extemporânea de sinais de risco com a finalidade de que as intervenções tenham um prognóstico favorável, com um potencial preventivo em relação a possíveis psicopatologias futuras ou outras repercussões nocivas.

Nesse sentido, pode-se dizer que, nos últimos anos, a depressão materna foi estudada à luz da psicanálise. Entretanto, é um tema ainda pouco explorado empiricamente por essa teoria, e tal carência foi revelada tanto em relação às pesquisas em psicanálise, cuja fonte de

inspiração para coleta e análise dos dados é o referencial psicanalítico, sem demandar necessariamente de um analista (Figueiredo & Minerbo, 2006), como também às que utilizam o método psicanalítico, o qual visa à compreensão e à interpretação do processo pelo qual os sujeitos constroem significados, e, para isso, aplica os pressupostos psicanalíticos tanto na pesquisa, valorizando os aspectos transferenciais, como na análise interpretativa dos dados, considerando a dimensão psíquica do inconsciente (Turato, 2000). Diante disso, surgem duas interrogações: será que realmente as pesquisas não estão sendo realizadas? Ou será que os estudos sobre a temática não estão sendo publicados? Esta última reflexão é incitada a partir da decisão inicial de incluir artigos decorrentes de dissertações e teses que também seriam incluídas na revisão, e, mesmo assim, somente metade resultou em publicações posteriores.

Ademais, outra reflexão provocada refere-se aos percalços no caminho do diagnóstico de depressão materna. Como se pôde observar, as pesquisas variaram bastante quanto ao tempo do pós-parto para diagnosticar a psicopatologia, sendo encontrado o período mínimo de oito dias e, em contrapartida, o máximo de sete anos. Assim, entende-se que esse é um ponto bastante problemático. Ainda referente a isso, os termos para designar a psicopatologia foram empregados de modo variável, sendo utilizados depressão pós-parto, depressão materna e depressão puerperal. Essa informação vai ao encontro da crítica produzida por Brum e Oliveira (2012) quanto à discordância conceitual relativa a essa desordem, a qual pode contribuir para obstaculizar a identificação da depressão materna.

Dessa forma, seria imprescindível uma ampla problematização quanto ao diagnóstico da depressão materna, a começar pelos critérios classificatórios que, atualmente, orientam essa prática. Com essa revisão sistemática, confirmou-se o quanto os aspectos psicodinâmicos estão presentes e são influentes na singularidade de cada caso. Logo, é controverso equiparar o diagnóstico de depressão materna e o de depressão maior, sendo apenas o período do pós-parto, que é quando aparecem os sintomas, o que as distingue. Isso indica uma desvalorização do que se encontra na literatura científica sobre o tema. Nesse caminho, outra ação fundamental seria a revisão do termo empregado, não com o intuito de estabelecer uma padronização aprisionadora, que nega os aspectos psicodinâmicos singulares de cada caso (Arrais, 2005), mas sim para dar um norte consistente aos profissionais de saúde que, por compartilharem dos mesmos preceitos, teriam mais clareza e facilidade para diagnosticar e efetuar os encaminhamentos e tratamentos apropriados.

Com isso, pode-se inferir que há uma lacuna no estudo do próprio diagnóstico e na consequente e necessária elaboração de um constructo diferenciado, com uma definição

clara sobre o que é a depressão que acomete mulheres nos primeiros anos da maternidade. Com exceção do estudo teórico de Brum e Oliveira (2012), nos últimos anos não houve pesquisas de campo que se propuseram a aprofundar essa questão. Reitera-se, então, a importância dessa apuração minuciosa para a construção de estratégias de prevenção, pelo conhecimento dos fatores de risco por parte dos profissionais de saúde, e de intervenção a tempo, nos primórdios da constituição psíquica, quando se trata do bebê, ou no princípio da instauração psicopatológica, quando se trata da mãe e/ou do pai.

Supõe-se que ainda haja uma mistificação acerca da DPP em função da idealização sociocultural sobre a gravidez, a maternidade e o amor materno, observação já pautada nesse escrito. Nesse sentido, é preciso um processo de desnaturalização dessa condição, de desconstrução de significados e concepções para reconstrução de outros caminhos e, para isso, essa discussão precisa ganhar corpo nos espaços de formação profissional, em todos os níveis, para que possa ter reflexo nas ações de atenção à saúde necessárias, seja no âmbito dos consultórios particulares ou da saúde pública. Portanto, o diálogo, o debate e as pesquisas são grandes aliados para fortalecer uma atenção de qualidade às mães, aos bebês e às famílias da dupla.

Enfim, para uma abrangência mais expressiva, como proposta para estudos sistemáticos futuros, sugere-se não adotar critério de exclusão quanto ao tipo de publicação, incluindo outros tipos como livros, monografias, resenhas. Da mesma forma, seria pertinente ampliar a análise da literatura, abarcando a produção científica internacional, podendo, a partir disso, realizar uma apreciação mais vasta acerca dessa psicopatologia.

Referências

- Aguiar, D. T., Silveira, L. C., & Dourado, S. M. N. (2011). A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? *Escola Anna Nery*, 15(3), 622-628.
doi:10.1590/S1414-81452011000300026
- Alfaya, C. (2006). *O comportamento exploratório de bebês e o comportamento de mães com indicadores de depressão durante uma psicoterapia breve mãe-bebê* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Alfaya, C., Lopes, R. S., & Prado, L. C. (2006). O comportamento exploratório de bebês e o comportamento de mães com indicadores de depressão no contexto da psicoterapia breve mãe-bebê: um olhar objetivo e subjetivo. *Interação em Psicologia*, 10(2), 321-332. Retirado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/>

- Alt, M. dos S., & Benetti, S. P. da C. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 389-394. doi:10.1590/S1413-73722008000200022
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatística de distúrbios mentais - DSM-5* (5ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Arrais, A. da R. (2005). *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://bdtd.bce.unb.br/>
- Atem, L. M. (2003). Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(3), 30-42. Retirado de <http://redalyc.org/>
- Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Boletim de Psicologia*, 59(131), 209-222.
- Bernardino, L. M. F., Laznik, M. C., & Araújo, G. X. de. (2011). As vicissitudes do encontro mãe/bebê: um caso de depressão. *Estudos de Psicanálise*, 35, 49-56. Retirado de <http://www.cbp.org.br/>
- Borsa, J. C., Feil, C. F., & Paniágua, R. M. (2007). A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. *Psicoglobal*, 162, 1-12. Retirado de <http://www.psicologia.pt/>
- Brum, E. H. M. (2006). A depressão materna e suas vicissitudes. *Revista Psychê*, 19, 95-108. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Brum, E. H. M. (2010). *Psicoterapia pais-bebê no contexto da depressão pós-parto: investigando o processo psicoterápico* (Tese de doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Brum, E. H. M., & Oliveira, D. (2012). Depressão pós-parto: divergências conceituais. *Revista Saúde Mental em Foco do CESUCA*, 1(1), 1-23. Retirado de <http://ojs.cesuca.edu.br/>
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, 37(2), 151-158. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/>
- Carlesso, J. P. P. (2011). *Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://cascavel.cpd.ufsm.br/>

- Carlesso, J. P. P., & Souza, A. P. R. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 13(6), 1119-1126.
doi:10.1590/S1516-18462011005000085
- Castro, A. A. (2001). Revisão sistemática: identificação e seleção dos estudos primários. Em A. A. Castro. *Revisão sistemática com e sem metanálise* (pp. 60-67). Retirado de <http://www.decisaoclinica.com/>
- Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seus riscos para o bebê. Em L. Correia-Filho, M. E. Corrêa, M. E. & P. S. França (Eds.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 221-231). Brasília, DF: LGE Editora.
- Clay, E. C., & Seehusen, D. A. (2004). A review of postpartum depression for the Primary Care Physician. *Southern Medical Journal*, 97(2), 157-161. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Coutinho, E. S. F. (2002). Meta-análise. Em R. A. Medronho, D. M. Carvalho, K. V. Bloch, R. R. Luiz & Werneck, G. L. *Epidemiologia* (pp. 447-455). São Paulo, SP: Atheneu.
- Cox, J. (2004). Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*, 3(2), 96-97. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Cramer, B., & Palacio-Espasa (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3ª ed). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Cruz, E. B S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188. doi:10.1590/S0100-72032005000400004
- Ducatti, M. (2004). *Diálogos sobre adoção*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, F. C., & Cotrin, J. T. D. (2013). Depressão pós-parto e suas implicações no desenvolvimento infantil. *Revista Panorâmica On-Line*, 14, 15-34. Retirado de <http://araguaia.ufmt.br/>
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.

- Flores, M., Souza, A. P., Moraes, A. B., & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15(2), 348-360. doi:10.1590/S1516-18462012005000046
- Folino, C. da S. G. (2008). *Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/>
- Gioia-Martins, D. F., Medeiros, P. C. da S., & Hamzeh, S. S. (2009). Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 128-141. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Gomes, L. A., Torquato, V. da S., Feitoza, A. R., Souza, A. R. de., Silva, M. A. M. da., & Pontes, R. J. S. (2010). Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene*, 11, 117-123. Retirado de <http://www.revistarene.ufc.br/>
- Guédenev, A., & Jeammet, P. (2002). Depressões pós-natais e decisão de orientação terapêutica. Em L. Correia-Filho, M. E. Corrêa, M. E. & P. S. França (Eds.). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê* (pp. 249-262). Brasília, DF: LGE Editora.
- Hood, M. (2009). Case Study. Em J. Heigham & R. A. Croker (Eds.). *Qualitative research in Applied Linguistics: a practical introduction* (pp. 66-90). Basingstoke, GB: Palgrave Macmillan.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 1-6. Retirado de <http://www.institutogerar.com.br/>
- Julien, M. C. G. (2013). *Depressão pós-parto: um olhar psicanalítico* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.sapientia.pucsp.br/>
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 31-52. doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez*. (17ª. ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Martins, R. A. O. (2006). *A depressão materna do pós-parto: algumas compreensões e outros nevoeiros* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.sapientia.pucsp.br/>

- Melo, E. F. Jr., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. C., Leite, D. F. B., Vulcani, D. E., & Makuch, M. Y. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 1204-1208. doi:10.1016/j.jad.2011.11.023.
- Mello, E. L., Maia, S. M., & Silva, M. A. de A. (2009). Voz cantada e a constituição da relação mãe-bebê. *Revista CEFAC, 11*(1), 127-133. doi:10.1590/S1516-18462009005000006
- Moraes, I. G. da S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública, 40*(1), 65-70. doi:10.1590/S0034-89102006000100011
- Moraes, M. H. C. (2010). *A clínica da maternidade: os significados psicológicos da depressão pós-parto* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.cfh.ufsc.br/>
- Moraes, M. H. C. D., & Crepaldi, M. A. (2011). A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças – Psicologia da Saúde, 19*(1-2), 61-67. Retirado de <https://www.metodista.br/>
- Neto, L. F. de S., & Alvares, L. B. (2013). O papel do obstetra e do psicólogo na depressão pós-parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, 15*(1), 180-183. Retirado de <http://revistas.pucsp.br/>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28* (1), 3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- Oliveira, A. (2010). Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. *Revista FACEVV, 4*, 22-27. Retirado de <http://www.facevv.edu.br/>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 200*(4), 357-364. doi:10.1016/j.ajog.2008.11.033.
- Pereira, L., & Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 41*(4), 491-498. Retirado de <http://seer.ufrgs.br/>
- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebês. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 451-456. doi:10.1590/S1413-294X2004000300007

- Prando, N. R. (2012). Algumas considerações sobre a transferência num caso de depressão pós-parto em consulta terapêutica mãe-bebê. *Psicologia Revista*, 21(2), 233-245. Retirado de <http://revistas.pucsp.br/>
- Romaro, R. A. (1999). O estabelecimento do diagnóstico em psicanálise. *Revista Psico-USF*, 3(2), 23-27.
- Sampaio, C. P. (2006). Algumas idéias sobre pesquisa em psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 243-255.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. doi:10.1590/S1413-35552007000100013
- 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. doi:10.1590/S1413-82712005000100008
- Schwengber, D. D. S. (2007). *Representações acerca da maternidade em mães com indicadores de depressão ao longo de uma psicoterapia breve pais-bebê* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 8, 403-411. doi:10.1590/S1413-294X2003000300007
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156. doi:10.1590/S0103-166X2005000200004
- Silva, M. da R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Silva, M. da R., & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 5-12. doi:10.1590/S1413-294X2009000100002
- Sousa, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. doi:10.1590/S0102-79722011000200015
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C-L., & Grace, S. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 3(2), 97-98. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Subba, N. J. (2013). Post partum depression among rajbansi women in Nepal. *Researcher: A Research Journal of Culture and Society*, 1(1), 1-8.

Seção II: Artigo Empírico

Sintomas Psicofuncionais e Depressão Materna: Um Estudo Qualitativo

Resumo

A maternidade é um período que exige da mulher um intenso trabalho psíquico, sendo uma experiência que nem sempre transcorre tranquilamente. Nesse sentido, a mãe fica suscetível a psicopatologias, tal como a depressão materna, que se configura como um problema de saúde pública e acomete de 10 a 19% das mulheres. Nesse contexto, é possível haver dificuldades na relação mãe-bebê, o que pode trazer efeitos sobre a criança, sendo plausível o aparecimento de sintomas psicofuncionais. Dessa forma, esta pesquisa realizou estudos de casos múltiplos, com abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês entre seis e 12 meses, filhos de mães com indicadores de depressão. Participaram três duplas mãe-bebê e foram empregados os seguintes instrumentos: entrevista de dados sociodemográficos e de dados clínicos, M.I.N.I. PLUS, Questionário Symptom Check-List, EPDS, entrevista sobre gestação, parto e experiência da maternidade e IAP. Os resultados apontaram a presença de diversos fatores de riscos à depressão, sendo comuns a todas: histórico de depressão, gravidez não planejada, depressão gestacional, ser mãe solteira e vivência de estresse na gravidez. Destacam-se também os aspectos psicodinâmicos singulares relacionados à história de vida de cada mãe, os quais deixaram-lhe marcas constitutivas. Conforme o IAP, houve dificuldades na interação mãe-bebê em todos os casos, indicando que a depressão prejudica a mãe no exercício da maternidade e nas tarefas que esse período demanda, sobretudo interpretar ao bebê o que seu corpo manifesta. Entende-se que, na ausência dessa tradução materna, a criança defende-se expressando seu sofrimento por meio de um sintoma. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo sentidos.

Palavras-chave: depressão materna, sintoma psicofuncional, relação mãe-bebê.

**Psychofunctional Symptoms and Maternal Depression:
A Qualitative Study**

Abstract

Motherhood is a period that requires an intense psychic work of woman, being an experience that does not always happen smoothly. Accordingly, the mother is susceptible to psychopathologies, such as maternal depression, which is configured as a public health problem, that affects between 10 - 19% of women. In this sense, there may be difficulties in the mother-infant relation, which may cause effects on the child, and it's plausible the appearance of psychofunctional symptoms. Therefore, this research conducted multiple case studies, with a qualitative approach, aiming to understand the manifestations of psychofunctional symptoms in infants between six and 12 months, children of mothers with depression indicators. Three mother-infant pairs participated and the following instruments were used: interview of sociodemographic data and clinical data, M.I.N.I PLUS, Symptom Check-List Questionnaire, EPDS, interview about pregnancy, partum and motherhood experience and IAP. The results indicated the presence of several risk factors to depression, being common to all: a history of depression, unplanned pregnancy, depression in pregnancy, being single mother and experience of stress during pregnancy. Also noteworthy are the subjective psychodynamic aspects related to the life history of each mother, which left them constitutive marks. According to IAP, there were difficulties in mother-infant interaction in all cases, indicating that depression impairs the mother during motherhood exercise and in the tasks that this period demands, especially to interpret the baby and what his body manifests. It's understood that, in the absence of this maternal translation, the child defends himself expressing his suffering by means of a symptom. Therefore, the psychofunctional symptom can be seen as a baby's response to maternal difficulties of understanding their bodily expressions and interpret them, assigning senses.

Keywords: maternal depression, psychofunctional symptom, mother-child relation.

Introdução

O nascimento de um bebê é um evento que acarreta diversas mudanças e adaptações à família, mas sobretudo à mãe. Além da nova condição física e biológica, ela tem a importante tarefa psíquica de elaborar a perda do bebê ideal (imaginado, desejado, esperado) para poder relacionar-se com o seu bebê real, que, na maioria das vezes, é bastante diferente do primeiro (Moraes & Crepaldi, 2011). Ademais, ela vivencia uma organização psíquica transitória e com duração variável (podendo estender-se por meses a anos) denominada constelação da maternidade, que se torna o eixo organizador principal do psiquismo materno, determinando uma série de fantasias, medos, desejos e sentimentos (Stern, 1997). Grande parte dos conflitos vivenciados são de ordem inconsciente, podendo nem ser percebido “quando as condições favoráveis e a alegria pela vinda da criança facilitam a elaboração” (Moraes & Crepaldi, 2011, p. 62). Contudo, essa experiência nem sempre ocorre de forma tranquila, ficando as mulheres suscetíveis ao aparecimento de transtornos psicológicos.

Dentre as desordens características do pós-parto, há a psicose puerperal, a tristeza materna (denominada também de tristeza do pós-parto, disforia no pós-parto ou baby blues) e a depressão materna (Iaconelli, 2005). A psicose puerperal é um quadro delirante, alucinatório, menos frequente (ocorre entre 0,1% a 0,2% das mães) e costuma ter um início mais abrupto em relação às outras psicopatologias, sendo mais comum em primíparas (Ruschi et al., 2007). A tristeza materna, que pode acometer até 80% das mães, trata-se de um estado de tristeza ameno que surge desde o segundo ou terceiro dia após o parto, estendendo-se aproximadamente até um mês, englobando aspectos hormonais, relacionados ao pós-parto, e subjetivos, referentes ao nascimento do bebê, à sua separação do corpo materno e à adaptação que a dupla mãe-bebê deve realizar (Iaconelli, 2005). Na maioria das vezes, resolve-se sem trazer consequências, entretanto pode haver piora significativa do quadro, evoluindo em cerca de 20% dos casos para a depressão materna (Szejer, 1999), e o que os diferencia é a gravidade do quadro, o grau incapacitante e o quanto afeta a funcionalidade materna (Iaconelli, 2005).

Dessa forma, quando há risco à saúde psíquica e bem-estar da dupla mãe-bebê configura-se a depressão materna (Iaconelli, 2005). Para Atem (2003), há muitos aspectos envolvidos na manifestação desse transtorno: a história de vida da mulher, a constituição de sua feminilidade, sexualidade e maternidade, indo muito além do nascimento propriamente dito do bebê. Também, é propício quando há uma quebra significativa de expectativa da mãe em relação ao bebê, além da mudança que sua chegada ocasiona, promovendo estresse,

decepção, crença de incapacidade nos cuidados com o filho e de enfrentar essa situação (Maldonado, 1997), podendo reverberar na relação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil (Schwengber & Piccinini, 2003).

A depressão materna destaca-se dentre os transtornos do pós-parto devido à sua prevalência significativa. Um estudo com 292 mulheres brasileiras, avaliadas entre 31 e 180 dias após o parto, apontou que 39,4% apresentaram DPP (Ruschi et al., 2007). Entretanto, outras pesquisas nacionais realizadas recentemente apontaram taxas variando entre 10% e 19% (Cruz, Simões, & Faisal-Cury, 2005; Schmidt, Piccoloto, & Muller, 2005; Camacho et al., 2006; Moraes et al., 2006), indicando a expressividade com que ela se manifesta.

Nas pesquisas internacionais também encontram-se dados significativos a respeito da prevalência desse transtorno. O estudo mexicano de Alvarado-Esquivel et al. (2010) identificou que 32,6% das 178 participantes apresentaram sintomas depressivos. Na Venezuela, Urdaneta M. et al. (2010) identificaram que 22% das 100 participantes de seu estudo estavam com DPP. Na Alemanha, 3,6% das 772 mulheres avaliadas três meses após o parto foram diagnosticadas com DPP (Ballestrem, Straub, & Kächele, 2005). Um estudo de revisão de literatura apontou que, nos países asiáticos, a prevalência variou entre 3,5% (Malásia) a 63,3% (Paquistão) (Klainin & Arthur, 2009). Enfim, percebe-se que as pesquisas nacionais e as internacionais não indicam uma unanimidade na média de prevalência da DPP, mas sinalizam claramente a sua grande frequência.

A literatura evidencia que não é possível identificar a etiologia da depressão materna, pois se trata de um transtorno multifatorial, no entanto, existem fatores de risco que vem sendo pesquisados e que evidenciam uma forte correlação com essa psicopatologia. Dentre estes, há o histórico de sintomas depressivos (antes ou durante o período gestacional) e de transtornos afetivos, dificuldades ao engravidar, na gestação e/ou no parto, sobretudo o cesariano, o fato de ser a primeira gravidez, a vivência de perdas (seja de filhos anteriores ou de outras pessoas importantes), o nascimento de bebês com anomalias e dificuldades conjugais (Iaconelli, 2005; Camacho et al., 2006).

Nos Emirados Árabes, foram investigados fatores de risco para essa psicopatologia em 137 mulheres, por meio de um estudo prospectivo, e as participantes foram acompanhadas do segundo trimestre gestacional até o quarto mês após o parto, sendo que 10% foram diagnosticadas com depressão. Os resultados indicaram que as variáveis consideradas como preditivas foram depressão durante a gestação (no segundo e terceiro trimestre), número de filhos, religião e uso de fórmula para a alimentação do bebê (Hamdan & Tamin, 2011). Outra pesquisa, realizada nos Estados Unidos, utilizou metodologia

transversal para analisar as diferenças na gravidade dos sintomas depressivos e fatores associados à depressão materna em 1359 mulheres, e as conclusões foram que houve evidência de continuidade de taxas de depressão de leve e moderada a grave durante os dois primeiros anos após o parto. Ademais, idade, renda, educação e emprego tiveram associações negativas significativas com a gravidade dos sintomas depressivos (Mayberry, Horowitz, & Declerq, 2007). Dessa forma, esses achados e aqueles encontrados pela pesquisa de Hamdan e Tamin (2011) corroboram a literatura acerca dos fatores de risco para a depressão materna.

Recentemente, os critérios diagnósticos mudaram com o advento do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), no qual o quadro ainda está relacionado à sintomatologia do transtorno depressivo maior, com a especificidade de que pode iniciar na gravidez ou até nas primeiras quatro semanas após o parto, sendo agora denominado depressão periparto. Assim, os sintomas característicos são humor deprimido constante, redução significativa no interesse ou prazer em realizar atividades, mudança significativa no peso, apetite, sono e aspecto psicomotor, diminuição da capacidade de pensamento e concentração, sentimento de inutilidade ou culpa e recorrência de pensamentos de morte. Entretanto, há divergências em relação ao que aponta a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), que classifica a depressão como desordem comportamental e mental associada ao puerpério (F53) apenas se iniciar dentro de seis semanas após o parto e se não atender aos critérios associados a outra categoria. Essas discordâncias, portanto, acabam dificultando o processo diagnóstico.

Além de *depressão materna* (Frizzo & Piccinini, 2005; Brum, 2006), existem na literatura variadas denominações para esse transtorno: *depressão pós-parto* (Moraes et al., 2006; Ruschi et al., 2007; Silva, 2007; Brum & Oliveira, 2012), *mães deprimidas* (Medeiros & Furtado, 2004; Rojas et al., 2010), *depressão pós-natal* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Edhborg, Hogg, Nasreen, & Kabir, 2013) e *depressão puerperal* (Ramos & Furtado, 2007; Folino, 2008). Conforme Brum e Oliveira (2012), essa variação ocorre em função das diversas tentativas de abarcar a depressão quando ela acontece fora do período estabelecido pelo DSM-5 e pela CID-10. Tal como apresentado na seção I desta dissertação, considerando as peculiaridades do funcionamento psicodinâmico nos dois primeiros anos da maternidade (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997), e apesar do termo *depressão pós-parto* ser amplamente encontrado na literatura, optou-se por *depressão materna* por ser considerado mais adequado por ir ao encontro do que a literatura refere.

Depressão Materna e Suas Implicações Para a Relação Mãe-Bebê e Para o Bebê

O laço mãe-bebê é uma relação não-simétrica, em que, de um lado, há uma mulher, que deve encarnar a função materna, que possui seu cenário fantasmático e que pode acolher psíquica e inconscientemente, ou não, o recém-nascido como seu filho (Jerusalinsky, 2011). Por outro, há um bebê com suas aptidões inatas (reflexos arcaicos e plasticidade neuronal), que podem beneficiar ou obstaculizar essa relação. Assim, a função materna (exercida não necessariamente pela mãe biológica, mas por quem cuida da criança) “implica instaurar um funcionamento corporal subjetivado nos cuidados que realiza na relação com o bebê” (Jerusalinsky, 2011, p. 15), demandando condições emocionais de quem a exerce

Uma tarefa fundamental de quem se ocupa dessa função é possibilitar o desempenho de quatro operações psíquicas complementares que se inter-relacionam e são estruturantes à criança: (a) suposição de sujeito, (b) estabelecimento de demanda, (c) alternância presença e ausência, e (d) alterização. A primeira refere-se à suposição materna de que o bebê lhe diz algo por meio de seu corpo, demandando da mãe uma interpretação. Essa interpretação diz respeito à segunda operação, a qual corresponde à tradução feita pela mãe das expressões corporais do filho. A terceira refere-se à necessidade de se produzir uma alternância entre presença e ausência nos cuidados com o bebê. Por fim, a última trata-se de um efeito do exercício da função paterna, pois possibilitará que a criança deseje outras coisas para além da mãe, compreendendo que não pode ficar colada a ela para sempre. Assim, essas operações psíquicas contribuirão para o desenvolvimento infantil saudável (Jerusalinsky, 2002).

Tais operações correspondem aos eixos teóricos que fundamentam os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs), instrumento com embasamento psicanalítico construído por Kupfer et al. (2010) com o intuito de apontar indicadores de risco ou de problemas de desenvolvimento infantil observáveis nos primeiros 18 meses de vida do bebê. Esse instrumento foi empregado por Carlesso, Souza e Moraes (2014) para analisar possíveis correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento do bebê e presença de depressão materna, em uma amostra de 165 duplas mães-bebê. Os resultados apontaram que mães com maiores escores de depressão apresentaram mais risco ao desenvolvimento dos filhos, evidenciando que quando os níveis dessa psicopatologia no pós-parto são elevados, há maior proporção de bebês com risco ao desenvolvimento. Nesse sentido, uma mãe com depressão pode ter dificuldades na relação com o seu bebê, por conseguinte, haverá obstáculos na construção dessas operações psíquicas, trazendo risco à

criança. Ao encontro disso, realizou-se um estudo qualitativo-exploratório a fim de conhecer a relação entre quatro mães deprimidas e seus bebês (Silva, Araújo, Araújo, Carvalho, & Caetano, 2010). Os achados indicaram que as mães expressaram choro fácil, tristeza, nervosismo, frustração e insegurança nos cuidados com o bebê, logo a depressão materna causou prejuízos aos cuidados das mães aos filhos. No mesmo sentido, compararam-se perfis de interação mãe-bebê entre nove mães deprimidas e 13 não deprimidas no terceiro mês do pós-parto (Ramos & Furtado, 2007). Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à comunicação pré-natal e à expectativa materna sobre a criança, mas encontraram-se diferenças significativas em relação à comunicação pós-parto, ao estilo da interação e ao envolvimento afetivo com o bebê, sugerindo que a depressão materna pode trazer danos à relação maternoinfantil.

O estudo de Motta, Lucion e Manfro (2005) procurou pesquisas de 1998 a 2005 visando investigar repercussões que a depressão materna pode causar no bebê. Os resultados revelaram que é significativa a associação de depressão e alterações na qualidade da relação mãe-bebê, que o estilo de interação que o bebê vivencia pode ser mais prejudicial que o diagnóstico de depressão em si e, por fim, quando não há outros fatores de risco associados, há menos impacto da psicopatologia na relação mãe-filho e no desenvolvimento infantil.

Assim, quando há dificuldade no laço mãe-bebê em virtude da depressão materna, é possível a instalação de reações sintomáticas na criança (Iaconelli, 2005), reveladas por meio do seu corpo, que se configura, na primeira infância, como uma peculiar via de expressão (Mazet & Stoleru, 1990). Através dele, o bebê manifesta seu sofrimento, indicando que algo em sua constituição psíquica está em risco, e o sintoma manifesto é visto como dado a ver, pois aparece nos movimentos corporais, em seu tônus, em sua produção rítmico-temporal, “e que, portanto, comparece na organização das funções corporais para além de suas intenções” (Jerusalinsky & Berlinck, 2008, p. 122). Quando se trata da precocidade do sintoma, sua representação será sustentada pelo agente materno ou pelos pais, e a sua significação é determinada pela rede significante dos pais, sendo fundamental “não dissociar o dado a ver no corpo do bebê do discurso parental” (Jerusalinsky, 2011, p. 45).

Nesse sentido, há a possibilidade do aparecimento na criança de sintomas psicofuncionais, que são manifestações somáticas e comportamentais, sem causa orgânica, relacionadas a um determinismo psíquico e que indicam dificuldades na relação do bebê com sua mãe ou figuras parentais (Pinto, 2004). Dentre os sintomas precoces mais frequentes na primeira infância, estão os distúrbios relacionados ao sono, à alimentação, à digestão, à respiração, à pele e ao comportamento (Mazet & Stoleru, 1990; Pinto, 2004).

Aas perturbações no sono manifestam-se por diversas formas, dentre as quais estão: (a) insônia; (b) dormir mal; (c) despertar muitas vezes à noite; (d) demora para adormecer; (e) dormir muito tarde, pouco ou demais para a sua faixa etária; e (f) não ter horário na rotina de sono (Pinto, 2004). Nos problemas alimentares, encontram-se os distúrbios que envolvem quantidade e qualidade da alimentação, além de dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida (Pinto, 2004). Comumente, essas desordens aparecem por volta do sexto mês, com a introdução de novos alimentos além do leite (Kreisler, 1978). Na categoria dos distúrbios digestivos e gástricos, encontram-se manifestações como de regurgitação – chamada também de mericismo, vômito, cólica, soluço, prisão de ventre e diarreia (Pinto, 2004; Marcelli & Cohen, 2010).

No grupo das perturbações respiratórias estão a asma, a bronquite, as alergias respiratórias e as infecções de repetição, como laringites e faringites (Pinto, 2004). Dentre os problemas de pele estão os eczemas e alergias cutâneas, e estes se intensificam em momentos de crises, tal como nas perturbações respiratórias. E, por último, os distúrbios de comportamento, que se manifestam por temperamento difícil, irritação e choro frequente, baixa consolabilidade, ansiedade, medos constantes, dificuldades de vínculo e ansiedade de separação (Kreisler, 1978; Pinto, 2004; Marcelli & Cohen, 2010).

Apesar de fundamental ao conhecimento do panorama de sintomas precoces na primeira infância, localizaram-se poucos estudos indicativos de prevalência. Algumas pesquisas sinalizam que 6 a 8% de crianças até três anos têm alergia alimentar (Batista, Freitas, & Haack, 2009), 11,15% de bebês até um ano têm refluxo gastroesofágico (Costa, Silva, Gouveia, & Pereira-Filho, 2004), 28,7% de crianças entre um e dois anos têm asma (Stephan, Costa, Stephan, & Secco, 2010) e entre 25 a 50% de bebês de seis a 12 meses têm transtorno de sono (Wiggs, 2012). Dessa forma, não foram encontrados dados atuais de prevalência sobre outros sintomas, indicando uma lacuna nas pesquisas sobre essa temática. Mazet e Stoleru (1990) apresentam os achados de um estudo cujos resultados apontaram que os transtornos alimentares concernem a 70% dos bebês e configuram-se como a principal sintomatologia até um ano. Porém, a metodologia empregada na pesquisa não fica clara, o que torna questionável o seu achado. Também, destaca-se o trabalho realizado por Robert-Tissot et al. (1996) sobre psicoterapia para distúrbios psicofuncionais com 75 duplas mãe-bebê, em que a idade média das crianças foi de 15 meses. Os autores encontraram como sintomas psicofuncionais mais frequentes os distúrbios do sono (52%), comportamentais (21%) e alimentares (12%). Além disso, apontaram que 15% dos problemas eram derivados da interação pais-criança, envolvendo problemas de apego e ansiedade de separação.

Associando depressão e sintoma psicofuncional, a pesquisa de Lopes et al. (2010) verificou a existência de associação entre alterações no sono em bebês com um ano de vida e depressão materna. Foram avaliadas 409 díades mãe-bebê e os resultados indicaram que 35,7% dos bebês apresentaram perturbações no sono, sugerindo que essa manifestação estava associada ao transtorno materno. Assim, o estudo demonstra que os sintomas nos bebês são expressivos quando há vulnerabilidade no laço estabelecido com o agente materno. Portanto, é fundamental considerar, avaliar e diagnosticar distúrbios psicofuncionais em bebês precocemente. Deste modo, poder-se-á intervir curativa e preventivamente, atuando no desaparecimento dos sintomas, amenizando preocupação e sofrimento (Pinto, 2004).

Justificativa e Objetivo

Atualmente, a depressão materna configura-se como um importante problema de saúde pública (Mattar et al., 2009), uma vez que afeta significativamente a saúde da mãe e do bebê (Brum, 2012), e no Brasil esses dados parecem ser mais preocupantes (Cruz et al., 2005). Essa situação agrava-se por haver dificuldades na realização do diagnóstico por parte dos profissionais de saúde (Ruschi et al., 2007; Brum & Oliveira, 2012), ou por ele ser negligenciado em função de alguns sintomas comuns ao puerpério, como o cansaço, serem associados estritamente à rotina de cuidados com a criança (Cruz et al., 2005).

Percebe-se que esse transtorno vem sendo investigado recentemente, com foco, sobretudo, em prevalência, identificação de fatores de risco, interação mãe-bebê, percepção do exercício da maternidade por parte das mulheres e efeitos sobre o desenvolvimento infantil. Por outro lado, como pode ser verificado na revisão sistemática apresentada na seção I desta dissertação, não foram localizados estudos com referencial psicanalítico sobre os sintomas psicofuncionais na primeira infância no contexto da depressão.

Nesse sentido, atendendo a essa lacuna, o presente estudo teve como objetivo compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês cujas mães apresentam indicadores de depressão. Entende-se que compreender essa temática de maneira aprofundada contribuirá para a apreensão de suas características e peculiaridades e, por conseguinte, colaborará para o desenvolvimento científico, para a promoção de saúde mental, visto que se abre possibilidade para reflexões acerca de estratégias de ação preventivas e de tratamento que visem à saúde maternoinfantil.

Método

Delineamento

Este estudo fez parte de uma pesquisa maior denominada “Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação”, coordenada pela Prof^ª Dr^ª Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com a colaboração das pesquisadoras Prof^ª Dr^ª Giana Bitencourt Frizzo e Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia Sobreira Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e Prof^ª Dr^ª Tagma Marina Schneider Donelli e Prof^ª Dr^ª Angela Helena Marin, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). O objetivo é identificar sintomas psicofuncionais em bebês de seis a 12 meses e avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional. Para isso, planejou-se um estudo de caráter metodológico misto, com estratégia exploratória sequencial, composto por dois estudos interligados. Esse projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de Ética da UFCSPA, conforme parecer n° 279.446 situado no Apêndice B.

Assim, a presente pesquisa derivou desse projeto maior, na qual se utilizou uma abordagem qualitativa, por meio de estudo de casos múltiplos. Nesse tipo de estudo, investiga-se empiricamente um fenômeno com profundidade, contextualmente, especialmente quando não há clareza evidente entre os limites entre fenômeno-contexto. Dessa forma, é possível obter conclusões por meio do cruzamento entre os casos (Yin, 2010).

Participantes

Participaram dessa pesquisa três duplas mãe-bebê identificadas na primeira etapa do estudo maior, durante a qual previu-se um mapeamento de sintomas psicofuncionais em bebês. Os critérios de inclusão adotados foram: (a) *para os bebês*: idade entre seis e 12 meses e presença de algum tipo de sintoma psicofuncional (identificado a partir do Questionário Symptom Check-List); (b) *para as mães*: idade acima de 18 anos, nível socioeconômico e configuração familiar variáveis e presença de indicadores de depressão (conforme a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo – EPDS). Os critérios de exclusão adotados foram: (a) *para os bebês*: apresentar malformações, problemas neurológicos e/ou outros quadros clínicos; (b) *para as mães*: presença de retardo mental (observado a partir do contato com elas) e outros quadros psicopatológicos severos (esquizofrenia, transtorno de personalidade

borderline ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas) identificados a partir do M.I.N.I. PLUS.

Assim, as mães foram convidadas por conveniência, tinham entre 19 e 41 anos, escolaridade e nível socioeconômico distintos e indicadores de depressão, com pontuação entre 14 e 17 segundo o EPDS. Quanto aos bebês, havia dois meninos de dez meses e uma menina de 11 meses, todos nascidos a termo. Os sintomas psicofuncionais identificados a partir do Questionário Symptom Check-List foram: comportamento, sono, respiração, digestão e alergia. Na tabela 2, é possível visualizar as informações gerais das díades, sendo atribuídos nomes fictícios para preservar o sigilo.

Tabela 2

Participantes

	Nome da mãe Nome do bebê	Idades	Sexo do bebê	Escolaridade (mãe)	Classe econômica familiar ¹	Tipo(s) de sintoma psicofuncional no bebê	Pontuação		M.I.N.I. Módulo de depressão
							Symptom	EPDS	
1	Sandra Luan	41 anos 10 meses	M	Ensino superior (com pós-graduação)	B1	Comportamento	28	15	Episódio passado
2	Deise Leandro	25 anos 10 meses	M	Ensino superior incompleto	B2	Sono	14	17	Episódio passado
3	Paula Natália	19 anos 11 meses	F	Ensino fundamental	D	Comportamento Alergias Respiração Digestão	32 12 9 9	14	Episódio passado

Procedimentos e Instrumentos

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, sendo que, na primeira, buscou-se identificar duplas elegíveis para a pesquisa: mães com indicadores de depressão e bebês com algum sintoma psicofuncional. Para isso, após a explanação dos objetivos da pesquisa e concordância em participar, as mães assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE 1 (Apêndice C), ficando uma cópia com a participante e a outra com a pesquisadora. Posteriormente, elas responderam aos seguintes instrumentos:

¹ Conforme classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), numa escala com oito níveis que vão de E (baixa) a A1 (alta).

(a) *Questionário sobre os dados sociodemográficos da família* (Apêndice D): conjunto de perguntas a fim de conhecer informações gerais sobre a criança, seus pais e sua família;

(b) *Ficha de Dados Clínicos* (Apêndice E): conjunto de questões visando ao conhecimento do histórico e das condições atuais de saúde do bebê, de seus pais e de sua família;

(c) *Questionário Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989, traduzido pela Prof^a Dr^a Elizabeth Batista Pinto e revisado pela Prof^a Dr^a Jaqueline Wendland) (Apêndice F): empregado para a identificação de sintomas psicofuncionais nos bebês. É um questionário com 84 perguntas que exploram aspectos relacionados a comportamento, alimentação, separação, sono, digestão, respiração, pele, alergias, medos, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança, visando à avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças entre seis semanas e 30 meses. Contém perguntas fechadas (que avaliam presença, frequência, intensidade e duração das manifestações sintomáticas nas últimas quatro semanas, garantindo a coleta de dados quantificáveis), perguntas abertas (que mantêm a aparência de uma entrevista e permite a participação da mãe), de escolha múltipla e perguntas abertas em lista. As perguntas abertas, de múltipla escolha e em lista fornecem informações sobre a história dos transtornos, as circunstâncias da ocorrência, as explicações propostas pelo ambiente, as reações e as tentativas para saná-los. Nesta pesquisa, utilizou-se a versão modificada do questionário, que contém quatro questões a mais propostas pela tradutora do instrumento, que investigam apoio social, ocorrência de eventos estressantes e repercussões do sintoma na vida dos pais e da família. O manual indica uma pontuação em algumas questões, mas não aponta nenhuma interpretação em relação à pontuação final. Assim, no presente estudo fez-se uma assessoria com um profissional de estatística a fim de elaborar um ponto de corte para cada área investigada, indicando um intervalo de pontuação considerada elevada para cada sintoma: comportamento (24 a 40), sono (21 a 35), alergias (12 a 20), respiração e digestão (9 a 15).

(d) *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS)* (Sheehan et al., 1998, traduzido por Amorim, 2000) (Apêndice G): inicialmente, aplicado com o intuito de investigar presença de episódio depressivo maior (atual ou passado) e excluir a participação de mães com indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade borderline e antissocial e com regressão psicótica. Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, com duração variável entre 15 e 30 minutos, que investiga 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (APA, 1994) e os principais transtornos da CID-10 (OMS, 1993).

(e) *Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)* (Cox et al., 1987, traduzida e validada por Santos, Martins, & Pasquali, 1999) (Apêndice H): é uma escala autoaplicável utilizada com o objetivo de identificar sintomas de depressão. Seus itens investigam sintomas de humor deprimido, perda de prazer, ideias de morte e suicídio, culpa, ansiedade, preocupação, alterações no comportamento (como crises de choro), não incluindo itens como perda de peso e cansaço, comuns ao pós-parto. As opções recebem pontuação conforme a presença ou a intensidade do sintoma nos últimos sete dias, e considera-se indicadores de depressão quando a soma dos itens assinalados resultar numa nota final igual ou superior a 11 (de um total de 30). O estudo de validação nacional apontou uma consistência interna medida pelo Alpha de Cronbach de 0,80.

A aplicação desses instrumentos foi realizada na casa das participantes, variando entre um e dois encontros, com duração também variável. Para melhor apreensão dos dados, as respostas dadas ao Questionário Symptom foram gravadas em áudio para transcrição posterior, as dadas ao M.I.N.I., gravadas em áudio para sua correção subsequente e as dadas aos demais instrumentos, registradas por escrito. As duplas em que não foram identificados sintomas de depressão na mãe, mas que os filhos apresentaram algum tipo de sintoma psicofuncional, foram encaminhadas à segunda etapa da pesquisa maior, enquanto que as díades em que as mães apresentaram indicadores de depressão e os bebês não manifestaram sintoma, foram encaminhadas a um projeto associado ao estudo maior, o qual previa a intervenção psicoterápica pais-bebê no contexto da depressão. Dessa maneira, as três díades nas quais foram identificados indicadores de depressão na mãe e presença de sintoma psicofuncional no bebê foram encaminhadas para a segunda etapa desta pesquisa derivada, sendo também encaminhadas para a rede de assistência em saúde mental pública municipal.

Assim, a segunda fase visou à avaliação da interação mãe-bebê e à exploração de aspectos relacionados à gestação, ao parto, à maternidade, à história de vida da dupla, à sintomatologia de depressão e à manifestação do sintoma no bebê. Deste modo, após contatar e convidar as mães para essa fase, agendou-se um encontro para a explicação dos objetivos e assinatura de duas vias do TCLE 2 (Apêndice I), ficando uma cópia com a participante e outra com a pesquisadora. Em todos os casos, a coleta ocorreu, no máximo, até 90 dias após a etapa inicial, sendo aplicados sequencialmente os seguintes instrumentos:

(a) *Entrevista sobre a gestação e o parto, e sobre a experiência da maternidade* (Apêndice J): roteiro semiestruturado com questões sobre história de vida dos pais do bebê, relação do casal, gravidez, parto, vivência da maternidade, cuidados iniciais com a criança, histórico e

manifestação do sintoma psicofuncional e dos sintomas de depressão na mãe. As respostas foram gravadas em áudio para posterior transcrição, para melhor apreensão dos dados.

(b) *Interaction Assessment Procedure (IAP)* (Wiese & Leenders, 2006) (Apêndice K): propõe a realização de uma filmagem com o intuito de avaliar a interação de crianças até quatro anos e seus pais, sugerindo uma análise global qualitativa das trocas de interação, com base em aspectos clínicos, nos critérios apresentados pela escala de disponibilidade emocional (Biringen, Robinson, & Emde, 2000) e no conceito de sincronia interacional (Feldman, 2003). Neste estudo, o bebê foi filmado com a mãe conforme os seis momentos consecutivos propostos pelo IAP: 1) *jogar sem brinquedo*: a mãe deveria interagir e brincar com o filho sem brinquedos e por um curto período de tempo; 2) *brincar com brinquedos*: foi ofertada uma caixa com brinquedos para que ela pudesse brincar com o bebê; 3) *ensinar*: após um sinal da pesquisadora, a mãe deveria ensinar a criança a montar um brinquedo que estava na caixa; 4) *ignorar*: após novo sinal, a mãe deveria sentar numa cadeira, fingir ler uma revista, evitando dar atenção ao filho; 5) *separar*: após outro sinal, a mãe deveria sair da sala por um período breve, deixando a criança brincando; 6) *atender*: a mãe deveria voltar à cena para atender o filho. O tempo em cada cena não foi rígido, ajustando-se à dupla, conforme a idade do bebê e os objetivos da observação, totalizando em torno de 25 minutos. O protocolo sugere a análise da mãe quanto à sensibilidade (comportamento emocional externalizado na expressão facial e na voz durante a interação), estrutura (habilidade de estruturar a situação e o comportamento da criança, objetivando uma interação bem-sucedida), não intrusividade (habilidade para interagir com o bebê em seu espaço, tempo, ritmo e nível de envolvimento) e não hostilidade (habilidade para interagir com a criança revelando emoções positivas na interação). No bebê, são analisados responsividade (nível de satisfação na interação com a mãe) e envolvimento (nível de participação na interação com a mãe). Cada aspecto proposto inclui uma escala gradual que vai de um (inexistente) ao ponto mais alto (excelente).

Resultados e Discussão

Os instrumentos padronizados foram analisados conforme o protocolo próprio de cada um e serviram tanto para identificar as participantes deste estudo, quanto para fornecer informação para a construção dos casos. As fichas de dados sociodemográficos e clínicos foram igualmente utilizadas para a construção dos casos e serviram para complementá-los. As entrevistas realizadas com as mães, após serem transcritas, foram lidas e analisadas. A

filmagem da dupla mãe-bebê através do IAP foi analisada conforme o protocolo por dois juízes que, inicialmente, analisaram e classificaram o vídeo individualmente para, posteriormente, ser realizado o cruzamento dos dados. Nos casos em que houve divergência de interpretação, um terceiro juiz julgou para se chegar à definição da classificação final.

Após o levantamento dos dados, para a construção individual dos casos, foram desenvolvidos cinco eixos temáticos: (a) história de vida materna; (b) história da gestação e do parto; (c) relação mãe-bebê e a experiência da maternidade; (d) relacionamento conjugal e familiar; e (e) sintoma(s) do bebê. Cada caso foi analisado a partir de suas singularidades e, posteriormente, realizou-se a síntese dos casos por meio do cruzamento entre eles, a fim de compará-los quanto a semelhanças e divergências, conforme propõe Yin (2010). Além desses eixos temáticos, a questão da depressão materna foi utilizada de forma transversal, perpassando a compreensão de todos os eixos em cada um dos casos.

Caso 1: Sandra e Luan

Sandra, 41 anos, é solteira, tem ensino superior completo e pós-graduação na área, é servidora pública e tem classe econômica B1. É mãe de Luan, 10 meses, seu único filho, fruto de seu relacionamento com o atual companheiro Pedro, 44 anos, que é pai de outro menino de 11, de um casamento anterior. Atualmente, Luan frequenta uma escola de educação infantil em turno integral e, quando está em casa, é cuidado pela mãe. Em relação aos sintomas depressivos, o resultado no EPDS foi 15 pontos, e o M.I.N.I. identificou a ocorrência de episódio depressivo passado.

a) História de vida materna

Sandra é a segunda filha de uma família com três filhos. Apesar das frequentes brigas entre seus pais, diz que teve uma infância tranquila, destacando a forte amizade com a irmã mais velha. Dois aspectos foram muito marcantes em sua vida, os quais ela narra com sofrimento: não ter sido desejada pelos pais (que não planejaram a gravidez) e a vontade de que nascesse um menino, decepcionando-se ao verem que era outra menina. Esse desejo parental refletiu nos cuidados a ela: vestiam-na como menino e cortavam seu cabelo bem curto. As pessoas, ao vê-la, diziam a algum dos pais: “*Ah, esse é o teu menino!*”. Diante disso, pode-se dizer que o que Sandra relata sobre sua vida são eventos que contribuíram para o desenvolvimento da depressão materna, indo ao encontro do que traz Atem (2003),

de que a história de vida da mulher e a constituição de sua feminilidade, dentre outros aspectos, tem papel determinante nessa psicopatologia.

Quando criança, foi cuidada especialmente pela mãe que, ao contrário do pai, sempre foi muito carinhosa e protetora. Junto com a irmã, aos 15 anos mudou-se de cidade, para onde mora atualmente, para dar continuidade aos estudos. Em relação à sua saúde mental, nunca havia manifestado nenhum transtorno até a ocorrência da separação com o ex-companheiro, quando começou a se sentir deprimida. Com a gestação, que ocorreu poucos meses depois, os sintomas se intensificaram, permanecendo no pós-parto. Apesar de seu estado emocional frágil, não procurou tratamento. Esse fato ilustra a literatura, pois a vivência de uma perda e de dificuldades conjugais (Iaconelli, 2005), assim como de episódios estressantes no ano anterior à gravidez (Camacho et al., 2006) contribuem para o desenvolvimento da depressão materna.

b) História da gestação e do parto

Quando Sandra engravidou, namorava Pedro há três meses. Nunca se preocupou com métodos contraceptivos, pois foi casada anteriormente e tentou engravidar, porém sem sucesso. Então, achava que jamais engravidaria, ficando muito surpresa e emocionada ao descobrir a gestação. Surgiram sentimentos ambivalentes diante da descoberta, pois, por um lado, diz: *“fiquei chorando uma hora de emoção, de felicidade, mas ao mesmo tempo não me permitindo acreditar que era verdade”*. Entretanto, por outro, relata: *“eu pensava por que tava acontecendo comigo, por que tinha que ter sido com essa pessoa, na verdade eu queria que tivesse sido com ele [ex-companheiro], com a pessoa que eu gostava”*.

Nos primeiros meses, teve sangramentos e, por haver risco, ficou de repouso total, sentindo-se muito angustiada pelo receio de ocorrer um aborto: *“houve um período de medo de perder”*. Assim, isolou-se para ninguém saber da gravidez, pois seria muito decepcionante caso perdesse seu bebê. Ela diz como se sentiu: *“foi horrível, eu chorei muito, eu queria muito aquele neném, eu queria aquela gravidez. Eu não queria perder aquele neném que tava ali dentro de mim”*. Confirmando sua intuição, ficou muito feliz ao descobrir o sexo do filho, pois sempre sonhou em ter um menino. Porém, ela conta, de forma emocionada, que já estava deprimida pela separação ocorrida recentemente e sentiu-se assim mais ainda com o isolamento, gostaria de ter aproveitado melhor aquele momento, que, ao contrário do desejado, foi de muita tensão, tristeza, medo, insegurança e choro, sentimentos que a acompanharam até o parto. Ela relata: *“eu procurava até que as pessoas não vissem minha*

barriga, não porque eu tinha vergonha, mas porque eu tinha medo de perder depois. Então eu fiquei muito isolada, eu não curti minha gravidez como eu gostaria". Por um lado, pode-se compreender esse isolamento como uma proteção ao bebê, mas, por outro, entende-se que esse comportamento pode ter tido a intenção de encobrir um sentimento de fracasso por não ter engravidado no momento de vida almejado e de quem desejou, e também por não ter tido uma gravidez planejada, fugindo do seu controle. Além disso, seu estado emocional corrobora o dado apontado pelo DSM-5 (APA, 2014), de que 3 a 6% das mães podem vivenciar depressão desde a gestação, repercutindo no estado emocional materno posterior.

Porém, ao contrário de como estava se sentindo desde o início da gestação, sentiu-se tranquila no dia da cesárea, sabia que deveria passar por aquilo para ter seu bebê, e a atuação da sua médica também contribuiu para se sentir segura. Seu primeiro contato com o filho foi muito emocionante, ao vê-lo, chorou de felicidade: *"quando eles tiraram da minha barriga e trouxeram ele, colocaram no meu lado, no meu peito, eu olhei pra ele e comecei a chorar"*.

c) Relação mãe-bebê e experiência da maternidade

Desde a gestação, Sandra preocupava-se em como seria enquanto mãe e ficava insegura em relação aos seus futuros acertos e erros com o filho. Com a maternidade, acredita que mudou o seu jeito de ser e de relacionar-se com as pessoas: *"eu era uma pessoa muito sozinha, egoísta, na minha, e não dividia as minhas coisas, a minha vida, eu era muito isolada também, eu mudei muito nisso"*. Passou a conviver mais com as pessoas e sente-se mais empática, sensível e sentimental. Considera que a relação com seu filho é boa e que é fácil interpretar seus diferentes choros e o que ele expressa: *"eu sinto, quando ele tá com uma dorzinha (...) é um choro diferente, (...) quando é de fome é um outro choro (...). Claramente dá pra ver a diferença, é bem fácil ver"*.

Ficou muito chateada por não ter conseguido amamentar Luan, pois seu leite não desceu de imediato. Na situação, sentiu-se impaciente e, preocupada com o fato de ele precisar se alimentar, acabou não insistindo, algo de que se arrepende. Acha que teve um *"bloqueio emocional"* por se sentir pressionada pela insistência das enfermeiras para que ela amamentasse. De acordo com Figueiredo, Dias, Brandão, Canário e Nunes-Costa (2013), a amamentação pode ser um fator de proteção contra a depressão materna pelo bem-estar que pode proporcionar à mulher, porém a presença de depressão na gestação pode contribuir para o não aleitamento, e isso é o que parece ter acontecido com Sandra.

Apesar disso, sentiu-se tranquila nos primeiros dias com ele. Aos poucos, contando com a ajuda de Pedro, foi se adaptando aos cuidados necessários que seu bebê demandava durante os cinco meses de licença. Após, retornou ao trabalho e colocou-o numa escola de educação infantil em turno integral. Ele se adaptou bem, mas ela chorava muito: *“as coisas mudaram assim entre nós dois. O que era sempre direto, teve que se romper. Foi bem difícil”*. Com o tempo, acostumou-se e, atualmente, isso virou a rotina da dupla.

A mãe conta que o bebê adora que ela esteja dando-lhe atenção a todo o momento, brincando e interagindo. Contudo, se ela sai do ambiente para fazer algo ou não pode atendê-lo no momento, ele não gosta, vai atrás da mãe e tenta atrair seu olhar, chorando muito quando não é assistido. Quando Pedro está presente, ela fica mais livre para cuidar de suas questões e fazer suas atividades, pois ele se ocupa dos cuidados com o filho.

Ao refletir sobre como se sente atualmente como mãe, relata que se sente bem. Às vezes, questiona-se sobre seu desempenho em relação à função materna, concluindo: *“eu tento dar meu melhor pra ele, eu penso que até agora eu não errei”*. Enfim, diz que faz por Luan tudo que está ao seu alcance, não se considera uma mãe perfeita, mas sabe que zela pelo filho. Seu relato indica, por um lado, uma atitude de negação diante de possíveis falhas com o filho, tendo em vista que esse é um questionamento recorrente. Por outro, confronta os achados de Sousa, Prado e Piccinini (2011), que realizaram estudo de caso coletivo para investigar as representações acerca da maternidade no contexto da depressão materna, encontrando a presença de uma representação negativa, pois as mães não se sentiam capazes de cuidar do bebê e de compreender suas necessidades.

No IAP, a mãe mostrou boa sensibilidade, pois falou de forma afetuosa com o bebê e seu semblante reforçava esse sentimento, contudo não mostrava empolgação quando o bebê correspondia ao que ela solicitava (quando ela ensinou o filho a encaixar a peça no brinquedo, após um tempo ele conseguiu, porém ela não demonstrou reação alguma). Quanto à estrutura, entendeu-se que foi inconsistente porque ela não narrava o que ia acontecendo para as crianças (não disse que iria sair da sala, apenas saiu), propunha diversas brincadeiras a ele e não dava continuidade a elas, ou não tolerava esperar quando ele se interessava e explorava um brinquedo, como quando ele gostou de um carrinho, e ela imediatamente pegou outro para mostrar que era possível carregar objetos nele. Também, seu comportamento foi parcialmente intrusivo, pois ela chegou a escolher brincadeiras que ela gostava (*“vamos brincar dessa que eu gosto”*), além de tirar das mãos do bebê um objeto que ele estava explorando (mamadeira de plástico), para mostrar o que era possível fazer com ele (dar à boneca). Não se observou hostilidade na interação, pois demonstrou emoções

positivas com o bebê, mesmo quando ele não correspondia às suas convocações, ela falava gentilmente. Em relação ao bebê, sua responsividade foi fraca, pois queria fugir a todo momento, não dava continuidade a atividades propostas pela mãe, porém gostava quando ela fazia brincadeiras corporais com ele (fazer cócegas na barriga). Também, seu envolvimento foi fraco, pois olhava muito para a pesquisadora, não pegava brinquedos que a mãe oferecia (ela chegou a dizer “*nem dá bola pra mamãe*”), ficou brincando da mesma forma quando a mãe o ignorou e ainda, por um bom tempo, quando a mãe se ausentou, engatinhando depois para encontrá-la, parecendo calmo e tranquilo. Dessa forma, essa interpretação destoa, em parte, do discurso da mãe, que refere não haver dificuldade na interação com o bebê, e a impressão que dá é que a dupla, na maior parte do tempo, anda paralelamente, não interagindo, lembrando um movimento de isolamento de ambas as partes.

d) Relacionamento conjugal e familiar

Sandra mantém uma união estável com Pedro, apesar de morarem em cidades distintas. Assim, ela e Luan veem-no, principalmente, aos finais de semana. Para ela, o nascimento do filho aproximou-os: “*ficou uma relação mais madura assim, porque antes era uma coisa só namoro, a gente inconsequente, a gente saía, a gente se divertia. Agora não, agora família*”. Desde a gestação, sentiu-se apoiada por ele, dizendo que “*foi muito importante o apoio dele pra mim ter conseguido*”, e esse suporte paterno, quando a mãe está deprimida, é considerado como um fator fundamental de proteção ao bebê e à saúde psíquica materna, atenuado os sintomas (Silva, 2007). Atualmente, quando presente, Pedro também envolve-se com os cuidados com o filho. O relacionamento entre o casal é tranquilo, mas Sandra expressa o quanto ainda sofre e não superou a separação do ex-companheiro.

Tanto a família de origem, como a família paterna, mora em outra cidade. Sempre que possível, ela o leva para ver avós, tios, primos. Acredita que o nascimento de Luan, de certa forma, aproximou-a de sua família, pois agora ele é um motivo a mais para se reunirem. Percebe-se que a mãe fala muito pouco sobre sua família de origem, sendo esta a única informação obtida no processo de coleta de dados.

e) Sintoma(s) do bebê

O Questionário Symptom revelou que Luan apresenta sintoma psicofuncional no aspecto comportamental (28 pontos). Na entrevista, Sandra relata que ele tem crises de raiva

frequentes, que ocorrem sem algum motivo aparente ou quando é contrariado. Além disso, bate a cabeça na parede quando fica muito brabo: “*ele chora, bate as pernas, os pés, bate a cabeça na parede, se joga, faz manha quando ele é contrariado*”. Isso foi observado pela pesquisadora durante a coleta, quando a mãe tirou um objeto que considerou inadequado para brincar, então ele começou a gritar muito, a chorar e a bater a cabeça no carrinho. Isso acontece somente em casa, com a mãe, e começou há um mês, coincidindo com a sua dentição, o que a faz pensar que isso contribuiu para sua irritação. Ela se preocupa com esse comportamento do bebê e reconhece que tem dificuldades em impor-lhe limites, o que contribui para esse processo sintomático. Isso ratifica que questões emocionais maternas reverberam sobre o bebê, facilitando a expressão de reações sintomáticas (Iaconelli, 2005). Ademais, corrobora a literatura, pois há indícios de correlação entre o temperamento difícil do bebê e a presença de depressão materna (Ribeiro, Perosa, & Padovani, 2014), não ficando evidente se um é causa do outro, ou se retroalimentam-se a partir das características singulares da dupla.

Caso 2: Deise e Leandro

Deise, 25 anos, é solteira, tem ensino superior incompleto, classe econômica B2 e não trabalha no momento. É mãe de Leandro, 10 meses, filho único seu e de João, 28 anos, com quem teve uma breve relação. O bebê não frequenta escola de educação infantil e é cuidado pela mãe e pela avó materna. Quanto aos sintomas depressivos, o resultado no EPDS foi 17 pontos, e o M.I.N.I. identificou a ocorrência de episódio depressivo passado.

a) História de vida materna

Deise é a filha caçula de uma família com três filhos. Diz que a mãe engravidou dela por “*impulso*”, pois os pais não planejavam ter outro bebê. Refere que sua infância foi muito feliz, com a presença de muitos amigos com quem brincava. Algo que marcou sua vida foi que sempre se sentiu a “*ovelha negra da família*” por ser diferente dos irmãos nas suas escolhas e no seu comportamento, sendo recriminada pelos pais, que ficavam frustrados com seu jeito. Ela conta: “*eu dizia pra minha mãe, nunca quero ter um filho, não, não quero esse compromisso pra mim, não quero marido, não quero casar, quero ser uma pessoa livre*”. Para os pais, os irmãos eram exemplos a serem seguidos, e ser comparada a eles a

incomodava. Pode-se inferir que esse fragmento de sua história, de sentir-se negativamente diferente e não identificada aos familiares, influenciou na depressão materna atual (Atem, 2003).

Antes da gravidez, Deise já havia se sentido deprimida há dois anos, fator que, possivelmente, contribuiu para a manifestação da depressão materna (Iaconelli, 2005; Camacho et al., 2006). Na época, procurou atendimento psicoterápico, mas na gestação e no pós-parto, quando também se sentiu deprimida, não procurou nenhum tratamento.

b) História da gestação e do parto

A gravidez de Leandro não foi planejada por Deise. Ela estava morando num município do interior do RS, longe de sua cidade natal, onde conheceu João. Eles começaram a “ficar” e ela engravidou após três meses. Era um momento difícil para ela, começou a ficar muito deprimida porque se sentia bastante sozinha por estar longe dos pais e amigos. Assim, acha que engravidou por “*um ato de desespero*”, já que estava longe dos pais, quis “*descontar em alguma coisa*”.

Inicialmente, pensou em abortar, mas, além de João ser contra, foi convencida do contrário pela mãe. Ao escutar o coração do bebê pela primeira vez, diz: “*foi um turbilhão de emoções assim, sabe? Eu chorava, eu ria, nossa, eu fiquei assim completamente anestesiada, sabe, uma vida, né!*”. Posteriormente, voltou a morar com os pais, tendo que enfrentar por um tempo as críticas da família ao contar sobre a gestação.

Em relação ao seu estado emocional, ficou em “*estado de choque*” e insegura diante de seu novo papel. Assim, foi no parto que Deise considera que realmente percebeu que estava prestes a ser mãe. Esse momento foi um pouco conturbado, pois demoraram muito para atendê-la e realizar a cesárea considerada de urgência. Diz que, quando viu seu bebê pela primeira vez, foi muito marcante, pois se sentiu transformada: “*ele nasceu chorando e eu disse: cadê o Leandro da mamãe? Naquele momento parece que o chão se abriu assim, sabe, porque ele parou e ficou me olhando*”.

Ela amamentou-o sem dificuldades e contou com a ajuda de sua mãe nos cuidados com ele. Nesse momento inicial, tinha algumas preocupações e, em algumas noites, não conseguia dormir tranquilamente por medo de que lhe acontecesse algo. O pai não estava presente no nascimento do bebê pois não havia sido comunicado. Ele veio conhecê-lo após 20 dias e aproveitou para realizar um exame de DNA, o qual comprovou a paternidade.

A partir de seu relato, é possível constatar a presença de fatores de proteção à depressão materna: amamentação (Figueiredo et al., 2013) e o suporte para os cuidados ao

bebê (Marques, 2003). Contudo, destacaram-se os diversos fatores de risco presentes: gravidez não planejada, a forma como é assistida no parto, ser mãe solteira (Camacho et al., 2006), vivência da depressão na gravidez (Iaconelli, 2005) e atitude negativa do pai em relação à gestação (Schmidt et al., 2005). Portanto, deduz-se que eles tiveram um peso significativo na expressão da psicopatologia.

Outro aspecto relevante refere-se à experiência do parto como um momento marcante no seu processo de tornar-se mãe. Deise destaca o quanto esse momento, de olhar pela primeira vez o seu bebê, foi determinante para compreender o seu papel materno, percepção esta que não vinha ocorrendo em sua gestação. Esse exemplo vai ao encontro do que afirma Donelli (2003), de que nem sempre há um continuum entre o que se antecipa e o que, de fato, vivencia-se no pós-parto, e também que nem sempre essa transição é negativa. Também, pode-se destacar, a partir da experiência vivida por Deise, que a condição de ser solteira não se apresentou como um fator decisivo à vivência negativa do parto, corroborando Marin, Donelli, Lopes e Piccinini (2009).

c) Relação mãe-bebê e a experiência da maternidade

Deise acha que seu filho é mais apegado à avó materna do que a ela, pois a avó “*se dedica mais pra ele*”. Por uma combinação entre as duas, a avó preferiu ficar responsável pelo neto e assumiu boa parte dos cuidados a ele, enquanto Deise se ocupou mais dos afazeres domésticos. Quando questionada se ela assume algum cuidado com o filho, ela sempre responde “*a gente*”, e não “*eu*”, o que sugere que ela não se autoriza – ou não é autorizada – a cuidar do filho sozinha. Percebe-se, durante a entrevista, que ela fica bastante desconfortável com essa situação, chegando a falar mais baixo para que sua mãe, que está na sala ao lado, não ouça. Além disso, a mãe afirma que a criança obedece mais a avó do que a ela mesma. Deise se sente desautorizada pela avó quando se coloca como figura de autoridade diante do filho, pois sua mãe sempre a julga, dizendo estar errada sobre a forma como age com o bebê. Muitas vezes, ela acaba deixando que a avó, por ser mais experiente, aproprie-se da tarefa de colocar limites a Leandro, por achar que, dessa forma, será melhor ao filho, uma vez que não haverá contradições nas orientações dadas a ele. Seu relato apresenta alguns pontos ambíguos. Por um lado, acredita que tem muito que aprender com sua mãe, em quem se inspira para criar seu filho e, por isso, deixa que ela tenha voz ativa na educação de Leandro. Mas, por outro, fica incomodada por não conseguir criar seu filho à

sua maneira, e reconhece que, às vezes, é a mãe quem usa o argumento de ser mais experiente para fazer as coisas do seu jeito, e Deise acaba acatando.

Essa questão evidenciada por Deise em sua fala parece relacionar-se com o fato de que, na maternidade, a mulher se vê diante de uma redefinição de identidade e papéis, pois passa de filha à mãe (Stern, 1997). Nesse caso, parece haver uma fragilidade em exercer seu papel, tanto que, ao ouvi-la, por vezes passa a impressão de que se coloca num lugar de irmã do filho, estando a avó como mãe de ambos. Além disso, esse fragmento ilustra o que diz Prochnow (2005), de que mulheres com depressão que têm uma figura feminina de apoio, geralmente, tomam-na como modelo de identificação para se colocarem como mães, entretanto, por outro lado, sentem-se desautorizadas do papel materno e passam a outorgar os cuidados aos bebês a essa figura, que aceita essa função. Dessa forma, ao invés de auxiliar e dar um suporte às novas mães, elas acabam substituindo-as plenamente, sendo isso um fator intrusivo à interação mãe-bebê, dificultando as mães de conhecerem seus filhos e, assim, permitirem-se cuidar deles.

Quanto à amamentação, está em processo de desmame, algo um pouco difícil para ambos. Ao longo do dia, está diminuindo a frequência, contudo o bebê quer frequentemente mamar e está bastante manhoso, especialmente antes de dormir – pois precisa do seio para dormir – ou logo ao acordar. Para Deise também não está sendo fácil, porque, se inicialmente não tinha vontade de amamentar, hoje quer continuar e sentirá falta desse momento e do carinho que ela sente do filho nesse contato entre a dupla. Esse sentimento evidenciado pela mãe sugere que este é um momento importante tanto para ela quanto para o filho, no qual ninguém pode substituí-la, demonstrando que a amamentação é um meio que viabiliza um maior envolvimento emocional com o bebê e uma melhor interação entre a dupla (Figueiredo et al., 2013).

Sobre a maternidade, diz que ela mudou muita coisa em sua vida. Por um lado, sente que perdeu a liberdade que tinha anteriormente, assim como se sente preterida por pessoas que considerava amigas. Assim, sente-se muito deprimida diante dessas mudanças em sua vida, além de presa e cansada frente à rotina de dedicação ao filho. Por outro lado, considera que amadureceu ao perceber que o filho depende dela, e que ela deve dar-lhe uma boa educação para, futuramente, ele se orgulhar e considerá-la guerreira.

No IAP, a mãe mostrou sensibilidade excelente, na maior parte do tempo falou num tom baixo e calmamente, narrou à criança a brincadeira (“*hummm, pegou o pratinho, vai fazer um papá pra quem, filho?*”) e bateu palmas demonstrando satisfação quando ele fazia algo proposto. A estrutura foi igualmente excelente, pois propôs brincadeiras que convocavam o

interesse do bebê (perguntar sobre partes do corpo, som que os animais fazem), além de explicar, quando a criança quis colocar o dedo na tomada, o porquê de não fazer isso; o único aspecto adverso observado foi que ela não anunciou sua saída do ambiente, mas supõe-se que, devido à estrutura ofertada até o momento, o bebê sentiu-se seguro na sua ausência. Percebeu-se uma intrusividade parcial, pois chegou a pegar objetos pelo filho, demonstrou impaciência quando ele não conseguiu montar o brinquedo ensinado (ela chega a pegar a mão dele de forma afoita para ensiná-lo a encaixar a peça) e não ignorou a criança, como solicitado pela pesquisadora, sentando a criança no seu colo e criando histórias a partir da revista ofertada, isto é, parece não dar espaço ao bebê. Houve uma hostilidade encoberta devido à forma enérgica como falou com ele em momentos pontuais em que ele se interessou por objetos diferentes dos oferecidos. Quanto ao bebê, demonstrou responsividade moderada, pois, na maioria das vezes, gargalhou com a mãe, mostrando contentamento com a interação. Seu envolvimento foi excelente, uma vez que imitava, batia palma e cantava junto a música cantada pela mãe, embalava a boneca quando solicitado, participando ativamente na interação. Essa interpretação permite inferir que, em geral, a relação mãe-bebê é apropriada, e pressupõe-se que tem relação com o fato de que o nascimento do filho representou-lhe uma proteção, pois foi devido à sua gravidez ela voltou a morar com os pais, sendo que essa distância era um dos fatores que contribuíram para a sua depressão anterior à gestação. Dessa forma, ter um bebê possibilitou-lhe vivenciar o modelo familiar com o qual estava acostumada, no qual a dependência dos pais está presente. Se esse aspecto traz-lhe, por um lado, incômodo, por outro oferece-lhe segurança e um ganho psíquico. Assim, pode-se pensar que o bebê foi tomado como “tábua de salvação”, pois favoreceu que ela mantivesse sua relação de dependência da família. Também, chama a atenção que Deise foi a única participante a ter tratamento psicológico, e mesmo tendo ocorrido anteriormente à gravidez, pode-se pensar que ele trouxe benefícios, auxiliando-a no estabelecimento de um laço afetivo mais favorável com o bebê.

d) Relacionamento conjugal e familiar

Deise, atualmente, tem pouco contato com João, e ele vê pouco o filho. Às vezes, ela viaja e leva o filho para vê-lo. Inclusive, isso aconteceu entre a primeira e a segunda fase da coleta, ficando um mês lá. Também, eles discutem frequentemente quando ela precisa de um auxílio financeiro, e as avós materna e paterna acabam intermediando a conversa para evitar

conflitos. Essa situação a incomoda, pois acha que ele deveria se dedicar mais ao filho e privar-se das coisas pelas necessidades do bebê, tal como ela faz.

Em relação à sua família, por depender dos pais, sente-se sem liberdade e tem saudade de conversar com as amigas, divertir-se, entretanto sua mãe proíbe, dizendo que agora ela tem um filho e deve dedicar-se a ele. Além disso, Deise é impedida de fazer academia, trabalhar e estudar, pois seus pais consideram que ela deve sacrificar-se pelo filho por ele ser pequeno. Incomoda-se com a forma que é tratada e imagina que, para eles, ela deve pagar com sofrimento pelo que fez – ter um filho não planejado. Contudo, acata as ordens porque eles a sustentam, e isso é um argumento utilizado por eles para que ela os obedeça. Assim, Deise se sente presa e “*vivendo num regime de cadeia*”.

Percebe-se que a mãe se sente insatisfeita quanto ao suporte para cuidar do filho. Com o pai do bebê, o diálogo é bastante difícil, fazendo-a se sentir sobrecarregada e refletindo no seu estado emocional (Cruz et al., 2005; Silva, 2007). Além disso, parece que ela compreende, no momento, a maternidade como um “*regime de cadeia*” devido à falta de autonomia, tanto financeira quanto psíquica, para cuidar do filho, e seu relato indica que ela se sente boicotada pelos pais para conquistar sua independência e, por conseguinte, poder cuidar de si e do filho. Mais uma vez, aí aparecem questões referentes à confusão de papéis, comuns à chegada de um bebê, em que a mulher deve se colocar num novo lugar: de filha à mãe (Inglez-Mazzarella, 2006). No caso, supõe-se que Deise se sente impedida de assumir esse novo lugar com propriedade, e sua fragilidade emocional é um fator que traz empecilhos a esse processo.

e) Sintoma(s) do bebê

O Questionário Symptom Check-List indicou que Leandro apresenta sintoma psicofuncional relacionado ao sono (14 pontos). A mãe conta que ele tem dificuldade para dormir diariamente, demorando de quarenta minutos a uma hora. Também, ele não dorme sozinho, necessitando sempre cochilar enquanto está no colo da mãe, mamando. Quando ele adormece, ela o coloca no berço e, então, observa que ele se mexe constantemente, mudando diversas vezes de posição e destapando-se. Ela supõe que seja porque o filho se agita muito durante o dia. Assim, há noites em que ela fica em claro para tapá-lo. Também, há vezes que ele, de olhos fechados, levanta-se, senta na cama e bate palmas. Raramente dorme a noite toda sem acordar, e isso acontece quando brinca muito durante o dia, ficando cansado.

Ao longo de uma noite, acorda-se, em média, cinco vezes, e para fazê-lo voltar a dormir, ela o coloca em sua cama, dá o peito e, frequentemente, acaba dormindo com o filho, situação que deseja modificar, mas sente dificuldades. Assim, geralmente acalma Leandro oferecendo o seio, e o bebê não necessariamente mama, com frequência fica com a chupeta, faz carinho na mãe, belisca o bico do seio materno. Isso acontece por um bom tempo e, quando a mãe tenta recolocá-lo no berço, ele chora, segundo Deise, porque quer ter contato com a mãe. Diante dessa dificuldade do bebê, a mãe acredita que seu estado emocional interfere de forma direta na manifestação sintomática de Leandro: *“eu passo essa irritação pra ele e o estresse, sabe? E acabo deixando ele assim, sabe, não dormindo de noite”*.

Para Ganhito (2002), o sono é um dos ritmos fundamentais de um bebê e sofre, desde o seu nascimento, “a influência de um outro primordial e materno” (p. 68), sendo “tanto uma necessidade vital como uma experiência psíquica” (p. 68). Assim, “a mãe é a primeira guardiã do sono” (p. 70) e o adormecer significa uma suspensão temporária no fascínio mútuo entre a dupla, que experimenta uma sensação de plenitude. Nesse sentido, para um bebê dormir é fundamental que esse outro materno possa olhá-lo de forma que proporcione segurança e tranquilidade, suportando essa separação momentânea. No caso de Deise, fica clara a posição emocional frágil em que ela se encontra, e isso influencia significativamente na perturbação no sono do filho.

Caso 3: Paula e Natália

Paula, 19 anos, é solteira, tem ensino fundamental completo, classe econômica D e trabalha no setor de serviços gerais de uma indústria de calçados. É mãe de Francisco, 3 anos, e de Natália, 11 meses, filha também de Mauro, 30 anos. Natália é cuidada pela mãe e pela avó materna. O resultado do EPDS aplicado na mãe foi 14 pontos, e o M.I.N.I. revelou ocorrência de episódio depressivo passado.

a) História de vida materna

Paula é a caçula de sua família e tem dois irmãos. Considera que não teve uma infância boa, especialmente, porque o pai, que era alcoólatra, batia nela, na mãe e nos irmãos. Para o pai, ela era *“a ovelha negra da família”*. Conta que se envolvia constantemente em brigas no período escolar, e a mãe era quem cuidava dela quando criança. Paula destaca dois momentos difíceis de sua vida: o primeiro *“foi quando ele [o pai] descobriu que eu tava*

grávida [do primeiro filho], veio e me bateu bastante” e o segundo, *“quando eu me separei do pai da Natália, fiquei sem chão”*. Esses acontecimentos de sua vida deprimiram-na muito, sentindo-se assim desde a infância, em momentos que as coisas não acontecem do jeito que ela espera, tal como na gestação e no pós-parto após o nascimento do primeiro filho, fazendo-a procurar atendimento psiquiátrico.

Percebe-se em sua história de vida alguns elementos que podem ter sido determinantes na manifestação de sua depressão materna. Um diz respeito à vivência de violência doméstica na infância e durante a gravidez (Mattar et al., 2007). Outros que podem ser destacados são a ocorrência de separação conjugal na gestação e de depressão materna na gravidez anterior (Iaconelli, 2005), além de histórico de transtorno de humor em outros momentos da vida (Camacho et al., 2006).

b) História da gestação e do parto

Paula engravidou inesperadamente após poucos meses de namoro com Mauro. O relacionamento, que estava bastante fragilizado em função de brigas constantes, acabou no terceiro mês de gestação, deixando-a *“sem chão”*. Mauro chegou a referir desconfiança de que o bebê não fosse dele. Com a gravidez, por um lado, sentiu-se bem porque sempre quis *“ter uma menininha”*, mas por outro, revela: *“eu nunca não desejei a gravidez dela, fiquei assustada, chorei bastante, mas aceitei”*. Diante disso, deprimiu-se muito, chorava e irritava-se facilmente, resultando numa tentativa de suicídio aos quatro meses gestacionais, fazendo-a retomar o tratamento psiquiátrico.

Para ela, a gravidez *“foi muito turbulenta”*, pois *“brigava com todo mundo”*. Durante a gravidez, sentiu muito enjoo, o que causava vômitos constantes, fazendo-a supor que a filha nasceria *“mínima”*. Não se sentiu apoiada por Mauro, que se distanciou e acreditava não ser o pai do bebê, fato que contribuiu para que ela ficasse mais deprimida. Quanto ao parto, tudo ocorreu bem, foi um processo rápido e se deu de forma natural. Sobre a primeira vez que viu a filha, diz: *“ai, foi muito bom, foi minha luz”*.

O relato de Paula permite depreender o quanto os acontecimentos em sua gravidez contribuíram para sua instabilidade emocional e consequente depressão materna. Destacam-se, assim, a ocorrência de uma gravidez não desejada, o fato de ser mãe solteira (Camacho et al., 2006), a depressão gestacional, a vivência de estresse na gestação (Aliane, Mamede, & Furtado, 2011) e a falta de apoio paterno (Silva, 2007). Esses fatores parecem ter sido

significativamente decisivos, tendo em vista que a mãe não se sentiu auxiliada pela família nesse momento em função de outras demandas familiares mais urgentes (Aliane et al., 2011).

c) Relação mãe-bebê e a experiência da maternidade

Para Paula, era muito bom cuidar da filha nos primeiros dias após seu nascimento: “*ela era aquele bebê que só dormia, sabe, bem calminha*”. Preocupava-se apenas com o tamanho do bebê, achava-a muito pequena e tinha medo de pegá-la. Também, temia que ela nascesse doente tal como o irmão, que teve bronquiolite. Com o passar dos meses, a situação ficou mais difícil, pois Paula chorava, não sentia vontade de fazer suas atividades, brigava e se irritava muito. Conseguiu amamentar a filha e só pôde pegá-la até o sexto mês, após isso, diz: “*[a filha] já tava muito pesada e eu não tinha força*”. Seu estado emocional, que ficou mais fragilizado por alguns eventos estressantes ocorridos na família (gravidez da irmã e dependência química do irmão), acabou refletindo nos cuidados da mãe ao bebê, pois ela já não sentia desejo e não tinha condições psíquicas de atender às suas demandas, ficando parco o exercício da função materna (Jerusalinsky, 2011).

A mãe voltou a trabalhar quando Natália tinha cinco meses. No momento, amamenta ainda a filha e percebe que ela, por vezes, recusa alimentos ou cospe fora a comida só para ficar no peito materno. Porém, quando está sob os cuidados da avó materna, não há dificuldades na alimentação. Ela estava pensando em desmamá-la, então surgiu a alergia à lactose, dificultando esse processo. Esse aspecto relatado por ela vai ao encontro do que trazem Schwengber e Piccinini (2005), que a separação mãe-bebê em decorrência do retorno materno ao trabalho pode provocar uma situação estressante na mãe, que na dinâmica interacional com o bebê, pode acarretar-lhe também dificuldades.

Atualmente, enquanto Paula trabalha, a avó materna cuida da criança. Após o trabalho, a mãe realiza suas atividades domésticas e depois brinca um pouco com a filha. Paula acha que a filha é muito nervosa e braba, pois chora muito, diferente de como havia imaginado, pois “*quando ela era bebezinha só ficava bem quietinha*”. Para ela, a filha é irritada demais e, às vezes, elas não se entendem: “*ela é braba demais, se não tá do jeito que ela quer, ela briga*”. Isso corrobora a literatura, pois uma mãe tem a imprescindível tarefa de elaborar a perda do bebê ideal para ser possível relacionar-se com o seu bebê real (Moraes & Crepaldi, 2011), e supõe-se que, no contexto da depressão materna, esse processo se torna mais complexo. Isso indica, portanto, que para Paula é difícil lidar com o seu bebê real, com suas características e singularidades, e o quanto ela se sente exigida por ele.

Apesar disso, ela supõe que a dupla se relaciona bem. Algumas vezes, acha difícil compreender o choro da filha: *“ela chora comigo sem ter motivo, daí a gente não sabe se ela tem dor, ou o que é que ela tem”*, e quando Natália tem ataques de choro, Paula procura acalmá-la, porém às vezes deixa-a sozinha chorando até parar. Essa postura materna revela sua insatisfação com o papel materno, tendo em vista sua incompreensão recorrente frente à manifestação da criança (Schwengber & Piccinini, 2005).

Gosta muito de brincar com a filha, mas, por já ter outro filho, acha difícil cuidar de uma nova criança e sente-se frustrada por não poder dar aos filhos coisas que eles precisam, por sua condição financeira não permitir. Sobre o que mudou após a maternidade, diz: *“só a responsabilidade, né, porque eu era bem irresponsável, não ouvia ninguém, brigava bastante. Nossa, ninguém podia me olhar com cara feia”*. Atualmente, ainda se sente bastante deprimida, mas procura cuidar da filha como sempre faz: *“eu cuido dela normal, às vezes me irrita um pouquinho, mas não desconto nada nela”*. Assim, pressupõe-se que sua condição deprimida obstaculiza uma compreensão mais ampla sobre a maternidade, pois somente faz referência a aspectos relacionados a si mesma, indicando pouca disponibilidade emocional no exercício de sua função (Fonseca, Silva, & Otta, 2010).

No IAP, a mãe mostrou boa sensibilidade, comunicou-se com o bebê de forma tranquila, num tom baixo e calmo, mas esse tom também pode ser interpretado como apático. A estruturação foi inconsistente, em alguns momentos não soube o que oferecer à filha ou como convocá-la para brincar e, na maior parte, não narrava o que estava acontecendo, brincava ou oferecia brinquedo em silêncio, assim como saiu de cena sem comunicar ao bebê, ocasionando-lhe uma crise de choro. Sua postura foi parcialmente intrusiva, pois pegou com certa impaciência a mão do bebê quando ele não estava conseguindo encaixar a peça no brinquedo, não respeitando seu tempo de exploração e aprendizagem. Entendeu-se que havia uma hostilidade encoberta na interação devido à postura apática da mãe, considerada como negativa a uma boa interação, como nos momentos em que a criança respondia ao que ela solicitava, contudo a mãe mostrava indiferença. Quanto à criança, sua responsividade foi fraca, pois ficou olhando muito para a pesquisadora e foram poucos os momentos em que mostrou entusiasmo com a mãe, revelando também uma postura apática. Nesse sentido, seu envolvimento também foi fraco, poucas vezes respondeu às convocações da mãe, bateu palmas quando ela pediu, escondeu o rosto materno para brincar de *“Cadê? Achou!”*, mas na maior parte da filmagem ficou em silêncio, sem interagir, observando os movimentos da mãe, sem responder a eles. Destacou-se o fato de que, quando a mãe a ignorou, continuou na mesma postura que estava até então, silenciosa, observadora, mas quando a mãe se

ausentou da sala, ficou chorando muito, não suportando o afastamento materno. Assim, ficou evidenciada uma característica que pertence à dupla: a postura apática. Isso vai ao encontro dos achados de Schwengber e Piccinini (2004), que apontam que mães com indicadores de depressão apresentam mais apatia na interação com os filhos, e permite supor a presença de aspectos simbióticos na relação mãe bebê, tendo em vista o desamparo sentido pelo bebê na breve ausência materna, indicando que ela precisa que a mãe fique ao seu lado a todo momento para não se sentir desprotegida.

d) Relacionamento conjugal e familiar

Atualmente, Paula não tem contato algum com Mauro, e Natália foi registrada somente no nome da mãe, sendo que o único vínculo com a família paterna se dá através de uma tia, que pede, eventualmente, para ver o bebê. Logo, sente-se desamparada quanto ao suporte paterno desde a gravidez até o momento presente, sentindo-se sobrecarregada física e psiquicamente (Schwengber & Piccinini, 2005).

Quanto à sua família, vivenciou dificuldades na sua gravidez devido à ocorrência de situações estressantes com o irmão, mas se sente bastante apoiada pela mãe e a irmã, que sempre auxiliaram nos cuidados à criança, algo importante para aliviá-la nas tarefas demandadas (Marques, 2003). Porém, com o próprio pai, a relação continua difícil, e eles se afastaram ainda mais após o nascimento de Natália.

e) Sintoma(s) do bebê

O Questionário Symptom Check-List revelou a presença de quatro tipos de sintomas em Natália: comportamento (32 pontos), alergias (12 pontos), digestão e respiração (9 pontos cada). Com relação ao comportamento, Paula conta que, há dois meses, a filha tem ataques de raiva com muita frequência: “*ela se irrita com o próprio casaco dela, se irrita com as mangas. (...) se tu toma um brinquedo dela, ela se avança, se ela tiver brincando e tu mexer, ela te bate*”. Assim, “*se não tá do jeito que ela quer, ela briga*”. Além disso, ela tem um comportamento agressivo contra si próprio preocupante e incompreensível à mãe, que é bater sua cabeça, ocorrendo isso diariamente. A respeito da manifestação de alergias, além de rinite, há três meses apareceu alergia a alguns alimentos e à lactose. Por recomendação médica, há uma dieta especial e a ingestão de sulfato ferroso. Quanto à digestão, o bebê tem dores de barriga, em torno de três vezes ao dia, logo após suas refeições, e também apresenta

diarreia desde que nasceu, quase diariamente. Sobre o sintoma respiratório, Paula diz que a filha tem bronquite, que se manifestou pela primeira vez logo nos primeiros meses, mas não aparece com muita frequência, e rinite alérgica, que se manifestou há um mês e de forma fraca. Quando há uma crise, diz: “*ela chora, fica mais de cantinho, dá febre nela*”.

Nesse sentido, observa-se que o bebê é multissintomático, o único desta pesquisa. Pode-se supor que um dos fatores que contribuiu com isso foi o estado emocional materno. A mãe não teve maior pontuação no EPDS em relação às outras participantes, contudo houve o episódio da tentativa de suicídio na gestação, o que evidencia a sua vulnerabilidade psíquica e, por conseguinte, a do bebê também, além da falta de apoio à dupla.

Com relação ao comportamento do bebê, pode-se ressaltar dois pontos. O primeiro refere-se ao fato de que uma correlação entre temperamento difícil na criança e depressão materna (Ribeiro et al., 2014). O segundo diz respeito à manifestação de aspectos transgeracionais na expressão desse sintoma psicofuncional. Paula apresenta dificuldade em lidar com o jeito do bebê, que, no momento, apresenta características que a própria mãe tem: brabeza e agressividade. De acordo com Inglez-Mazzarella (2006), na transmissão transgeracional, os avós estão presentes no psiquismo do bebê através dos conflitos infantis de seus pais. Na entrevista, a mãe expressa o quanto a violência esteve presente em sua vida: na sua infância, através do seu pai, na adolescência, em momentos em que ela reproduzia um comportamento violento na escola e com a família, na relação com o pai de Natália, em que havia muito conflito e, agora, com o bebê sendo brabo e agressivo. Destaca-se, aqui, a semelhança entre o que ela fala sobre sua condição emocional, de que sempre se sentiu deprimida em momentos em que as coisas não acontecerem como ela queria, e o que conta sobre o comportamento do bebê, de que “*se não tá do jeito que ela quer, ela briga*”.

Síntese dos Casos Cruzados

A análise singular de cada caso permite salientar alguns aspectos semelhantes e divergentes entre eles. Dentre as características gerais das participantes, percebe-se que a idade, a classe econômica e a escolaridade variaram. Ademais, todas são solteiras, apenas Sandra possui uma união estável com o pai do bebê, apesar de não morarem juntos. Isso corrobora a literatura, que aponta que ser mãe solteira configura-se como um dos fatores de risco à depressão materna (Camacho et al., 2006). Também, verifica-se que a pontuação no EPDS foi similar (14 a 17 pontos), com a identificação de sintomas de depressão, porém o M.I.N.I., que revelou que todas apresentaram episódio depressivo passado, não confirmou o

diagnóstico. Esse dado aponta, por um lado, que a ocorrência de depressão em outro contexto de vida favorece a manifestação da depressão materna (Aliane et al., 2011), e por outro, incita um questionamento imprescindível sobre o diagnóstico. O M.I.N.I. é fundamentado nos critérios do DSM, manual importante que guia muitos profissionais de saúde mental, entretanto ele não foi sensível à detecção de sintomas atuais de depressão como foi o EPDS, que é exclusivo para a depressão materna. Diante disso, ficam dúvidas quanto à consideração dos critérios diagnósticos de depressão maior para detectar depressão materna, tendo em vista que a maternidade tem singularidades e acarreta um funcionamento psíquico e um estado emocional peculiar na mulher (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Stern, 1997), que não foi detectado pelo M.I.N.I. neste estudo. Entende-se, portanto, que é fundamental a construção de um construto próprio à depressão nesse contexto, pois se entende que auxiliará uma melhor assistência à saúde maternoinfantil, visto que a compreensão de aspectos importantes de uma mulher na maternidade poderá favorecer a elaboração do diagnóstico, que atualmente enfrenta dificuldades (Ruschi et al., 2007).

Em relação aos bebês, todos estão na mesma faixa etária, sendo que os dois meninos têm 10 meses e a menina, 11 meses. Também, ambos os meninos são filhos únicos, ao passo que a menina já tinha um irmão quando nasceu. Somente Luan frequenta escola de educação infantil, e Natália e Leandro são cuidados pela mãe e pela avó materna. Esses dados reforçam que, em relação ao sexo, bebês meninos podem sofrer maior influência negativa do estado deprimido materno (Schwengber & Piccinini, 2005; Edhborg, et al., 2013), assim como o fato da primiparidade ser um elemento de risco à depressão materna (Iaconelli, 2005).

No eixo *história de vida materna*, as participantes fizeram referência à sua infância. Sandra, apesar da existência de brigas entre os pais, e Deise referiram ter tido uma “*infância boa*”, ao passo que Paula manifestou o contrário, devido ao alcoolismo paterno e as recorrentes situações de violência que ela e a família sofreram, sugerindo que o histórico de violência apresenta-se como um fator de risco à depressão materna (Mattar et al., 2007). Duas mães declararam que seus pais não planejaram tê-las, Deise e Sandra, e esta última contou que seus pais desejavam um menino e decepcionaram-se ao ver que seria menina. Na entrevista, não foi possível compreender essa questão em Paula.

Se, por um lado, Sandra destaca a boa relação com a irmã mais velha, despertou a atenção o fato de que Deise se considerava e Paula era considerada “*ovelha negra da família*”. Essas duas são as participantes mais novas, e o que relatam parece ir ao encontro dos achados de Carvalho e Hartmann (2009), que investigaram a presença de fatores desencadeadores de depressão pós-parto em adolescentes gestantes desamparadas

socialmente, e os resultados apontaram a possibilidade da ausência de um “sentimento de pertencimento” (p. 79) à sua família de origem, como também terem modelos identificatórios inexistentes, inapropriados ou prejudicados.

Além disso, todas apresentaram sintomas depressivos desde a gravidez, persistindo no pós-parto, o que ratifica que a depressão gestacional predispõe a depressão materna (Iaconelli, 2005; Aliane et al., 2011). Sandra não teve tratamento algum, Deise teve acompanhamento psicoterápico no período que o episódio depressivo passado ocorreu e Paula já teve acompanhamento psiquiátrico em alguns momentos de sua vida, retomando durante a gravidez após sua tentativa de suicídio. Por fim, duas participantes (Sandra e Paula) enfatizaram que a separação conjugal em suas vidas foram eventos marcantes, que contribuíram para o estado depressivo (Iaconelli, 2005).

No eixo *história da gestação e do parto*, averiguou-se que nenhuma gravidez foi planejada, outro fator de risco ao transtorno (Camacho et al., 2006), e todas resultaram de relacionamentos amorosos recentes. Percebe-se, nesse sentido, que o não planejamento foi uma característica das histórias de vida de duas mães (Sandra e Deise) que se repetiu na história dos filhos. A reação diante da descoberta da gestação foi ambivalente nos três casos: Sandra ficou surpresa, incrédula e muito emocionada, mas descontente porque queria ter engravidado do ex-companheiro; Deise ficou, num primeiro momento, apavorada, chegando a pensar num aborto, mas desistiu porque ficou muito emocionada ao ouvir pela primeira vez o coração do filho; e Paula ficou feliz porque queria uma menina, mas triste e assustada porque não desejava aquela gravidez. De acordo com Tachibana, Santos e Duarte (2006), a ambivalência é comum nesse período, especialmente quando se trata de uma situação não planejada pela mãe, havendo aspectos conscientes e inconscientes. As autoras defendem que, apesar de indesejada, uma gestação, do ponto de vista da fantasia, poderia auxiliar as mulheres que se sentem fragilizadas numa via sublimatória, e o repúdio pode ser em função de que a gravidez não conseguiu realizar tal fim sublimatório.

Ademais, durante a gestação, todas passaram por distintos eventos estressantes, como risco de aborto, repouso total e isolamento (Sandra), críticas da família (Deise) e brigas, separação e tentativa de suicídio (Paula), corroborando a literatura (Aliane et al., 2011). Em relação ao estado emocional naquele período, choro fácil, tristeza e insegurança diante do novo papel foram unânimes, evidenciando o estado depressivo gestacional, assim como sentimentos que são comuns, especialmente a primíparas, de incertezas diante de sua nova função (Simas, Souza, & Scorsolini-Comin, 2013). Quanto ao parto, com exceção de Deise, que teve que realizar uma cesárea de urgência, não ocorreram problemas e foram tranquilos.

Outro aspecto que aparece no eixo diz respeito ao primeiro contato com o bebê, que foi carregado de emoção para todas: Sandra chorou de felicidades ao ver Luan, Deise sentiu-se transformada e percebeu seu papel materno e, para Paula, foi muito bom porque a filha foi sua “luz”. Pode-se compreender, pelo discurso de cada participante, que o nascimento do filho foi um acontecimento importante porque as mães podem ter experimentado uma sensação de completude, sendo os bebês colocados num lugar de objeto de desejo das mães (Jerusalinsky, 2011). Assim, parece que as mães, que já estavam num estado depressivo desde a gravidez, tomaram seus filhos como tábua de salvação.

No eixo *relação mãe-bebê e experiência da maternidade*, observou-se que a percepção sobre a maternidade foi bastante peculiar para cada caso. Sandra percebe-se muito mudada, especialmente, quanto à relação com as pessoas, e não refere na entrevista aspectos negativos. Já Deise tem uma concepção ambivalente: por um lado, destaca a maturidade que desenvolveu e o desejo de lutar para proporcionar uma boa vida ao filho, contudo, por outro, sente-se sem liberdade para fazer coisas que fazia antes de ter o bebê. Por fim, o relato de Paula evoca atenção por ter sido mencionado apenas um aspecto: a responsabilidade.

Apesar de singulares, pode-se dizer que os pontos mencionados pelas mães sobre a percepção da maternidade referem-se à reorganização da identidade citada por Stern (1997). O autor propõe que, no período da maternidade, a mãe precisa transformar-se e reorganizar sua identidade, a fim de que possa permitir e facilitar o desempenho da função materna. Esse processo demanda um novo trabalho psíquico e é necessário para que a mãe “altere seus investimentos emocionais, sua distribuição de tempo e energia, e suas atividades” (p. 169). Dessa forma, as participantes mencionaram as mudanças que foram significativas para elas nesse caminho de reestruturação identitária.

Além disso, Sandra e Paula revelaram que o retorno ao trabalho foi um evento difícil. Sandra admitiu que, no seu caso, a dificuldade estava nela em se separar do bebê e da rotina que levavam juntos, ao passo que Luan ficou tranquilo e adaptou-se bem. Paula referiu que foi a filha que sentiu dificuldades, pois começou a apresentar resistência na alimentação e no desmame, e a mãe não deixou claro como foi pra si essa situação. O relato de ambas ratifica que o afastamento temporário da dupla devido ao retorno da mãe ao trabalho tende a provocar um estado de estresse na mãe, podendo trazer efeitos na relação mãe-bebê (Schwengber & Piccinini, 2005).

Sobre os cuidados iniciais com o bebê, nenhuma das participantes mencionou ter tido dificuldades nos primeiros dias, confrontando a literatura (Sousa et al., 2011) e levando à suposição de que isso está associado ao fato de já estarem deprimidas desde a gestação, uma

vez que não houve uma mudança inesperada no humor que as impedisse de cuidar dos filhos. Quanto à relação mãe bebê, Sandra foi quem demonstrou maior segurança ao mencionar a boa interação com Luan, a quem procura dedicar um tempo para brincar. Também, acha fácil compreender o choro e as expressões do filho e, de forma contraditória, diz que não se considera perfeita, entretanto nunca errou com o filho. Ela foi a única participante que não conseguiu amamentar o bebê, ficou chateada e sentiu-se culpada por isso, evidenciando que suas condições emocionais refletiram nesse processo. Assim, sua segurança pode ter relação com o fato de ela ser a participante mais velha e estar estável profissional e financeiramente. Ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar aspectos de negação em seu discurso relacionados à sua característica de autossuficiência, que dificulta que ela assuma que é possível falhar nos cuidados com o filho sem que isso a torne uma mãe pior.

A respeito da interação, Deise destacou a presença da própria mãe na relação com o bebê, tanto que considera ele é mais ligado emocionalmente à avó. Em relação a isso, demonstrou-se ambivalente, pois referiu satisfação com a ajuda da mãe, mas também incômodo pelas intervenções que ela faz. Outra vez, pode-se relacionar isso à reorganização identitária própria à maternidade (Stern, 1997), pois, para Deise, seu lugar de filha está bem estabelecido, ao passo que o lugar de mãe ainda está em construção, e se a avó materna assume em demasia funções com o bebê, talvez seja porque Deise não está conseguindo romper com isso, tendo um ganho psíquico com a situação. Ademais, conseguiu amamentar o filho desde os primeiros dias e, no momento, está tentando desmamá-lo, algo que considera difícil para a dupla. No mesmo sentido, supõe-se que é difícil para Deise pois este é um momento único entre a díade e uma tarefa na qual a avó materna não pode interferir ou fazer por ela.

Paula foi quem mais deixou claro que a presença dos sintomas de depressão dificultou a relação com a filha, pois começou a ficar muito frágil e sem condições de cuidá-la nos primeiros meses do bebê. Também, muitas vezes não consegue interpretar o choro da criança, que parece sem motivo aparente, confirmando que a depressão dificulta que a mãe traduza o que o seu bebê quer comunicar (Schwengber & Piccinini, 2003). Atualmente, esforça-se para interagir e brincar com o bebê, procura cuidar da filha sem “descontar” nela sua fragilidade, porém às vezes elas não se entendem em função do temperamento da criança. Ademais, está tentando desmamá-la, porém esse processo está difícil para o bebê, que apresentou alergia à lactose e recusa alimentos novos, talvez como uma forma de ficar no peito materno.

A análise do IAP dos três casos sinalizou que as mães mostraram uma sensibilidade boa (exceto Deise, que foi excelente), estruturação inconsistente (exceto Deise, que foi excelente), postura parcialmente intrusiva e com hostilidade encoberta (exceto Sandra, que não foi hostil). Esse resultado vai ao encontro do que afirmam Fonseca et al. (2010), que a estruturação proporcionada pela mãe tem correlação positiva com o apoio social percebido por ela, e todas as mães, em algum momento, revelaram essa carência, com exceção de Sandra, que não deixa claro o apoio familiar que recebe. Além disso, todas foram parcialmente intrusivas, corroborando Schwengber e Piccinini (2004), que sinalizam que mães com indicadores de depressão apresentam maior intrusividade na interação mãe-bebê.

Quanto ao comportamento dos bebês, a responsividade de Leandro e de Natália foi moderada, e a de Luan, foi fraca. Conforme Fonseca et al. (2010), bebês de mães deprimidas são mais responsivos quando há maior condição de disponibilidade materna adequada, o que faz supor que as mães, no momento, não conseguem oferecer uma disponibilidade apropriada. Chama a atenção, também, que os bebês das mães que tiveram, em algum momento, suporte psicológico ou psiquiátrico, tiveram uma responsividade maior que aquele cuja mãe não teve qualquer tipo de acompanhamento. Em relação ao envolvimento, salvo Leandro, que foi excelente, o restante foi fraco, o que leva ao pressuposto que uma mãe com depressão encontra dificuldades de convocar seus bebês a ponto de envolvê-los suficientemente com o que elas propõem.

No eixo *relacionamento conjugal e familiar*, as participantes mencionaram a questão do suporte do pai na gravidez e nos cuidados com o bebê, que é um importante fator protetor ou amenizador da depressão materna (Silva, 2007). Sandra foi a única que expressou satisfação com o apoio do pai, elucidando o quanto isso é importante para o bebê e, também, para ela, para que possa cuidar de suas questões e de si. Contudo, Deise e Paula queixaram-se bastante por se sentirem desamparadas, visto que ambos os pais desconfiaram de que os filhos não eram deles e estão distantes dos bebês desde os primeiros dias.

Outro ponto referido foi a relação com a família de origem após a chegada do bebê e o apoio recebido, fator também importante para proteger a díade e atenuar os efeitos negativos do transtorno (Aliane et al., 2011). Para Sandra, não existem dificuldades tanto com a família materna quanto a paterna, e o bebê acaba sendo motivo para se encontrarem mais, contudo ela traz pouca informação sobre a família, o que pode atestar sua característica de autossuficiência. Já para Deise, ela depende totalmente de sua família para sustentar o bebê, então sente-se apoiada por eles ao mesmo tempo em que se sente incomodada pela

falta de autonomia e a postura invasiva da avó materna. Para Paula, parte da família a apoia, que é sua irmã e sua mãe, porém mantém uma relação distante com o pai.

No eixo *sintoma(s) do bebê*, percebe-se que a área do comportamento foi a que se destacou entre os sintomas manifestados, indo ao encontro do dado apresentado por Robert-Tissot et al. (1996), que o sintoma comportamental é um dos mais frequentes e acomete 21% das crianças até 15 meses. Esse sintoma se expressou em Luan e Natália, que são bebês brabos, choram muito e acabam batendo a cabeça na parede quando têm ataques de raiva, sendo que essas crises ocorrem com frequência, contudo apenas Natália é agressiva com outras pessoas, especialmente com a mãe. Os sintomas psicofuncionais restantes apareceram isoladamente: sono em Luan (sintoma também prevalente, manifestando-se em 52% de bebês até 15 meses, conforme Robert-Tissot et al., 1996), e alergia, digestão e respiração em Natália. Diante disso, surpreendeu o fato de não aparecer o sintoma na área da alimentação, uma vez que ele é o mais frequente e afeta 70% dos bebês (Mazet & Stoleru, 1990).

Em todos os casos, os sintomas estavam vinculados, de certa forma, à presença da mãe, ratificando que a manifestação de sintomas precoces aponta para uma dificuldade na interação mãe-bebê (Pinto, 2004). Sandra relata que os ataques de raiva do bebê só acontecem em casa, com ela. Deise refere que o bebê só consegue dormir no seu colo e é ela que deve fazê-lo dormir; mas quando a avó tenta fazê-lo dormir, não encontra dificuldades. Paula faz menção, quanto ao sintoma comportamental, que as agressões do bebê são dirigidas a ela. Porém, apenas Sandra e Deise identificam dificuldades emocionais próprias que, para elas, contribuem para a manutenção do sintoma dos filhos.

Dessa maneira, ficou evidente que a depressão materna, em alguma medida, acarretou implicações à relação mãe-bebê em todos os casos. Assim, permite inferir que uma mãe deprimida, por sua fragilidade emocional, e se não tem um suporte adequado, falha numa das tarefas primordiais da maternidade que é facilitar o desenvolvimento das operações psíquicas de suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, alternância presença e ausência e alterização (Jerusalinsky, 2002). Essas operações são imprescindíveis à constituição psíquica do bebê e, quando algo fracassa nessa estruturação, a criança, que não tem um aparato psíquico maduro para elaborar os conteúdos emocionais (Edelstein, 2000), defende-se através do meio que pode se expressar: seu corpo.

O bebê precisa que quem ocupa a função materna, que nos casos analisados é a mãe, pressuponha que seu corpo quer manifestar algo e, assim, consiga traduzir-lhe por meio de palavras, gestos e cuidados. Entretanto, a depressão materna prejudica a disponibilidade emocional, a capacidade de compreensão e interpretação da demanda do filho, e essa

condição, quando permanente, impede que ela faça as traduções necessárias para que o corpo do bebê não seja afetado, o qual é usado demasiadamente como via de expressão para denunciar seu sofrimento, fazendo-o defender-se precocemente por meio do sintoma psicofuncional.

Considerações Finais

Este estudo revelou que as participantes estavam expostas a diversos fatores de risco ao desenvolvimento da depressão materna, sendo aqui destacados os que foram comuns a todas: histórico de depressão em outros momentos de vida, gravidez não planejada, ocorrência de depressão gestacional, ser mãe solteira e vivência de eventos estressantes na gravidez. Além disso, pela depressão tratar-se de uma psicopatologia multifatorial, é relevante mencionar o quanto os aspectos psicodinâmicos estiveram presentes em seus relatos, sendo fatores bastante singulares para cada caso, conforme a história de vida de cada uma.

Outra questão comum a todas refere-se à relação da presença da mãe na manifestação do(s) sintoma(s) do filho, pois, nos três casos, os bebês expressavam intensamente seus sintomas quando estavam sob os cuidados delas. Assim, entende-se esse fenômeno como um efeito provocado pela depressão materna, sendo o sintoma uma forma de as crianças expressarem seu sofrimento devido à carência no exercício da função materna e nas tarefas que ela exige. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo sentidos.

Pode-se dizer que o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão sobre a depressão materna e sua relação com a sintomatologia precoce na primeira infância. Ademais, considerando a relevância da identificação precoce de sinais de depressão na gestante ou na mãe, assim como de sintomas psicofuncionais em bebês, esta pesquisa atenta para a necessidade de um olhar diferenciado à saúde psíquica da dupla mãe-bebê. A partir dessa perspectiva clínica, é possível tratar e prevenir psicopatologias à díade de forma prematura, evitando a instalação de estados mais graves e prejudiciais. Ao mesmo tempo, essa postura permite a promoção de saúde e, para isso, é imprescindível a atuação dos profissionais de saúde na atenção à dupla, sendo o EPDS um facilitador devido à sua praticidade e acessibilidade. Esse foi um aspecto que não apareceu nos casos estudados, pois as mães, que já estavam deprimidas desde a gestação, não receberam qualquer tipo de

atendimento especializado, com exceção de Paula que chegou a uma situação excepcional (tentativa de suicídio). Fica, então, o questionamento: caso as mães tivessem acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico desde quando apresentaram os primeiros sinais do transtorno, elas teriam desenvolvido depressão materna posteriormente e, por conseguinte, os bebês teriam manifestado sintoma? Não é possível apresentar respostas precisas a esta pergunta, porém pode-se afirmar seguramente que a intervenção precoce poderia trazer benefícios e amenizaria riscos.

Em relação às limitações desta pesquisa, cita-se o fato de o Questionário Symptom – Check-List, empregado para a identificação dos sintomas psicofuncionais nos bebês, não estar ainda validado no Brasil e não ter protocolo para a interpretação dos resultados, sendo tal validação essencial para estudos posteriores que envolvam essa temática. Além disso, apesar do emprego do M.I.N.I., que é um instrumento diagnóstico, foram estudados casos que apresentavam indicadores de depressão, sem confirmação diagnóstica, o que pode ser compreendido como uma restrição importante. Ao mesmo tempo, como já mencionado, isso revela que este instrumento não foi sensível à identificação da depressão materna, abrindo um campo de discussão sobre o diagnóstico, a necessidade de estudos na área e a elaboração de instrumentos apropriados.

Portanto, espera-se que esta pesquisa tenha fomentado o desenvolvimento científico na área, trazendo subsídios à construção de estratégias de prevenção e de promoção de saúde mental. Entretanto, sabe-se que ela não esgotou as possibilidades de estudos sobre o assunto, sendo de fundamental importância a continuidade da investigação em estudos futuros. Assim, sugere-se a realização e avaliação de intervenções clínicas junto à dupla mãe-bebê, de estudos longitudinais que possibilitem o acompanhamento dessas crianças e, também, a efetuação de pesquisas de prevalência dos sintomas psicofuncionais na primeira infância, tendo em vista a carência de dados atuais.

Referências

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2013). *Critério de classificação econômica Brasil*. Retirado de <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>
- Aliane, P. P., Mamede, M. V., & Furtado, E. F. (2011). Revisão sistemática sobre fatores de risco associados à depressão pós-parto. *Psicologia em Pesquisa*, 5(2), 146-155. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>

- Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Alvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A. B., Ortiz-Rocha, S. G., Garcia-Lopez, C. R., Sandoval-Herrera, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gaceta médica de México*, 146(1), 1-9. Retirado de <http://www.medigraphic.com/>
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-IV* (4ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-5* (5ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini Mental Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115. doi:10.1590/S1516-44462000000300003
- Atem, L. M. (2003). Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(3), 30-42. Retirado de <http://www.redalyc.org/>
- Ballestrem, C. L., Straub, M., & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. *Archive of Women's Mental Health*, 8, 29-35. Resumo retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Batista, G. S., Freitas, A. M. F. D., & Haack, A. (2009). Alergia alimentar e desmame precoce: uma revisão do ponto de vista nutricional. *Comunicação em ciências da saúde*, 20(4), 351-359.
- Biringer, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The emotional availability scales. *Attachment & Human Development*, 2(2), 256-270. doi:10.1080/14616730050085626
- Brum, E. H. M. de. (2006). A depressão materna e suas vicissitudes. *Revista Psychê*, 19, 95-108. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Brum, E. H. M. de., & Oliveira, D. (2012). Depressão pós-parto: divergências conceituais. *Revista Saúde Mental em Foco do CESUCA*, 1, 1-23. Retirado de <http://ojs.cesuca.edu.br/>
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no

- puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102. doi:10.1590/S0101-60832006000200009
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Moraes, A. B. de. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. doi:10.1590/1982-0216201418812
- Carvalho, E. D., & Hartmann, J. B. (2009). Feridas abertas: identificando sentimentos maternos em adolescentes grávidas desamparadas. *Saúde e Pesquisa*, 2(1), 69-80.
- Costa, A. J., Silva, G. A., Gouveia, P. A., & Pereira-Filho, E. M. (2004). Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. *Jornal de Pediatria*, 80(4), 291-295. doi:10.1590/S0021-75572004000500008
- 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, 782-86. Retirado de <http://bjp.rcpsych.org/>
- Cramer, B., & Palacio-Espasa, F. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebê. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L., & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(4), 181-188. doi:10.1590/S0100-72032005000400004
- Donelli, T. M. S. (2003). *O parto no processo de transição para a maternidade*. (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Edelstein, T. M. (2000). A interação mãe-bebê: os sintomas psicossomáticos e o pediatra. *Revista Pediatria Moderna*, 36(1-2), 70-74
- Edhborg, M., Hogg, B., Nasreen, H. E., & Kabir, Z. N. (2013). Impact of postnatal maternal depressive symptoms and infant's sex on mother-infant interaction among Bangladeshi women. *Health*, 5(2), 237-244. doi:10.4236/health.2013.52032
- Feldman, R. (2003). Infant-mother and infant-father synchrony: the coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24, 1-23. doi:10.1002/imhj.10041
- Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., & Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Jornal de Pediatria*, 89(4), 332-338. doi:10.1016/j.jped.2012.12.002
- Folino, C. da S. G. (2008). *Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/>

- Frizzo, G., & Piccinini, C. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 47-55.
doi:10.1590/S1413-73722005000100007
- Fonseca, V. R. J., Silva, G. A. da., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
doi:10.1590/S0102-311X2010000400016
- Ganhito, N. C. P. (2002). Dormir nos braços da mãe. *Psyque*, 6(10), 65-84.
- Hamdan, A., & Tamin, H. (2011). Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 125-133. doi:10.1007/s00737-010-0189-8
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 210-213.
- Inglez-Mazzarella, T. (2006). *Fazer-se herdeiro: a transmissão psíquica entre gerações*. São Paulo, SP: Escuta
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem*. Salvador, BA: Editora Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2011). *A criação da criança. Brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador, BA: Editora Ágalma.
- Jerusalinsky, J., & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355-1373.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 31-52.
doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. de A., Vanila, R. G., Silva, R. A. da., & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88-93. doi:10.1590/S0047-20852010000200002
- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez*. (17ª. ed.). São Paulo, SP: Saraiva.

- Marcelli, D., & Cohen, D. (2010). *Infância e psicopatologia* (8ª. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Marin, H. A., Donelli, T. M. S., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2009). Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. *Aletheia*, 29(1), 57-72. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org>
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1(11), 85-94. doi:10.14417/ap.122

Prochnow, L. P. (2005). *A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio*. (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>

- 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. doi:10.1590/S1413-294X2003000300007
- Schwengber, D. D. D. 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. doi:10.1590/S0102-37722004000300004
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156. doi:10.1590/S0103-166X2005000200004
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57. Retirado de <https://www.musc.edu/>
- Silva, M. da R. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê* (Tese de Doutorado). Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/>
- Silva, F. C. S. da., Araújo, T. M. de, Araújo, M. F. M. de, Carvalho, C. M. de L., & Caetano, J. A. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 411-416. doi:10.1590/S0103-21002010000300016
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19-34. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Sousa, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. doi:10.1590/S0102-79722011000200015
- Stephan, A. M. S., Costa, J. S. D. D., Stephan, L. S., & Secco, A. F. B. (2010). Prevalência de sintomas de asma em lactentes, pré-escolares e escolares em área coberta pelo Programa Saúde da Família, Pelotas, RS, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 19(2), 125-132.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Szejer, M. (1999). *Palavras ao nascer. Escuta psicanalítica na maternidade*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Tachibana, M., Santos, L. P., & Duarte, C. A. M. (2006). O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê*, 10(19), 149-167. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/>
- Urdaneta M., M. J., Rivera, S. A., García I., J., Guerra V., M., Baabel Z., N., & Contreras B., A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. doi:10.4067/S0717-75262010000500007
- Wiese, E. B. P., & Leenders, F. (2006, July). *Interaction Assessment Procedure – IAP: a qualitative approach to parent/infant interaction*. Trabalho apresentado em 10th World Association for Infant Mental Health Congress, Paris, FR. Resumo Retirado de <http://www.waimh.org/>
- Wiggs, L. (2012). Serviços e programas eficazes para o manejo de distúrbios do sono do bebê e da criança e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5 anos). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*, 1-7. Retirado de <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/WiggsPRTxp1.pdf>
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4^a ed.) Porto Alegre, RS: Bookman.

Considerações Finais da Dissertação

A proposta do presente estudo foi compreender a manifestação dos sintomas psicofuncionais em bebês cujas mães tenham indicadores de depressão, a partir de uma visão psicanalítica. Com a realização da revisão sistemática apresentada na seção I, cujo intuito foi conhecer o panorama científico das pesquisas sobre o tema com embasamento psicanalítico, foi possível perceber o quanto a temática vem sendo estudada, sobretudo, teoricamente, e pouco investigada empiricamente, o que evidenciou uma lacuna importante, respaldando a realização da pesquisa empírica situada na seção II.

Dessa forma, um ponto fundamental que pode ser ressaltado é a premência com que a psicanálise deve se inserir no campo de investigação empírica, pois algumas experiências embasadas nesse referencial (Folino, 2008; Kupfer et al., 2010; Carlesso, Souza, & Moraes, 2014) vêm demonstrando que isso é possível, sem prescindir de seus preceitos. No mesmo sentido, impreterivelmente faz-se necessária a construção de instrumentos fundamentados nessa teoria que subsidiem tanto a pesquisa, quanto a prática clínica, tal como os Indicadores Clínicos de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI's) (Kupfer et al., 2010). Acredita-se que o investimento no campo empírico trará, cada vez mais, aperfeiçoamento à intervenção clínica.

Assim, a pesquisa empírica realizada neste trabalho veio ao encontro dessa questão, tendo como pano de fundo a psicanálise como forma de compreensão da manifestação precoce de sintomas em bebês no contexto da depressão materna. Os seus resultados apontaram o quanto as mães estavam permeadas por fatores de risco à expressão de sinais de depressão, e que o estado emocional teve efeito negativo sobre a relação mãe-bebê em todos os casos, levando ao entendimento de que uma mãe com uma fragilidade psíquica causada pela depressão tem dificuldades no exercício da maternidade, no desenvolvimento da função materna e nas incumbências que esse lugar implica. Um bebê, por não ter seu aparelho psíquico ainda bem-desenvolvido a ponto de conseguir simbolizar suas emoções, precisa que a mãe traduza a ele o mundo à sua volta, interprete o que ele expressa corporalmente, sendo isso fundamental a uma interação saudável entre a dupla. Essa relação é um aspecto fundamental à constituição psíquica do bebê (Jerusalinsky, 2002), contudo, quando a mãe não consegue desempenhar seu papel e, por conseguinte, estabelecer um laço afetivo benéfico com o filho, faz com que ele, como uma forma de defesa, encontre no corpo uma forma de descarregar os conteúdos emocionais (Edelstein, 2000), que se expressam por meio de um sintoma psicofuncional.

Isto posto, salienta-se que as mães participantes não se sentiam totalmente apoiadas nesse momento de suas vidas, o que se configura como outro fator de risco. É importante, então, ressaltar a importância da família nesse suporte às mães com sintomas de depressão, tendo em vista que elas podem não se encontrar em condições adequadas para cuidar do bebê, estando em risco a saúde mental de ambos. Assim, entende-se que esses aspectos devem ser considerados pelos profissionais de saúde que trabalham com gestantes, mães e seus bebês.

Chama a atenção o fato de que todas as participantes já tinham apresentado depressão num momento anterior à gestação, apresentaram depressão na gestação e no pós-parto, entretanto nenhuma referiu nas entrevistas terem tido alguma assistência em função disso, salvo uma das mães que tentou suicídio. Diante disso, surgem alguns questionamentos: por que, em função dos sinais de depressão, essas mães não receberam atenção durante a gestação? Será que é necessário chegar ao ponto de uma tentativa de suicídio para uma mulher grávida em sofrimento poder ser olhada atentamente?

A literatura sinaliza a importância da detecção e intervenção precoce nos casos que envolvem a saúde mental materno-infantil, pois assim o prognóstico é significativamente mais favorável (Atem, 2003; Iaconelli, 2005; Schmidt et al., 2005; Schwengber & Piccinini, 2005; Brum & Schermann, 2006; Mello et al., 2009; Carlesso & Souza, 2011; Sousa et al., 2011; Brum & Oliveira, 2012). Porém, conforme o relato das mães, esse processo parece ser, atualmente, inexistente ou apresentar muitos percalços. Desta forma, resalta-se a importância de o campo de atuação junto a esse público problematizar constantemente suas práticas e intervenções, pois um olhar clínico sensível a esses aspectos pode ser decisivo na prevenção ou na amenização de um quadro psicopatológico mais grave.

Neste sentido, entende-se que uma das principais limitações deste estudo foi não oferecer uma intervenção junto às duplas mães-bebês participantes. Como se defendeu supra a relevância da detecção precoce de sinais psicopatológicos que permita uma intervenção a tempo nesses casos, intervir junto às díades seria um meio fundamental nesse processo. Conforme os procedimentos éticos desta pesquisa, as duplas foram encaminhadas à rede de saúde de seus municípios, entretanto isso não é garantia de que elas buscaram ou foram atendidas de imediato. Assim, sugere-se que futuros estudos possam focar nessa questão, aliando a pesquisa à prática clínica.

Outro aspecto já referido ao longo do trabalho e que merece ainda destaque diz respeito à elaboração de um constructo diferenciado para a depressão materna, desvinculando-a da depressão maior, tal como é concebido atualmente. Estudiosos

renomados na área da maternidade, da relação mãe-bebê e da primeira infância, como Stern (1997), Cramer & Palacio-Espasa (1993) e Jerusalinsky (2002), sinalizam as peculiaridades desse momento para a mulher-mãe e de sua importância para a constituição psíquica de uma criança, logo a depressão materna não se expressa da mesma maneira que um estado depressivo em outro momento de vida, merecendo que seus pontos singulares sejam considerados.

Acredita-se que repensar esse constructo poderá facilitar a prática dos profissionais de saúde na detecção da depressão no contexto da maternidade, pois sairá de uma visão reducionista, focada estritamente em sinais observáveis na mãe, para uma visão mais ampla e legítima. Assim, esta perspectiva deverá estar atenta a aspectos observáveis na interação mãe-bebê, na forma dos cuidados da mãe com relação ao filho, nas facilidades ou dificuldades encontradas que podem ser observadas pelo clínico ou ser escutadas no discurso materno a respeito das expectativas sobre o momento, o futuro e a criança.

Enfim, espera-se que esse trabalho contribua não somente para trazer reflexões, mas especialmente para contribuir no estabelecimento de estratégias efetivas no campo da saúde que visem, de fato, à detecção e à intervenção precoces, promovendo saúde às díades mãe-bebê. Também, almeja-se que as limitações apresentadas inspirem futuras pesquisas, de modo a contribuir com o desenvolvimento científico nessa área tão importante e complexa.

Referências

- Atem, L. M. (2003). Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(3), 30-42. Retirado de <http://redalyc.org/>
- Brum, E. H. M. de., & Oliveira, D. (2012). Depressão pós-parto: divergências conceituais. *Revista Saúde Mental em Foco do CESUCA*, 1, 1-23. Retirado de <http://ojs.cesuca.edu.br/>
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, 37(2), 151-158. Retirado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/>
- Carlesso, J. P. P., & Souza, A. P. R. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 13(6), 1119-1126. doi:10.1590/S1516-18462011005000085
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Moraes, A. B. de. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. doi:10.1590/1982-0216201418812
- Cramer, B., & Palacio-Espasa (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Edelstein, T. M. (2000). A interação mãe-bebê: os sintomas psicossomáticos e o pediatra. *Revista Pediatria Moderna*, 36(1-2), 70-74.
- Folino, C. da S. G. (2008). *Encontro entre a psicanálise e a pediatria: impactos da depressão puerperal para o desenvolvimento da relação mãe-bebê e do psiquismo infantil* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/>
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41(4), 1-6. Retirado de <http://www.institutogerar.com.br/>
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem*. Salvador, BA: Editora Ágalma.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(1), 31-52. doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003

- Mello, E. L., Maia, S. M., & Silva, M. A. de A. (2009). Voz cantada e a constituição da relação mãe-bebê. *Revista CEFAC*, 11(1), 127-133. doi:10.1590/S1516-18462009005000006
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156. doi:10.1590/S0103-166X2005000200004
- Sousa, D. D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(2), 335-343. doi:10.1590/S0102-79722011000200015
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Autor(es) (Afiliação institucional)	Ano	Tipo (Delimitação)	Revista (Área)	Objetivo(s)	Instrumentos	Participantes	Principais resultados e conclusões
2 Atem, L. M. (PUCSP)	2003	Artigo (Teórico)	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (Psicologia)	Investigar a clínica com bebês desde o ponto de vista da depressão materna. Avaliar os efeitos da depressão e da angústia materna sobre o bebê recém-nascido. Investigar as reações do bebê à depressão, partindo da observação de que os bebês são capazes de reagir, defender-se e oferecer saídas em condições de intensa carga afetiva, tal como o são a depressão ou crises agudas de angústia	Estudo teórico	Estudo teórico	Elabora-se a hipótese de o bebê funcionando como um “anteparo à angústia materna” e minimizando os efeitos da angústia para a mãe e para si. Tal hipótese traz novas e importantes aberturas para a clínica, uma vez que permite que novas formas de intervenção sejam realizadas diretamente com os bebês, ampliando o horizonte clínico e criando indagações ainda no tocante à psicopatologia e metapsicologia psicanalíticas.

4	Iaconelli, V. (USP)	2005	Artigo (Relato de caso)	Revista Pediatria Moderna (Psicologia / Psicanálise)	Realizar o relato de quatro casos de mulheres com depressão pós-parto, propondo uma articulação teórico-prática.	Estudo teórico	Relato de caso	É importante os profissionais de saúde estarem cientes das diferenças entre DPP e Tristeza Materna e conhecer os fatores de risco que aumentam a probabilidade de uma DPP para possibilitar a intervir precocemente, o que melhora muito o prognóstico.
---	------------------------	------	--------------------------------	---	--	----------------	----------------	---

6	Arrais, A. da R. (UNB)	2005	Tese de doutorado (Empírico qualitativo – estudo epistemológico qualitativo)	(Psicologia)	Compreender as configurações subjetiva que estão na base da depressão pós-parto em mães com este diagnóstico.	1) Entrevista de triagem 2) Grupo de apoio e orientação às mães com DPP 3) Instrumento de complemento de frases	13 mães	O ideal de maternidade, historicamente apresentado às mulheres como natural e instintivo, integrado a outros elementos subjetivos se potencializam na configuração subjetiva da maternidade, por meio dos sintomas da DPP. Os sentidos subjetivos da DPP não estão limitados ao espaço simbólico, nem real da maternagem em si, mas está integrado por núcleos de sentido subjetivo gerados em outras zonas de sentido da vida da mulher. Assim, a DPP tem configurações subjetivas que se constituem de uma multiplicidade de sentidos altamente subjetivos da história de vida da pessoa. Por isso, este estudo serviu para reforçar a crítica à padronização e patologização da DPP, preferindo considerar a mãe sob este diagnóstico como uma mulher recém-parida em sofrimento.
---	---------------------------	------	---	--------------	---	---	---------	--

8	Brum, H. M. de B. (não consta)	2006	Artigo (Relato de caso)	Psychê (Psicologia)	Alertar sobre o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil	Estudo teórico	Relato de caso	Uma das questões que dificulta o acesso da dupla mãe-bebê para psicoterapia pode ser porque as intervenções precoces e a psicoterapia mãe-bebê configuram-se como descobertas recentes e necessitam de divulgação.
---	-----------------------------------	------	--------------------------------	----------------------------	--	----------------	----------------	--

10	Martins, R. A. O. (PUCSP)	2006	Dissertação de mestrado (Empírico qualitativo – estudo de caso único)	(Psicologia)	Compreender o psicodinamismo na depressão puerperal, sua etiologia e significação na história da mãe, através do estudo de um caso.	1) Psicoterapia Individual 2) Entrevista livre 3) Entrevista semiestruturada 4) Entrevista devolutiva	1 mãe	A DPP pode surgir como decorrência de falhas no desenvolvimento emocional primitivo materno, principalmente com aquelas relacionadas à vivência da posição depressiva, aos desdobramentos do narcisismo primário e da constituição do superego, e à experiência que teve no seu próprio nascimento.
----	------------------------------	------	--	--------------	---	--	-------	---

12	Borsa, J. C. (PUCRS) Feil, C. F. (PUCRS) Paniagua, R. M. (PUCRS)	2007	Artigo (Teórico)	Psicologia.com.pt (Psicologia)	Realizar uma revisão teórica acerca da depressão pós-parto, enfatizando a relação mãe-bebê e o vínculo que se estabelece nestes casos	Estudo teórico	Estudo teórico	Em casos de DPP, o vínculo mãe-bebê nem sempre acontece de forma satisfatória e as dificuldades maternas para atender à demanda do seu bebê podem interferir negativamente no seu desenvolvimento. Muitos aspectos relacionados à DPP ainda não estão totalmente esclarecidos. O que se sabe, contudo, é que novos estudos sobre este tema são importantes, considerando a relevância de conhecer a etiologia e características da DPP bem como suas implicações para o desenvolvimento da criança.
----	---	------	-------------------------	---------------------------------------	---	----------------	----------------	---

16	Alt, M. dos S. (UNISINOS) Benetti, S. P. da C. (UNISINOS)	2008	Artigo (Relato de caso)	Psicologia em Estudo (Psicologia)	Discutir o caso clínico de uma mulher em psicoterapia psicanalítica que apresentou um quadro depressivo grave no primeiro ano de vida de sua filha e reviveu esses sintomas quando esta ingressou na puberdade, movimento que demandou ajustamentos na função parental	Estudo teórico	Relato de caso	Verifica-se a necessidade de atenção específica aos casos de transtornos emocionais na maternidade nas diferentes etapas do desenvolvimento, tanto do ponto de vista das necessidades infantis como das maternas, destacando-se as manifestações de dificuldades na relação mãe-filho. Nem todas as situações refletirão dificuldades severas, mas é preciso reconhecer o esforço psíquico de mulheres que tiveram dificuldades iniciais de vínculo, permitindo o acesso às vivências depressivas iniciais.
----	--	------	--------------------------------	--	--	----------------	----------------	---

18	Mello, E. L. (PUCSP) Maia, S. M. (PUCSP) Silva, M. A. de A. (PUCSP)	2009	Artigo (Empírico qualitativo – estudo de caso único)	Revista CEFAC (Multidisciplinar: biologia, psicanálise, fonoaudiologia)	Refletir sobre uma faceta da constituição da relação mãe-bebê, que se fez presente no uso criativo da voz cantada da mãe, na comunicação com o seu bebê	1) Terapia corporal	1 mãe	No início do tratamento, a mãe apresentava um quadro de DPP. Após as sessões, ela conseguiu estabelecer contato com seu bebê, de modo prazeroso; por meio da emissão da voz cantada, estabeleceu a primeira forma de comunicação e não mais apresentou o quadro de dor e perda da voz. A possibilidade de reconhecimento, do bebê por sua mãe, teve a corporeidade como aliada, na conjunção dos corpos da mãe e do bebê, o que favoreceu o estabelecimento de uma comunicação com sintonia de ritmos, por meio da entoação de música cantada, que levou à constituição do bebê enquanto pessoa integrada.
----	--	------	---	--	---	---------------------	-------	--

20

Brum, E. H. de.
(UFRGS)

2010

Tese de
doutorado

(Psicologia)

Investigar o processo psicoterápico através da análise das intervenções do terapeuta e dos insights associados a elas durante uma psicoterapia pais-bebê, em famílias em que a mãe apresentava depressão pós-parto

- 1) BDI
- 2) Entrevista diagnóstica
- 3) Ficha de contato inicial
- 4) Psicoterapia breve pais-bebê
- 5) Entrevista sobre a gestação e o parto
- 6) Entrevista sobre a experiência da maternidade
- 7) Entrevista de dados demográficos
- 8) Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê

2 tríades
pai-mãe-
bebê

As intervenções de interpretação, esclarecimento e encenação estiveram associadas a um maior número de mudanças ao longo da psicoterapia, e se constituem em importantes fatores no tratamento de pais e seus bebês. As demais intervenções examinadas também se mostraram relevantes, principalmente nas situações em que as mudanças ocorreram como resultado de um conjunto de intervenções e não apenas de uma intervenção específica. A terapeuta moldou sua forma de intervir para se adequar ao funcionamento de cada família. A psicoterapia pais-bebê pode ser uma alternativa para o alívio tanto para os sintomas no bebê, como para os pais e/ou para as relações entre os membros da família. Por se tratar de uma intervenção realizada nos momentos iniciais da vida do bebê, possui um potencial preventivo e de promoção da saúde mental

22

Aguiar, D. T.
(UECE)

2011

Artigo

Escola Anna Nery

Desenvolver uma reflexão teórica visando refletir acerca das possibilidades de abordagem dessa questão na perspectiva de uma clínica do sujeito, conforme delimitado na abordagem psicanalítica, contrapondo-a à visão do modelo médico científico

Estudo teórico

Estudo
teórico

Os conceitos apontados pela perspectiva psicanalítica podem apoiar na construção de uma clínica menos objetificadora, que permita ao próprio sujeito se interrogar sobre o sentido daquilo que o faz sofrer.

Silveira, L. C.
(UFC)

(Teórico)

(Multidisciplinar:
psicologia e
enfermagem)

Dourado, S. M. N.
(FANOR)

30	Flores, M. R. (UFSM) Souza, A. P. R. de. (UFSM) Moraes, A. B. de. (UFSM) Beltrami, L. (UFSM)	2013	Artigo (Empírico quantitativo – estudo observacional, analítico e de coorte)	Revista CEFAC (Multidisciplinar: psicologia, fonoaudiologia e engenharia química)	Analisar a associação entre os estados emocionais maternos depressivo e ansioso, combinados ou de modo isolado, em relação à presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária de 0 a 4 meses.	1) BDI 2) BAI 3) Entrevista diagnóstica 4) Filmagem	163 duplas mãe-bebê	O percentual de bebês com pelo menos um índice de risco no grupo de mães que apresentaram depressão e ansiedade combinada foi significativamente maior (34,2%; p<0,001) do que nas mães sem alteração emocional. O mesmo foi obtido em relação às mães com algum nível de depressão ou de ansiedade (26,6%; p<0,01). Ainda, obteve-se correlação significante entre os graus de depressão e ansiedade (G= 0,83; p< 0,01e), o que demonstra que mães com maior grau de depressão, também obtiveram maior grau de ansiedade.
----	---	------	---	--	--	--	---------------------	--

32	Travassos-Rodriguez, F. (PUCRJ) Féres-Carneiro, T. (PUCRJ)	2013	Artigo (Teórico)	Tempo Psicanalítico (Psicologia)	Revisar a literatura acerca dos conceitos de “maternidade tardia” e “ambivalência”, investigando a possível conexão entre os temas e as alterações psíquicas do puerpério	Estudo teórico	Estudo teórico	Na maternidade tardia o período de adaptação ao bebê é vivido com uma ambivalência mais intensa. Há influência de uma imposição cultural que supõe o amor incondicional aos filhos, e observa-se que as mães tardias têm dificuldade em conciliar aspectos da vida já bem estruturada com as suas novas funções.
----	---	------	-------------------------	---	---	----------------	----------------	--

34	Julien, M. C. G. (PUCPSP)	2013	Dissertação de mestrado (Relato de caso)	(Psicologia)	Investigar a importância da maternidade na vida das mulheres, compreender como o psiquismo feminino se forma	Estudo teórico	Relato de caso	A DPP tem causas multifatoriais, podendo estar ligada a um superego exigente, à identificação (ou falta de) com a figura materna, às idealizações, frutos das influências culturais, porém, têm grande peso os acontecimentos da história pessoal. Culturalmente, percebe-se uma valorização da mulher, chegando a uma visão idealizada que atrapalha o exercício da maternagem. A puérpera entra em contato com a sua origem, com os primórdios, reencontra sua história primitiva, inconsciente e marcada pela ambiguidade de sentimentos opostos e intensos. No relato contido no livro-depoimento e nos casos clínicos analisados, na vida dessas mulheres parece terem estado presentes, como fatores predisponentes à DPP, todas as variáveis acima mencionadas.
----	------------------------------	------	---	--------------	--	----------------	----------------	--



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação

Pesquisador: DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12876313.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 279.446

Data da Relatoria: 16/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de trabalho de investigação conjunta, elaborada por integrantes do Grupo de Trabalho Interação Pais-Bebê/Criança, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Tal proposta já vinha sendo alinhavada pelas integrantes desde o ano de 2011, embora, a partir do último Simpósio da ANPEPP, ocorrido em junho de 2012, tenha ganho sua formatação final. Os membros têm como interesse de estudo a temática da Relação Pais-Bebê/Criança, sob diferentes idades, enfoques e perspectivas teóricas, o que pode ser comprovado a partir de suas produções, documentadas no Currículo Lattes. Entre si, a equipe já possui trajetória anterior de colaborações em pesquisa, apresentação de trabalhos em evento, bancas e mesmo em publicações. Afora isso, existem também vínculos de orientação de Mestrado e Doutorado. Nesse momento, diante da convergência dos interesses científicos, e dando seguimento aos temas já investigados por todos os pesquisadores envolvidos, o grupo lança a proposta de uma pesquisa mista, composta por dois estudos interligados, que tem como foco uma temática extremamente relevante em termos de saúde pública: a identificação de sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses de vida, visando estabelecer a sua prevalência/incidência na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, bem como avaliar de forma mais completa aspectos da díade mãe-bebê que podem ter contribuído para o seu aparecimento.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245.

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone:

(513)303 -8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana, bem como avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores anexaram os documentos exigidos para inclusão do CEP da Secretaria Municipal de Saúde como instituição co-participante do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o Parecer do Relator

PORTO ALEGRE, 22 de Maio de 2013

Assinado por:

José Geraldo Vernet Taborda

(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245.

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone:

(513)303 -8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo I: *Mapeamento de Sintomas Psicofuncionais em Bebês de Oito a Doze Meses de Idade*

Você, na condição de mãe de _____ (nome da criança), está sendo convidado a participar da primeira etapa da pesquisa **Sintomas psicofuncionais em bebês: Mapeamento e avaliação**, coordenada pela Prof^a Dr^a Daniela Centenaro Levandowski, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que podem atingir as principais funções do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Eles necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito de seus dados demográficos, da maternidade e do desenvolvimento do seu bebê. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Eles servirão apenas para caracterizarmos o público que está colaborando com a pesquisa.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, mãe da criança acima descrita, declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e, por isso, aceito participar da pesquisa. Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado à criança;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Prof^a. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____

CEP/UFCSPA
TCLE
APPROVADO
16/05/13

Apêndice D – Questionário Sobre os Dados Sociodemográficos da Família

Participante: _____ Data: __/__/____
Caso: _____ Entrevistador: _____

Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da Família¹ - (Adaptado de NUDIF, 2008)

Eu gostaria de ter mais algumas informações sobre você, seu marido/companheiro, e sua família:

Nome: _____

Data de nascimento: __/__/____ Idade: __

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ Fone para recados: _____

E-mail: _____

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Caso seja **do Interior**, mas morando na Grande Porto Alegre, há quanto tempo mora aqui? __ __ meses

Por quê? _____

Até que série estudou? () nenhuma () fundamental - ____ série () médio - ____ série () superior - ____ série

() curso técnico _____ () pós-graduação () outro _____

Ainda está estudando? () sim () não - nível _____

Você já reprovou? () não () sim, quantas vezes? __ __. Em que série? _____.

Você é? () solteira () casada () separada/divorciada () viúva () morando junto () está namorando

Caso seja casada ou esteja morando junto, desde quando? __/__/____

Tem outros filhos? () sim () não. Quantos _____

Idades dos outros filhos: _____

Idade da primeira gestação: _____

Atualmente está trabalhando? () sim () não () aposentada

Em caso negativo perguntar: Você já trabalhou? () sim () não

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? _____. Quantas horas? __ __ por dia

Você é remunerada? () sim () não Qual o valor? __ __ __ __, __ __ reais

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

Que trabalho você fazia? _____

Você recebia? () sim () não Qual o valor? __ __ __ __, __ __ reais

DADOS DO PAI DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Seu companheiro atual é o pai do/s seu/s filho/s? () sim () não

É pai apenas do filho alvo da pesquisa? () sim () não

Nome marido/companheiro: _____

Data de nascimento: __/__/____ Idade: __

¹Deve ser respondida, preferencialmente, pela a mãe.

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou? () nenhuma () fundamental - ____ série () médio - ____ série () superior - ____ série

() curso técnico _____ () pós-graduação () outro _____

Ele ainda está estudando? () sim () não - nível _____

Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____.

Seu marido/companheiro trabalha? () sim () não () aposentado

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____

Qual o horário? _____

Ele é remunerado? () sim () não. Qual o valor? _____, _____ reais () não sabe

Caso **não estiver trabalhando**, qual trabalho anterior? _____

O seu marido/companheiro tem outros filhos? () sim () não.

Caso **sim**, quantos? ____ Idade que teve primeiro filho: ____

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Ordem de nascimento: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filho

A criança frequenta creche/escolinha? () sim () não

Com que idade ele/ela começou a frequentar a escola? ____ meses

A escola é () municipal () estadual () particular () creche informal (pessoa que cuida de várias crianças em casa) Caso não

frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê? () mãe () pai () avó () irmão (ã) () tia

() babá/empregada () vizinha

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: _____

Quem são os moradores da casa? _____

Quantas pessoas trabalham? _____ Caso ninguém trabalha, quem sustenta a casa? _____

Renda mensal aproximada: _____

Gostaria de saber algumas características da sua casa:

A casa é de: () madeira () material () mista

Nº de quartos: ____ Nº total de peças ____

Na sua casa tem: Água encanada? () sim () não

Luz elétrica? () sim () não

Esgoto? () sim () Não

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM MATERNA

AVÓ MATERNA

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

Ordem de nascimento da mãe: () primogênita () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filho

Número de irmãos: _____

AVÔ MATERNO

É seu pai biológico: () sim () não Caso não, você conhece seu pai biológico? () sim () não

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? ____ anos Caso não, sabe por quê? _____

Nova união: Pai () sim () não Tempo: _____

Nova união: Mãe () sim () não Tempo: _____

DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM PATERNA:

AVÓ PATERNA

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

Ordem de nascimento do pai: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais filho

Número de irmãos: _____

AVÔ PATERNO

É o pai biológico do pai: () sim () não Caso não, ele conhece o pai biológico? () sim () não

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? ____ anos Caso não, sabe por quê? _____

Nova união: Pai () sim () não Tempo: _____

Nova união: Mãe () sim () não Tempo: _____

DADOS DO COMPANHEIRO ATUAL (perguntar somente se o pai do filho alvo da pesquisa NÃO for o companheiro atual)

Nome marido/companheiro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou? () nenhuma () fundamental - ____ série () médio - ____ série () superior - ____ série

() curso técnico _____ () pós-graduação () outro _____

Ele ainda está estudando? () sim () não - nível _____

Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____.

Seu marido/companheiro trabalha? () sim () não () aposentado

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____

Qual o horário? _____

Ele é remunerado? () sim () não. Qual o valor? _____, _____ reais () não sabe

Caso **não estiver trabalhando**, qual trabalho anterior? _____

O seu marido/companheiro tem outros filhos? () sim () não.

Caso **sim**, quantos? ____ Idade que teve primeiro filho: ____

OBSERVAÇÕES: _____

Apêndice E – Ficha de Dados Clínicos

Participante: _____ Data: __/__/____
Caso: _____ Entrevistador: _____

Ficha de Dados Clínicos²

Nome do bebê: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Local de nascimento: () hospital. Qual? _____ () Domicílio () outro. Qual? _____

Tipo de parto: () normal () cesárea () com fórceps

Alguma complicação no parto? () não () sim

Qual?

() pré-eclâmpsia () eclâmpsia () hemorragia () descolamento de placenta

() febre/infecção () desproporção céfalo-pélvica

Idade gestacional do bebê ao nascer (em semanas): _____

Peso ao nascer: _____

Apgar³: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Necessitou internação após o nascimento? () não () sim. Qual o motivo da internação? _____

Dados sobre a gestação:

Realizou pré-natal? () não () sim. Quantas consultas? _____

Se sim, onde realizou o pré-natal? () posto de saúde. Qual? _____ () consultório privado

Fez tratamento para engravidar? () não () sim. Qual? _____

Houve algum problema na gestação? () não () sim

Se sim, qual?

() hipertensão () diabetes gestacional () vômitos frequentes () infecção urinária

() anemia severa () ameaça de aborto () placenta prévia () DSTs

() HIV/aids () toxoplasmose () rubéola () sangramentos

() contrações com risco de parto prematuro () traumatismos (quedas, fraturas, acidentes...)

() outro. Qual? _____

Tomou alguma medicação durante a gestação? () não () sim. Qual? _____

Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? () não () sim. Qual? _____

Observações:

Dados gestacionais anteriores:

Número de gestações: _____

Aborto? () sim () não

Espontâneo () Provocado ()

Partos anteriores? () sim () não

Bebê natimorto? () sim () não

Morte no primeiro ano de vida do bebê? () sim () não Motivo: _____

Dados sobre o pós-parto:

Costuma consultar o pediatra? () não () sim. Em qual situação? _____

Realiza vacinas previstas para sua faixa etária⁴? () não () sim

Foi amamentado ao seio? () não () sim. Por quanto tempo? _____

Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? () não () sim. Em que situações? _____

Teve cólicas? () não () sim

Teve algum problema de saúde até agora? () não () sim. Qual? _____

² Respondida pela mãe.

³ Sugere-se solicitar a Carteira da Criança, para verificar essa informação.

⁴ Sugere-se consultar a carteira de vacinação da criança.

Necessitou de hospitalização pediátrica? () não () sim. Por que? _____
Toma alguma medicação? () não () sim. Qual? _____
Tem alguma doença crônica? () não () sim. Qual? _____

Dados sobre a saúde da família:

Mãe

Tem alguma doença física? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Tem alguma doença mental ou dos nervos? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Faz uso de medicação? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Usa algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () outras drogas. Qual? _____

Pai

Tem alguma doença física? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Tem alguma doença mental ou dos nervos? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Faz uso de medicação? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Usa algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () outras drogas. Qual? _____

Avós maternos

Algum dos avós tem doença física? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Algum deles tem doença mental ou dos nervos? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Fazem uso de medicação? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Usam algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () outras drogas. Qual? _____

Avós paternos

Algum dos avós tem alguma doença física? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Algum deles tem alguma doença mental ou dos nervos? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Fazem uso de medicação? () sim () não. Caso sim, qual? _____
Usam algum tipo de substância? () tabaco/cigarro () álcool () outras drogas. Qual? _____

Apêndice F – Questionário Symptom Check-List

Questionário “Symptom Check-List”

Nome: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Código/ Nr do caso: _____ Avaliador: _____
Data de avaliação: _____

INVENTÁRIO DE SINTOMAS - “Symptom Check-List”

Avaliação dos distúrbios psicofuncionais da primeira infância⁵

1. Você colocou seu(sua) filho(a) para dormir sempre no mesmo horário, tivesse ele(a) sono ou não, no último mês?

1	2	3	4	5
- com variação de menos de 15 min.		- com variação de menos de 1 hora.		- com variação de mais de 1 hora.

2. Quando você coloca seu(sua) filho(a) no berço ou na cama à noite, ele(a) tem dificuldade para dormir?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

2. a) Quanto tempo ele(a) demora para dormir a partir do momento que ele(a) deveria dormir, do seu ponto de vista?

1	2	3	4	5
- quase imediatamente.	- em menos de 15 minutos aproximadamente.	- em menos de 30 minutos aproximadamente.	- em menos de 1 hora aproximadamente.	- em mais de 1 hora aproximadamente.

2. b) O que acontece durante este tempo? (Você é obrigada a repreendê-lo(a), tirá-lo(a) da cama ou _____?)

2. c) Ele(a) consegue dormir sozinho?

() Sim () Não. ele(a) dorme: no colo, na cama dos pais, no carro etc...

3. (se a criança tem dificuldades para dormir) Porque você acha que seu(sua) filho(a) tem dificuldades para dormir?

4. Muitas crianças têm um “ritual” quando vão dormir (por exemplo, querem que cante, deixe a porta entreaberta etc...). Se este é o caso de seu(sua) filho(a), descreva como é este “ritual”:

4. a) Quando o “ritual” começou e como ele se modificou?

4. b) Seu(sua) filho(a) tem hábitos ou objetos específicos para dormir?

5. Você tem a impressão que seu(sua) filho(a) teve medos quando foi se deitar ou antes de dormir no último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

(Se a criança não manifesta medos, passar para a questão 6.)

5. a) Você tem alguma ideia do que é que seu(sua) filho(a) tem medo?

⁵Tradução da Prof^aDr^a Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof^aDr^a Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Utilização autorizada por tradutora e revisora.

5. b) Como se manifesta este medo?

5. c) Quando começaram os medos?

6. Seu(sua) filho(a) teve pesadelos à noite no último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

(Se a criança não teve pesadelos, passar para a questão 7.)

6. a) Como aconteceu?

7. Seu(sua) filho(a) levantou-se ou se acordou à noite ao longo do último mês?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

8. Ao longo de uma noite comum, quantas vezes seu filho(a) se levantou ou se acordou, em média no último mês? _____ x por noite.

9. Os pais costumam ter alguns "truques" para fazerem seu(sua) filho(a) voltar a dormir, como por exemplo cantar, dar chupeta ou xingar gentilmente. O que você faz?

9. a) Na lista abaixo, assinale **1** no que corresponde ao que você faz mais frequentemente, **2** em seguida etc... (Risque o que a mãe não faz nunca:)

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - dar chupeta; |
| <input type="checkbox"/> | - embalar; |
| <input type="checkbox"/> | - murmurar gentilmente; |
| <input type="checkbox"/> | - dar mamadeira/ seio; |
| <input type="checkbox"/> | - cantar; |
| <input type="checkbox"/> | - não fazer nada e esperar; |

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | - levar para a cama dos pais; |
| <input type="checkbox"/> | - falar em um tom bravo; |
| <input type="checkbox"/> | - brincar; |
| <input type="checkbox"/> | - bater; |
| <input type="checkbox"/> | - acariciar; |
| <input type="checkbox"/> | - outro: _____ |

10. Quando seu(sua) filho(a) se levanta ou se acorda (durante à noite ou nos períodos habituais de sono), você faz qualquer coisa para ele(a) voltar a dormir?

1	2	3	4	5
- todas as noites ou quase todas.		- noite sim, noite não.		- nunca ou raramente.

11. Quanto tempo seu(sua) filho(a) demora, em geral, para voltar a dormir quando ele(a) se levanta ou se acorda durante a noite?

1	2	3	4	5
- quase que imediatamente.	- em menos de 15 minutos, aproximadamente.	- em menos de 30 minutos, aproximadamente.	- em menos de 1 hora, aproximadamente.	- em mais de 1 hora, aproximadamente.

12. Algumas crianças têm um despertar "difícil", têm mau humor, resmungam, choram. Este é o caso do(a) seu(sua) filho(a)?

1	2	3	4	5
- todas os dias ou quase todos.		- dia sim, dia não.		- nunca ou raramente.

12. a) Se este é o caso de seu(sua) filho(a), como é que isso acontece?

12. b) Por que razões isso ocorre, em sua opinião?

12. c) Em qual despertar (durante a noite, pela manhã, soninho da manhã ou da tarde) isso acontece mais frequentemente?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

13. Seu(sua) filho(a) fez "soninho" durante o dia no último mês?

21. A duração aproximada da refeição principal é de: **(caso a criança apenas tome leite, considerar a refeição principal como aquela em que a criança tem mais fome)**

- 5 a 30 minutos.	- 30 a 60 minutos.	- menos de 5 ou mais de 60 min.
-------------------	--------------------	---------------------------------

22. Há diversas maneiras de uma criança se alimentar. Qual é a mais parecida com a de seu(sua) filho(a) no último mês?

- em geral, ele(a) come a mesma quantidade.	- ele(a) come quantidades muito diferentes de uma refeição a outra.	- em alguns períodos as quantidades são regulares mas em outros são variáveis.
---	---	--

23. a) Você costuma dar a seu(sua) filho(a) alimentos ou mamadeira entre as refeições?

- sim.	- não.	- frequentemente.	- às vezes.	- nunca.
--------	--------	-------------------	-------------	----------

23. b) Em quais circunstâncias isto ocorre?

quando ele(a) chora;	quando ele(a) está cansado(a) ou enjoado;	para distraí-lo(a) de algo;	durante a refeição da família;	para que não fique incomodado(a);	como recompensa;	como brincadeira;	Outros, descreva _____
----------------------	---	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	------------------	-------------------	------------------------

24. Quem, em geral, deu a comida a seu(sua) filho(a) no último mês?

25. O que faz seu(sua) filho(a) se é hora de comer e ninguém providenciou sua refeição? Como ele(a) mostra que tem fome?

ele(a) grita vigorosamente, bate os pés, fica bravo(a).	ele(a) chora com insistência.	ele(a) chora um pouco.	ele chama e resmunga;	ele(a) não faz nada.	ele(a) diz que tem fome.
---	-------------------------------	------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------

26. No último mês, seu(sua) filho(a) foi totalmente dependente ao ser alimentado(a) ou ele(a) participou de alguma forma de sua refeição?
 dependente independente

27. Como seu(sua) filho(a) participa de sua refeição:

segurando sua mamadeira;	bebendo na xícara ou no copo;	levando a colher cheia à boca;	comendo sozinho com uma colher;	comendo com as mãos.
--------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	----------------------

28. Algumas crianças têm um ritual para comer, por exemplo, "fazer aviãozinho", "uma colherada para o papai, uma para a mamãe", ficar em uma determinada posição, etc... Se este é o caso de seu(sua) filho(a), descreva como é que acontece.

29. Este ritual para comer ocorre:

em todas as refeições, senão a criança não come.	apenas na refeição principal.	de tempos em tempos, como brincadeira.
--	-------------------------------	--

30. Seu(sua) filho(a) come de tudo? Sim Não

31. Ele(a) tem preferências alimentares? Descreva-as brevemente.

32. Abaixo estão especificadas algumas maneiras das crianças reagirem à introdução de novos alimentos (suco de laranja, purê de maçã, sopa, legumes etc...). Qual é a reação habitual mais próxima da de seu(sua) filho(a)?

1 Ele(a) engole tudo sem reclamar.	2 Na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma	3 Mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos
---------------------------------------	---	--

32. a) Como ele(a) reagiu? Para cada uma das alternativas, escolha uma das reações e circule:

	Ele(a) engole tudo sem reclamar.	Na primeira vez, ele(a) faz caretas, cospe, mais após algumas tentativas, ele(a) se acostuma	Mesmo após muitas tentativas, ele(a) continua a recusar a maior parte dos novos alimentos
À passagem do seio para a mamadeira;	1	2	3
Ao primeiro alimento líquido (suco de laranja);	1	2	3
Ao primeiro alimento sólido (sopa);	1	2	3
Aos alimentos sólidos não conhecidos (legumes, carnes);	1	2	3

33. Seu(sua) filho(a) se recusa comer?() Sim () Não

33. a) RECUSA A LÍQUIDOS

1	2	3	4	5
em todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, refeição não.		nunca ou raramente.

33. b) RECUSA A SÓLIDOS

1	2	3	4	5
em todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, refeição não.		nunca ou raramente.

34. a) Você insiste para que ele(a) termine sua mamadeira ou sua refeição?() Sim () Não

34. b) O que você faz quando seu(sua) filho(a) se recusa comer ou come pouco? (Coloque 1 no correspondente ao que a mãe faz mais frequentemente, 2 em seguida etc... Risque o que a mãe nunca faz.)

- faço muitas pausas durante a refeição;
- tento distrai-lo(a) e alimentá-lo(a) brincando;
- forço-o(a) de tempos em tempos a abrir a boca;
- pego(a) de surpresa;
- peço a uma outra pessoa (pai, irmão, irmã, etc...) para alimentá-lo(a);
- deixo-o(a) só em sua cadeira com o prato até que tenha terminado;
- repreendo-o(a) severamente;
- prometo-lhe uma pequena recompensa;
- aviso(a) que será punido(a).

34. c) Se você insiste, em caso de dificuldade, para que a criança coma, o que acontece e como reage a criança?

35. Como você considera atualmente o momento da refeição de seu(sua) filho(a)?

um momento difícil.	um momento agradável.	um momento como outros.
---------------------	-----------------------	-------------------------

35. a) Descreva a pior refeição que seu(sua) filho(a) teve no último mês?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

35*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação à alimentação (complete com base nas respostas às questões 19, 21, 28, 33, 34 e 35) +19 (sugestão da tradutora)

variações dentro da normalidade.	tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade.	sistema claramente disfuncional.
----------------------------------	--	----------------------------------

36. Seu(sua) filho(a) coloca "coisas" (não comestíveis) na boca?⁶

() Não () Sim. Quais? _____

44. Seu(sua) filho(a) regurgita ou cospe o alimento?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

⁶ O questionário original passa desta questão para a de número 44.

45. Seu(sua) filho(a) vomita o alimento?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

46. Seu(sua) filho(a) guarda o alimento na boca por algum tempo e depois o coloca para fora? (mericismo)

() Sim () Não

No caso de distúrbios alimentares⁷:

- Há quanto tempo seu filho(a) tem problemas alimentares?
- Como os problemas alimentares começaram?
- Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁸

1	2	3	4	5
suficiente.		mais ou menos.		não suficiente.

Informações gerais

47. Peso ao nascimento: _____

48. Peso atual: _____

49. Estatura ao nascimento: _____

50. Estatura atual: _____

51. O peso é verificado regularmente? () Sim () Não

52. A criança tem problemas de peso? () Sim () Não

53. A progressão da estatura é regular? () Sim () Não

54. Seu(sua) filho(a) tem dor de barriga (cólicas, diarreias, desconforto abdominal, etc.) antes ou depois da refeição?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

55. Seu(sua) filho(a) chora como se estivesse com dor de barriga, durante e após uma refeição, especialmente após o almoço ou à tarde?

1	2	3	4	5
todas as refeições ou quase todas.		refeição sim, outra não.		nunca ou raramente.

56. Seu(sua) filho(a) fica constipado?

1	2	3	4	5
muito.	frequentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

57. Seu(sua) filho(a) tem diarreia?

1	2	3	4	5
muito.	frequentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

58. As diarreias de seu(sua) filho(a) duram em geral?

1 dia.	2 - 3 dias.	Uma semana ou mais.
--------	-------------	---------------------

59. Seu(sua) filho(a) tem asma/problemas respiratórios?(se resposta NÃO, passar para questão 63)

⁷ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁸ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

⁹ No original, a questão se refere à regularidade do ganho de peso, e não à regularidade da verificação do peso.

1	2	3	4	5
frequentemente.		de tempos em tempos.		nunca ou quase nunca.

Qual o problema respiratório que seu(sua) filho(a) tem¹⁰?

asma bronquite otite faringite laringite sinusite rinite

Desde quando ele tem esse problema?

É necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?¹¹

60. Estas crises de asma/problemas respiratórios são:

1	2	3	4	5
muito intensas.		de intensidade média.		pouco intensas.

61. Descreva o que ocorre quando ele(a) tem uma crise de asma/problemas respiratórios?

62. As crises de asma/problemas respiratórios dele(a) terminam geralmente por:

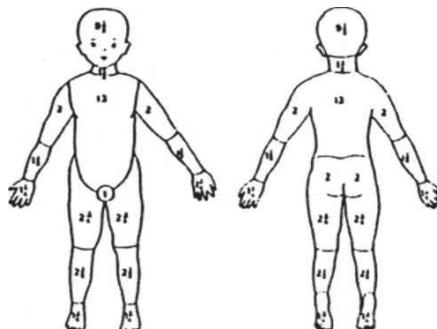
tratamento hospitalar.	tratamento médico em casa.	outro tratamento em casa.	sem tratamento.

63. Seu(sua) filho(a) tem crises nas quais fica sem ar e/ou muda de cor e/ou perde a consciência?

1	2	3	4	5
frequentemente.		de tempos em tempos.		nunca ou quase nunca.

64. Seu(sua) filho(a) tem eczema/doença de pele? Sim Não (se resposta NÃO, passar para questão 69)

65. Se sim, assinale nos esquemas abaixo a(s) zona(s) do corpo que é(são) em geral atingida(s).



66. Qual é a duração das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
1 a 2 dias.		aproximadamente uma semana.		crônica.

67. Qual é a intensidade das crises de eczema/problemas de pele?

1	2	3	4	5
Forte		média.		fraca.

68. Foi necessário dar ou passar remédio no último mês?

1	2	3	4	5
sem medicamento.		medicamento simples.		cortisona, antibiótico.

69. Seu(sua) filho(a) tem alergias? Sim Não (se resposta NÃO, passar para questão 70)

¹⁰ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

¹¹ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

Para cada alergia assinalada, avalie a intensidade e a frequência das manifestações:

69. a) Alimentos

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. b) Respiratória

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. c) Cutânea/de pele

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69.d) Outras:

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS

70. Quantas vezes ao longo do último mês você consultou um médico pelas razões:

	tratamento sem medicação A	tratamento com medicação B	Hospitalização C	regime alimentar D	Outro	Nr de consultas
- Sono						
- Alimentação						
- Digestão						
- Asma						
- Pele						
- Alergias						
- Controle de rotina						
- Acidentes						
- Doenças benignas						
- Doenças sem diagnóstico						

71. Nas 4 últimas semanas, seu(sua) filho(a) teve crises de raiva?(se resposta NÃO, passar para questão 73)

71. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

71. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

72. Em quais circunstâncias se manifestaram as crises de raiva?

73. Seu(sua) filho(a) tem certas atitudes que a preocupam (por exemplo balançar o corpo, bater a cabeça)?Descreva os comportamentos.(se resposta NÃO, passar para questão 75)

74. Ao longo das 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou esta atitude?

74. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

74. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

75. Nas últimas 4 semanas, seu(sua) filho(a) apresentou comportamentos de oposição e/ou de negativismo?**(se resposta NÃO, passar para questão 76)**

75. a) Frequência

1	2	3	4	5
- muito.	- frequentemente.	- de tempos em tempos.	- raramente.	- nunca ou quase nunca.

75. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

76. Nas 4 últimas semanas seu(sua) filho(a) apresentou comportamento agressivo?

- com você ou a sua família?

- com outras crianças?

76. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

76. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

No caso de distúrbios de comportamento:¹²

- Desde quando seu(sua) filho(a) tem problemas de comportamento?

- Como é que os problemas de comportamento começaram?

- Estes problemas de comportamento são maiores em determinados dias da semana?

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?¹³

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- insuficiente.

77. Seu(sua) filho(a) tem medos?**(se resposta NÃO, passar para questão 80)**

do escuro	de certos animais	de máquinas	de barulhos súbitos	- de pessoas estranhas	de situações novas	outra. Descreva _____

77. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

77. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

78. Para cada resposta alternativa à questão 77, indique quando apareceu este medo, como ele se manifestou e o que você fez na situação.

78. a) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. b) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. c) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

¹² Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

¹³ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

QUESTÃO PARA O AVALIADOR (não perguntar para a mãe):

79. Fobia com evitação sistemática da situação? (Avaliação a partir das respostas às questões 77 e 78)

() Sim () Não

80. Nas quatro últimas semanas seu(sua) filho(a) teve episódios de timidez ou de recusa ao contato? **(se resposta NÃO, passar para questão 81)**

80. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito.	frequentemente.	de tempos em tempos.	raramente.	nunca ou quase nunca.

80. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

81. Nas últimas semanas seu(sua) filho(a) teve dificuldades de separação? (Especifique as circunstâncias e a época da aparição) **(se resposta NÃO, passar para questão 82)**

81. a) Frequência

1	2	3	4	5
muito	Frequentemente	de tempos em tempos	raramente	nunca ou quase nunca

81. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média.		- fraca.

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?¹⁴

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- não suficiente.

Nos últimos meses houve mudanças importantes com relação às pessoas que cuidam da criança, seu plano de vida (mudança de casa, de quarto, de cama), seus horários (por exemplo: horário de sono, de alimentação)?

1	2	3	4	5
numerosas mudanças.		algumas mudanças.		nenhuma mudança.

82. Durante o último mês, houve alguma mudança de pessoas que se encarregam regularmente das seguintes atividades do seu filho? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
Dar o café da manhã		
Dar o almoço		
Dar o lanche		
Dar a janta		
Colocar na cama		
Acordar e tirar da cama		
Ver quando acorda		
Dar banho		
Vestir		
Despir		
Ler contos		
Brincar		
Passear		

¹⁴ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras.

83. Durante o último mês, houve mudança de horário para as atividades seguintes? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
Hora do café da manhã		
Hora do almoço		
Hora do lanche		
Hora da janta		
Hora de dormir		
Hora de acordar		
Hora do banho		
Hora da soneca		
Hora da brincadeira		
Hora do passeio		

84. Durante o último mês, houve mudança no ambiente da criança nas seguintes situações? Em caso de mudança, ponha um X na coluna correspondente:

	Mudanças	Observações
A cama onde a criança dorme		
O quarto onde a criança dorme		
A cama ou o quarto onde faz a soneca		
O cômodo onde brinca		
O cômodo onde é trocado		
A casa onde vive		
O cômodo onde come		
O lugar das brincadeiras fora de casa		
As pessoas que vivem na mesma casa		

85. Na vida diária com seu(sua) filho(a) toda vez que você precisou de ajuda (apoio, conforto, conselhos, etc...) você pode contar com:

	nunca ou raramente	1	algumas vezes	2	3	4	sempre ou frequentemente	5
a) o pai da criança/seu cônjuge	1	2	3	4	5			
b) sua família	1	2	3	4	5			
c) seus amigos	1	2	3	4	5			
d) outros (especifique)	1	2	3	4	5			

85.a. Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?

1	2	3	4	5
- suficiente.		- mais ou menos.		- não suficiente.

86. Houve na família, nos últimos meses, eventos ou situações como:

perda do emprego;	problemas de moradia;	problemas financeiros;	doença grave;	óbito;	problemas de alcoolismo;	problemas com drogas;	outro. Descreva

87. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu(sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

NA VIDA DO CASAL

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

88. Você tem a impressão que os problemas atuais com seu(sua) filho(a) têm uma repercussão ou incidência:

NA VIDA FAMILIAR

1	2	3	4	5
- forte.		- média.		- fraca.

¹⁵ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹⁶ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹⁷ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

• Entrevista:

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao(a) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o(a) entrevistador(a) deve se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O(a) entrevistador(a) deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes durante esse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o(a) entrevistador(a) deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O(a) entrevistador(a) deve ir diretamente para o final do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, SE DESEJA SER TREINADO(A) NA UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOPTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
	SE A1a = SIM:			
	b Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
	SE A1a = SIM:			
	b Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
	A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	→	NÃO	SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?					
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>						
A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14						
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão ? idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)
 SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = SIM, ATUAL), EXPLORAR O SEGUINTE:

- | | | | | |
|-------|--|-------|-----|----|
| A13 a | A2b É COTADA SIM ? | NÃO | SIM | |
| b | Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?
SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente? | NÃO | SIM | 17 |
| | A13a OU A13b SÃO COTADAS SIM ? | → NÃO | SIM | |

- A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:
- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? | NÃO | SIM | 18 |
| b | Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? | NÃO | SIM | 19 |
| c | Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 20 |
| d | A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? | NÃO | SIM | |
| e | A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? | NÃO | SIM | |
| f | Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? | NÃO | SIM | 21 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual</i>	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

- Leve
- Moderado
- Severo sem aspectos psicóticos
- Severo com aspectos psicóticos
- Em remissão parcial
- Em remissão completa
- Crônico
- Com características catatônicas
- Com características melancólicas
- Com características atípicas
- Com início no pós-parto
- Com padrão sazonal
- Com recuperação completa entre episódios
- Sem recuperação completa entre episódios

Assinale tudo que se aplica

- 296.21/296.31
- 296.22/296.32
- 296.23
- 296.24
- 296.25
- 296.26
-
-
-
-
-
-
-
-
-

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO**B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	→ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?

→
NÃO SIM 30

B5 Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVÉLMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRÁSTORNO DISTÍMICO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

B6 Que idade idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, continuamente, por um período de 2 anos ou mais ?

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

	NÃO	SIM	Pontos
C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?			1
C2 Quis fazer mal a si mesmo (a) ?			2
C3 Pensou em suicídio ?			6
C4 Pensou numa maneira de se suicidar ?			10
C5 Tentou o suicídio ?			10

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO 'M' (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
----	---	---	-----	-----	---

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

SE D1a = SIM:

	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
--	---	---	-----	-----	---

D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
----	---	--	-----	-----	---

SE D2a = SIM:

	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
--	---	---	-----	-----	---

		D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	→ NÃO	SIM	
--	--	---------------------------------------	----------	-----	--

D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu- se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

	Episódio Atual		Episódio Passado			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>										
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10								
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11								
	D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	➔ NÃO	SIM									
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.														
SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D4	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>														
	D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM								
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM , SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
D6	COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO , E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a . ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANÍACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANÍACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a . ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO MANÍACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANÍACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D8	COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													

D9 COTAR SIM SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4a E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE D8 OU D9 = SIM, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i>	

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É MANÍACO / HIPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO

GRAVIDADE

X1	Leve	<input type="checkbox"/>
X2	Moderado	<input type="checkbox"/>
X3	Severo sem aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/>
X4	Severo sem aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/>
X5	Em remissão parcial	<input type="checkbox"/>
X6	Em remissão completa	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ?

idade

18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve?

19

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

		→		
K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	1
K2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

K3	Nos últimos 12 meses:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Agora, vou mostrar / ler para você, uma lista de drogas e medicamentos (MOSTRAR / LER A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO).

L1	a	Alguma vez na sua vida, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?	➔ NÃO	SIM
----	---	--	----------	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome..

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuasca, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

	Assinalar
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA	<input type="checkbox"/>
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA	<input type="checkbox"/>
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE SERÁ EXPLORADA ABAIXO, EM CASO DE USO CONCOMITANTE OU SEQUENCIAL DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS:

L2	<p>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ao longo da sua vida:</p> <p>a) Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?</p> <p>b) Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).</p> <p>c) Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?</p>	NÃO	SIM	1
		NÃO	SIM	2
		NÃO	SIM	3

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| d | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

- | | | | | | |
|----|---|---|----------|-----|---|
| L3 | a | Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] nos últimos 12 meses ? | →
NÃO | SIM | 8 |
|----|---|---|----------|-----|---|

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], nos últimos 12 meses:

Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM
---	-----	-----

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM
--	-----	-----

Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM
--	-----	-----

Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM
--	-----	-----

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ?	NÃO	SIM
--	-----	-----

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?	NÃO	SIM
--	-----	-----

Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM
--	-----	-----

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| b | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L3b (SUMÁRIO), nos últimos 12 meses ? | NÃO | SIM |
|---|--|-----|-----|

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], nos últimos 12 meses:

- L4 a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS). NÃO SIM 9
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 10
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 11
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

- L5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] de forma abusiva ? idade 13

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.** AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS SÃO VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

TODAS AS RESPOSTAS DO(A) ENTREVISTADO(A) DEVEM SER COTADAS NA COLUNA "A". **UTILIZAR A COLUNA "B"** (JULGAMENTO CLÍNICO DO/A ENTREVISTADOR/A) APENAS SE EXISTEM EVIDÊNCIAS CLÍNICAS (DURANTE A ENTREVISTA) OU EXTERNAS (POR EXEMPLO, INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA) DE QUE O SINTOMA ESTÁ PRESENTE, APESAR DE ESTAR SENDO NEGADO PELO(A) ENTREVISTADO(A).

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.

		COLUNA A Resposta do(a) entrevistado(a)			COLUNA B Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
		NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	BIZARRO SIM	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?		NÃO	SIM	SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? <small>NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.</small>		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?		NÃO	SIM	SIM	3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? <small>CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.</small>		NÃO	SIM	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?		NÃO	SIM	SIM	7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	8
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. <small>COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.</small>		NÃO	SIM	SIM	9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?		NÃO	SIM	SIM	10

		COLUNA A (ENTREVISTADO(A) BIZARRO		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A) BIZARRO			
M6	a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?	NÃO	SIM	SIM	SIM	11
		COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?		SIM			
	b	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
		COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVI VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.		→ M8		→ M8	
M7	a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	SIM		13
		COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.					
	b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM	SIM		14
JULGAMENTO DO CLÍNICO							
M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b?			NÃO	SIM	
		SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.					

M11 b
OS ÚNICOS SINTOMAS PRESENTES SÃO AQUELES IDENTIFICADOS PELO CLÍNICO DE M1 A M7 (COLUNA B) E DE M8b A M10b ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
TRANSTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	<input type="checkbox"/>
Vida inteira	<input type="checkbox"/>
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

ALERTA: SE PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" = SIM : COTAR M11c E M11d.
SE TODAS AS QUESTÕES "b" = NÃO : COTAR APENAS M11d.

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARR0"?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0"?"

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARR0"?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0"?"
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)
OU M11c É COTADA "SIM" ?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

- M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem? Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? Não Sim
- c *NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).* Não Sim
- d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21
- SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
 SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14
 SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)
 E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

NÃO	SIM	22
TRANSTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

M13b

M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)
 E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

NÃO	SIM	23
TRANSTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

M14 Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE. _____ 24

M15 a **Durante ou depois** desse (de um desses) período(s) em que teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ? NÃO SIM 25

b SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16. _____ 26

c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram? NÃO SIM 27

d SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ? _____ 28

M16 a O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM). NÃO SIM 29

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É: (1) ausente (2) leve (3) moderada (4) severa 30

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ? (1) ≥ 1 dia a <1 mês (2) ≥ 1 mês a <6 meses (3) ≥ 6 meses 31

CRONOLOGIA

M18 a Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ? idade 32

b Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ? 33

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

- SE O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE PELO MENOS UM SINTOMA PSICÓTICO (M11a = SIM E M11b = NÃO), NÃO EXPLICADO POR UMA CAUSA ORGÂNICA (M12d = SIM OU INCERTO);
- APÓS A ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS 'A' (EDM) E "D" (EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO)

M19 a	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO A8 = SIM) ?	NÃO	SIM	
b	SE SIM: QUESTÃO A1 (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
c	O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO D7 = SIM)?	NÃO	SIM	
d	M19a OU M19c É COTADA SIM?	NÃO	SIM	
		↓		PARAR. Passar à M24

NOTA: VERIFICAR QUE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES M20 À M23 ESTÃO DE ACORDO COM AS DATAS DOS EPISÓDIOS PSICÓTICO (M11c E M11d), DEPRESSIVO (A8) E MANÍACO (D7), JÁ EXPLORADOS. EM CASO DE DISCREPÂNCIAS, REEXPLORAR A SEQUÊNCIA DOS TRANSTORNOS, TENDO COMO REFERÊNCIA EVENTOS MARCANTES DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA "A" DE M1 À M7]. Quando apresentava essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	34
		↓		PARAR. Passar à M24
M21	Essas crenças/ experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	35
			↓	PARAR. Passar à M24
M22	Você já teve essas crenças/ experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?	NÃO	SIM	36
		↓		PARAR. Passar à M24
M23	O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?			(1) humor 37 (2) crenças / experiências (3) mesma duração.

M24 AO FINAL DA ENTREVISTA, PASSAR AOS ALGORITMOS PARA OS TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR.

CONSULTE OS ÍTENS M11a E M11b:

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = SIM) ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

SE O CRITÉRIO "A" DA ESQUIZOFRENIA NÃO FOI PREENCHIDO (M11c E/OU M11d = NÃO) ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

P1	a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→	NÃO	SIM	1
	b Teve essas preocupações quase todos os dias ?	→	NÃO	SIM	2
	A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	→	NÃO	SIM	3
P2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→	NÃO	SIM	4
P3	DE P3 a A P3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:				
	a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?		NÃO	SIM	5
	b Tinha os músculos tensos?		NÃO	SIM	6
	c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?		NÃO	SIM	7
	d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?		NÃO	SIM	8
	e Sentia-se particularmente irritável ?		NÃO	SIM	9
	f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?		NÃO	SIM	10
	P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?	→	NÃO	SIM	
P4	Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→	NÃO	SIM	11
P5	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>				
	P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	12
	P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?		NÃO	SIM	
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL		
P6	P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?		NÃO	SIM	
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral		
P7	P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?		NO	YES	
			TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância		

CRONOLOGIA

P8	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ esses problemas de ansiedade ?	<input type="text"/> idade	13
P9	No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?	<input type="text"/>	14

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINA-AR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Q1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM Q1?	→	NÃO	SIM

NAS QUESTÕES ABAIXO, NÃO COTAR "SIM" SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

Q2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:					
R2.	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?	→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?	→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM18	
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM19	
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM20	
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM21	
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?	→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM22	
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM23	
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM24	
		dificuldade de falar ?	NÃO	SIM25	
		dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM26	
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM27	
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM28	
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM29	
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM30	
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM31	
		(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)			
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?	→ NÃO	SIM	

- R6 Esses problemas foram investigados pelo seu médico? NÃO SIM32
- R7 Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? 33
 Não Sim
- R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?** NÃO SIM
- R8 Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença? NÃO SIM 34
- R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?** → NÃO SIM
- R9 Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO)? NÃO SIM 35

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	36 SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	→ NÃO	SIM	1
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	→ NÃO	SIM	2
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3
T4	T3 É COTADA SIM?			

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR. [PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR NÃO NO QUADRO DIAGNÓSTICO].

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM.)

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?								
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês:								
	a. Teve dificuldade de se concentrar ou "brancos na mente" ?								
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?								
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?								
	d. Sentiu-se particularmente irritável ?								
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?								
	f. Chorava facilmente ?								
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?								
	h. Temia sempre o pior ?								
	i. Sentiu-se sem esperança ?								
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?								
	Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?								
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?								
Z4	a. Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim						
	b. Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim						
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>								
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?								
Z5	a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:								
	Depressão Maior VIDA INTEIRA								
	Distímia VIDA INTEIRA								
	Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA								
	Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA								
	b. ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso								
	qualquer outro Transtorno do Humor								
	c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?								
Z6	Z5c É COTADA NÃO?								

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DSM-IV/CID-10 - CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICOS DO M.I.N.I.

Transtorno Depressivo Maior		Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)	
Episódio Único/F32.x		300.23/F40.1	
296.20/F32.9	inespecificado	Fobia Específica	
296.21/F32.0	leve	300.29/F40.2	
296.22/F32.1	moderado	Transtorno Obsessivo-compulsivo	
296.23/F32.2	severo sem aspectos psicóticos	300.30/F42.8	
296.24/F32.3	severo com aspectos psicóticos	Transtorno de Ansiedade Generalizada	
296.25/F32.4	em remissão parcial	300.02/F41.1	
296.26/F32.4	em remissão completa	Abuso / Dependência de Substâncias	
Episódio Recorrente/F33.x		303.90/F10.2x	Dependência do Álcool
296.30/F33.9	inespecificado	305.00/F10.1	Abuso do Álcool
296.31/F33.0	leve	305.20/F12.1	Abuso de Cannabis
296.32/F33.1	moderado	305.30/F16.1	Abuso de alucinógenos
296.33/F33.2	severo sem aspectos psicóticos	305.40/F13.1	Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
296.34/F33.3	severo com aspectos psicóticos		
296.35/F33.4	em remissão parcial	305.50/F11.1	Abuso de opióides
296.36/F33.4	em remissão completa	305.60/F14.1	Abuso de cocaína
Transtorno Distímico		305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
300.4/F34.1		305.90/F15.00	Intoxicação por cafeína
Mania		305.90/F18.1	Abuso de inalantes
Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x		305.90/	Abuso de outras substâncias
296.00	inespecificado	F19.00-F19.1	Abuso
296.01/F30.1	leve	305.90/F19.1	Abuso de Fenciclidina
296.02/F30.1	moderado	Transtornos Psicóticos	
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos	295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Disorganizado
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos	295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
296.05/F30.8	em remissão parcial	295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
296.06/F30.8	em remissão completa	295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x		295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
296.40/F31.0	Hipomaniaco	295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
296.40	inespecificado	295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
296.41/F31.1	leve	297.10/F22.0	Transtorno Delirante
296.42/F31.1	moderado	297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos		
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos	293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
296.45/F31.7	em remissão parcial		
296.46/F31.7	em remissão completa	293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x		293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
296.50	inespecificado	293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
296.51/F31.3	leve		
296.52/F31.3	moderado	298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	Anorexia Nervosa	
296.55/F31.7	em remissão parcial	307.10/F50.0	
296.56/F31.7	em remissão completa	Bulimia Nervosa	
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		307.51/F50.2	
296.60	inespecificado	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	
296.61/F31.3	leve	309.81/F43.1	
296.62/F31.3	moderado	Risco de Suicídio	
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	Nenhum código alocado	
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos	Transtorno da Personalidade Anti-social	
296.65/F31.7	em remissão parcial	301.70/F60.2	
296.66/F31.7	em remissão completa	Transtornos Somatoformes	
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado	300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE	300.70/F45.2	Hipocondria
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II	300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal
Transtorno do Pânico/F40.01			
300.01/F41.0	Sem Agorafobia		
300.21/F40.01	Com Agorafobia		
Agoraphobia			
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico		

Transtornos Dolorosos

307.80/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos

307.89/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral

Transtorno da Conduta

312.80/F91.8

Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado

314.00/F98.8 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento

314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo

Transtornos de Ajustamento

309.00/F43.20 Transtorno de Ajustamento com humor depressivo

309.24/F43.28 Transtorno de Ajustamento com ansiedade

309.28/F43.22 Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão

309.30/F43.24 Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta

309.40/F43.25 Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta

309.90/F43.9 Transtorno de Ajustamento, sem especificação

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Nenhum código alocado

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

[Em caso de comorbidade, o seguinte algoritmo (or hierarquia de transtornos baseada no DSM-IV) pode ser usada para reduzir o número de transtornos comórbidos àqueles provavelmente mais significativos clinicamente.]

Questão Sim Não
 Os sintomas de X são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por Y, Z?

Se o diagnóstico X foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico X na coluna 1, e os diagnósticos Y, Z correspondentes na coluna 2

Em qualquer situação em que:

Diagnóstico X	está presente, mantê-lo a menos que o transtorno seja exclusivamente restrito a, ou melhor explicado pelo(s) diagnóstico(s) Y, Z, etc	Diagnósticos Y, Z, etc.
A Episódio Depressivo Maior (EDM)	"	Episódios Hipomaníaco, maníaco e misto, Tr. Esquizoafetivo, Tr. Esquizofreniforme, Tr. Delirante, Tr. Psicótico não especificado
B Transtorno Distímico	"	EDM ou Mania
C Risco de Suicídio	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
D Episódio (Hipo)Maníaco	"	EDM ocorrendo na mesma semana = episódio misto
E Transtorno de Pânico	"	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
F Agoraphobia	"	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
G Fobia Social	"	Tr. Pânico ou Agorafobia
H Fobia Específica	"	Tr. Pânico ou Agorafobia, ou TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
I Obsessive-Compulsive Disorder	"	Qualquer outro transtorno do eixo I
J Tr. de Estresse Pós-Traumático	"	Agorafobia
K Abuso/ Dependência de álcool	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
L Abuso/ Dependência de Drogas (Não-álcool)	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
M Transtorno Psicótico	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
N Anorexia Nervosa	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
O Bulimia Nervosa	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
P Tr. Ansiedade Generalizada	"	EDM, Distímia, Mania, Tr. Psicótico, Tr. Pânico, Fobia Social e Específica, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Ansioso
Q Tr. Personalidade Anti-social	"	Tr. Psicótico, Mania
R Transtorno de Somatização	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I
S Hipocondria	"	Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. Pânico, EDM, Mania, Tr. da ansiedade de Separação, Outro Tr. Somatoforme, Anorexia Nervosa, Fobia Social e Específica, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Delirante, Tr. Dismórfico Corporal, Psicose
T Transtorno Dismórfico Corporal	"	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia
U Transtorno Doloroso	"	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia
V Transtorno da Conduta	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e com TDAH
W Tr. de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)	"	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da Conduta
X Transtorno de Ajustamento	"	Qualquer transtorno do eixo I
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual	"	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um Transtorno de Personalidade
Z Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	"	Qualquer outro transtorno psiquiátrico

REFERÊNCIAS

- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G: The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998: 13:26-34.
- Amorim P. "Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): desenvolvimento e validação de entrevista diagnóstica breve para avaliação dos Transtornos Mentais." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.

Translations

Afrikaans	R. Emsley
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Árabe	
Basco	
Bengali	
Búlgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Esloveno	M.Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês/Flamenco	I.Van Vliet, H. Lcroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 and M.I.N.I. Screen 5.0:

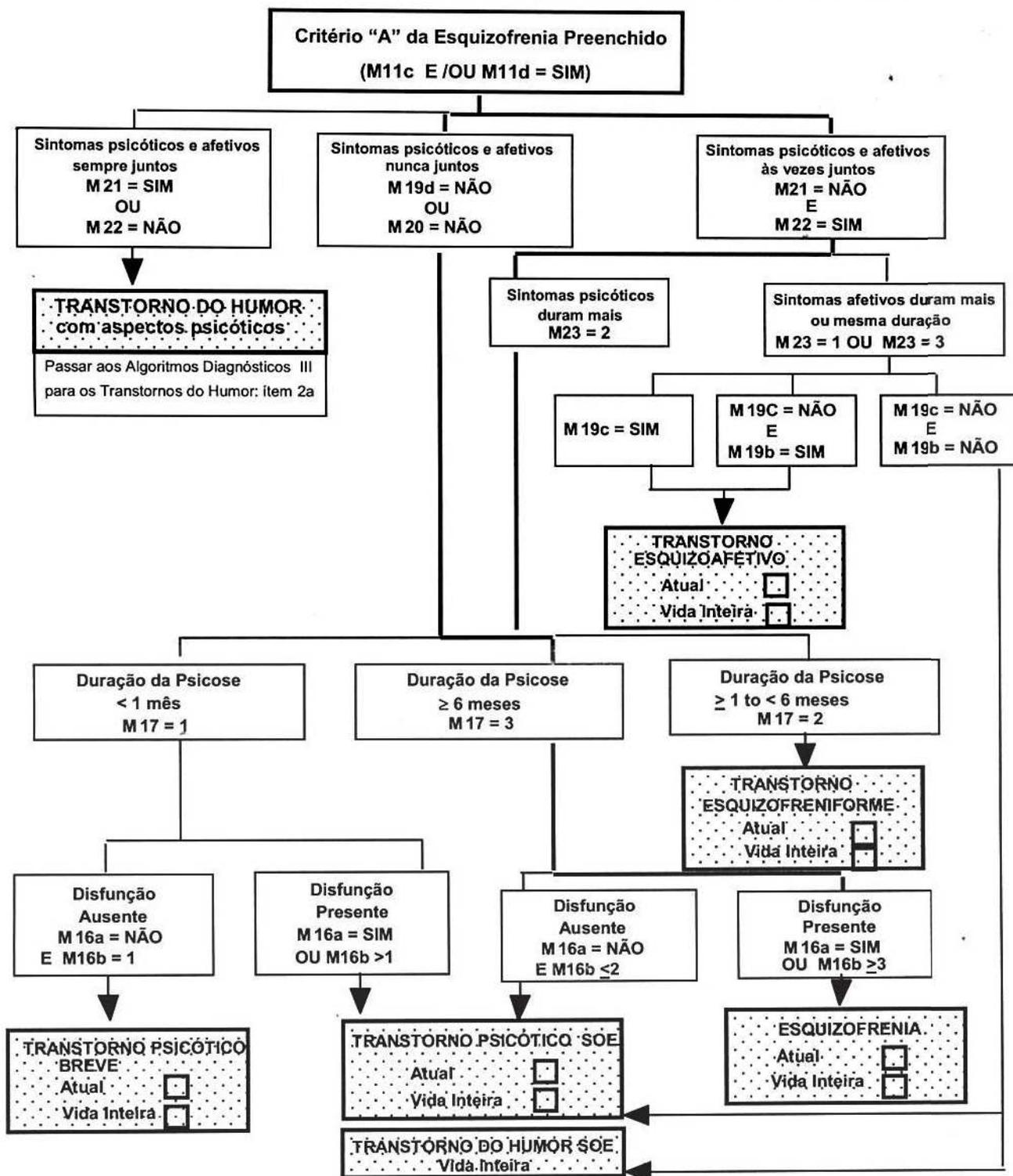
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
O. Osman, E. Al-Radi
Em preparação
H. Banerjee, A. Banerjee
L.G.. Hranov
Em preparação
P. Zvlosky
L. Carroll, K-d Juang
Em preparação
Em preparação
P. Bech, T. Schütze
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,
M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
E. Griez, K. Shruers, T. Overbeck, K. Demyttenaere
I. Bitter, J. Balaz
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda
T. Oisubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
P. Amorim
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H.Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Européia.

Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus
Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

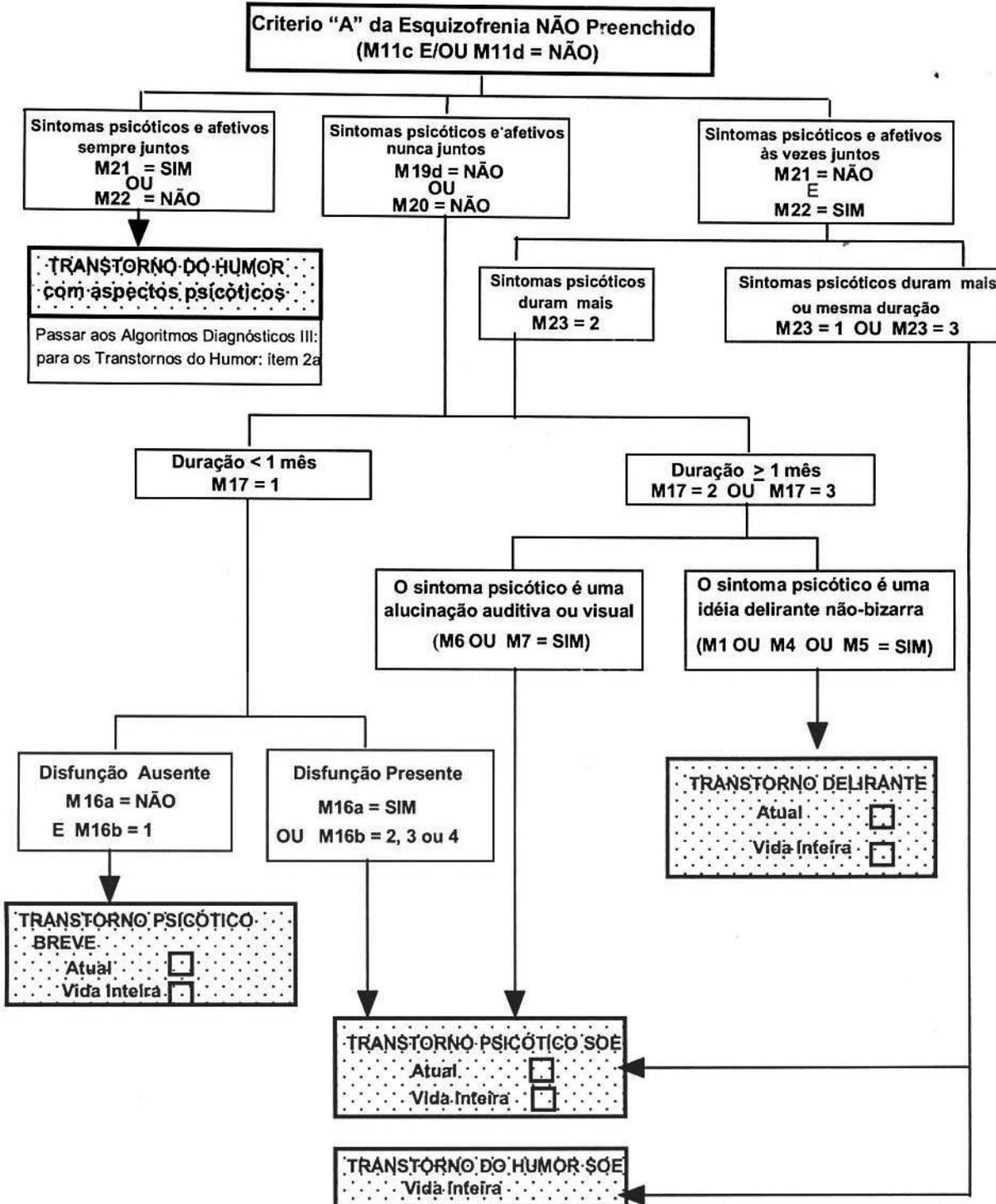
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

Fazer um círculo na alternativa diagnóstica apropriada e especificar se o Transtorno é Atual (M11c = SIM) e/ou Vida Inteira (M11d = SIM). Um diagnóstico positivo exclui todos os outros. Se o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido atualmente (M11c = NÃO), mas está presente ao longo da vida (M11d = SIM), os diagnósticos Atual e Vida Inteira poderão ser diferentes.



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

Fazer um círculo na alternativa apropriada e especificar se o Transtorno é Atual (M11c = NÃO) e/ou Vida Inteira (M11d = NÃO). Um diagnóstico positivo exclui todos os outros. Se o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido atualmente (M11c = NÃO), mas está presente ao longo da vida (M11d = SIM), os diagnósticos Atual e Vida Inteira poderão ser diferentes.



ANEXO

MINI PLUS DSM-IV 5.0.0 – versão brasileira
Avaliação dos Transtornos Psicóticos (TP) e do Humor (TH)
Ficha de conclusão diagnóstica

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A): _____
NÚMERO DO PROTOCOLO: _____
DATA DA ENTREVISTA : _____
NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____

1. DIAGNÓSTICO(S) DSM-IV GERADO(S) PELO MINI PLUS

Assinalar o que for pertinente. Consultar os módulos M, A e D, os algoritmos diagnósticos I, II e III e a questão 2 da ficha de conclusão diagnóstica (diagnóstico atual corrigido de TP).

TRANSTORNOS PSICÓTICOS (código)	VIDA INTEIRA	Atual	Atual corrigido
• Esquizofrenia (295.1-295.6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizofreniforme (295.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizoafetivo (295.7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• TP Breve (295.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Transtorno Delirante (297.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP devido à condição médica geral (293.81-82)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP induzido por substância(s) (291.5; 292.11-12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP sem outra especificação (298.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSTORNOS DO HUMOR (código)			
• Transtorno Depressivo Maior (296.20-36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.24; 296.34)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo I (296.0x; 296.4x-5x-6x-7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.04-44-54-64)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo II (296.89)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TH sem outra especificação (296.9)	<input type="checkbox"/>		
• TH devido à condição médica geral (293.83)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			
• TH induzido por substância(s) (291.8; 292.84)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

O MINI Plus gerou um diagnóstico Vida Inteira de Esquizofrenia ou de Transtorno Esquizofreniforme ou de Transtorno Esquizoafetivo, mas o diagnóstico atual correspondente é diferente porque o critério A da Esquizofrenia não foi preenchido no momento atual (M11c = NÃO)?

NÃO SIM

SE SIM: O TP atual identificado é uma expressão sintomática atenuada (fase residual) do TP diagnosticado ao longo da vida ? NÃO SIM

SE SIM: Assinalar, na coluna correspondente do quadro de diagnósticos (página anterior), o "*diagnóstico atual corrigido*"

3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

Em caso de múltiplos diagnósticos do MINI Plus, anotar aqui o diagnóstico atual principal:

4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

(a) Existe dúvida sobre a presença de causa(s) orgânica(s) que podem explicar :

- o(s) episódio(s) psicótico(s) (M12d) ? NÃO SIM
- o(s) episódio(s) depressivo(s) (A7 sumário) ? NÃO SIM
- o(s) episódio(s) (hipo)maniaco(s) (D4 sumário) ? NÃO SIM

SE SIM: Anotar as razões da(s) dúvida(s) e sua(s) hipótese(s) diagnóstica(s), se existentes:

(b) Anotar outros pontos de dúvida da entrevista, se existentes:

5. DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S) DO(A) ENTREVISTADOR(A)

(a) Existe um *diagnóstico provisório de "TP sem outra especificação"* porque o(a) entrevistado(a) não descreveu nenhum SX psicótico, mas você identificou algum(ns) durante a entrevista (M11b = SIM) ? NÃO SIM

SE SIM: Anotar seu diagnóstico pessoal correspondente e uma breve justificativa:

(b) Existem SX psicóticos descritos e observados, mas com duração inferior a 1 dia (M14) ? NÃO SIM

SE SIM: Anotar seu diagnóstico pessoal correspondente e uma breve justificativa:

(c) Há diagnóstico(s) do MINI Plus com o(s) qual(is) você não concorda ? NÃO SIM

SE SIM: Anotar brevemente as razões dessa(s) discordância(s), bem como seu(s) diagnóstico(s) pessoal(is) correspondente(s), precisando o diagnóstico atual principal:

6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

Anote aqui outras informações importantes, em particular fatores que tenham eventualmente prejudicado a avaliação diagnóstica através do MINI Plus (dificuldades de aplicação da entrevista, particularidades clínicas do/a entrevistado/a...)

Apêndice H - Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS)

EPDS

(Edinburgh Postnatal Depression Scale Validation Study, 1987, validada no Brasil por Santos et al., 2004)

Caso nº: _____

Irei fazer algumas perguntas e você me dirá qual a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

- Como eu sempre fiz
- Não tanto quanto antes
- Sem dúvida, menos que antes
- De jeito nenhum

2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

- Sim, como de costume
- Um pouco menos que de costume
- Muito menos que de costume
- Praticamente não

3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

- Não, de jeito nenhum
- Raramente
- Sim, às vezes
- Sim, muito frequentemente

4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- De vez em quando
- Não, de jeito nenhum

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

- Sim, muito seguido
- Sim, às vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal

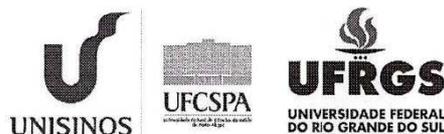
- Sim, na maioria das vezes
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
- Sim, muitas vezes
- Só de vez em quando
- Não, nunca

10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.

- Sim, muitas vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo II: *Avaliação de Aspectos Emocionais e Comportamentais da Díade Mãe-Bebê em Bebês com Sintomas Psicofuncionais*

Você, na condição de mãe de (nome da criança), está sendo convidado a participar da segunda etapa da pesquisa **Sintomas psicofuncionais em bebês: Mapeamento e avaliação**, coordenada pela Prof^a Dr^a Daniela Centenaro Levandowski, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, que tem como objetivo principal identificar sintomas psicofuncionais em bebês de oito a 12 meses atendidos em instituições de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana. Sintomas psicofuncionais são manifestações do corpo e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que podem atingir as principais funções do bebê (por exemplo, o sono, a alimentação e a respiração). Eles necessitam ser identificados precocemente para o seu adequado atendimento, evitando-se prejuízos para o desenvolvimento de seu(sua) filho(a).

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito da maternidade e do relacionamento conjugal. Além disso, será feita uma filmagem do seu bebê para avaliar o desenvolvimento dele. Também será filmada uma sessão de interação entre você e seu bebê.

Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes, reservados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, mãe da criança acima descrita, declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e que aceito participar desse estudo. Declaro que também fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado à criança;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski pelo telefone 3303-8826, na UFCSPA;
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA, pelo telefone 3303-8804

Declaro também que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____


CEP/UFCSPA
TCLE
APROVADO
16/05/13

Apêndice J - Interaction Assessment Procedure (IAP)

Protocolo do Interaction Assessment Procedure – IAP

Nome do examinador: _____

Data do IAP: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Interação com: Mãe () Pai () Outro adulto () _____

Observações sobre o processo de registro em vídeos:

Avaliação: Comportamento do adulto:

1. Sensibilidade

1	3	5	7	9
Inexistente	Fraca	Inconsistente	Boa	Excelente

2. Estrutura

1	3	5
Inadequada	Inconsistente	Excelente

3. Não-intrusividade

1	3	5
Intrusivo	Parcialmente intrusivo	Não intrusivo

4. Não-hostilidade

1	3	5
Hostil	Encoberta	Não hostil

Avaliação do comportamento da criança:

1. Responsividade

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

2. Envolvimento

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

Apêndice K – Entrevista sobre a gestação e o parto, e a experiência da maternidade

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (mãe)

(GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasses um pouco de ti e do pai do bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. O que tu sabes sobre o teu nascimento e tua infância? Quem cuidava de ti quando tu eras pequena?
2. Como tu e o pai do bebê se conheceram?
3. Em que momento da tua vida/da vida do casal aconteceu a gravidez?
4. Como é o teu relacionamento com tua família de origem (pai, mãe, irmãos, ...) hoje?
5. E com a família do pai do bebê?

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre a gravidez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

6. Esta foi a tua primeira gravidez? Foi uma gravidez planejada?
7. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
8. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
9. Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
10. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E emocionais (vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria)?
11. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
12. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
13. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (o que ele fazia)? Como tu te sentiste com isto?
14. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
15. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
16. Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez?
17. Tu já tiveste outra gravidez? *(Caso tenha tido:)* Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

III. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

18. Como foi o parto? Foi normal ou cesariana? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
19. Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
20. O bebê mamou logo depois do parto?
21. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou e desagradou?
22. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
23. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
24. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
25. Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
26. Teve alguma dificuldade com a amamentação?
27. Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação?

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasse sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?

1. Era como tu imaginavas? *(se não era)* O que está diferente?
2. Como tu vês a comunicação entre vocês dois?
3. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
4. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
5. Tu percebes se teu bebê tem choros diferentes (dor, fome, sono, manha)? Como é para ti escutar o choro do teu bebê? O que tu costumava fazer quando teu bebê está chorando? Como te sentes?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
8. E o que mais o desagrada? Por quê?
9. Tu costumava brincar com o bebê? Com que frequência? Do que vocês brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

10. Como tu estás te sentindo como mãe?
11. O que mais te agrada em ser mãe?
12. E o que é mais difícil para ti?
13. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
14. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
15. O que mudou para ti agora que és mãe?
16. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
17. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
18. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
19. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
20. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
21. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
22. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembras?
23. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
24. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

Como é o jeito dele lidar com o bebê?

25. Como tu achas que ele está sendo como pai? Esta sendo como tu imaginavas?
26. Ele participa dos cuidados do bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com isso?
27. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
28. Como é para ti pedir essa ajuda?
29. Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada? E o que te incomoda?
30. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
31. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
32. Como imaginas que ele te vê como mãe?

V. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?

33. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
34. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
35. Por que vocês escolheram colocar na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche):

Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?

36. Quando? Por que escolheram colocar (ou não colocar) na creche?
37. Como tu achas que ele vai reagir?
38. Como tu achas que tu vais te sentir?

VI. Como é/foi a amamentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado): tu poderias me falar um pouco mais sobre...

39. Como está a amamentação atualmente? O (nome do bebê) mama no peito ou toma mamadeira?
40. Além do peito, tu precisou complementar a amamentação com algum produto (leite em pó)? Se sim, em que momento tu usou o complemento?
41. (caso não mame no peito) Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
42. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
43. Como você se sente/sentia ao dar de mamar para o bebê? Você ficou satisfeita com essa experiência de amamentação?

VII. (se mãe com Depressão Pós-Parto no EPDS, perguntar)

44. Tu relataste (antes, no encontro anterior) que, ultimamente, estás te sentindo triste, tens vontade de chorar ou te sentes mais irritada (perguntar de acordo com o que a mãe relatar estar sentindo)? Poderias me falar mais sobre isso?
45. Como é para ti cuidar do teu bebê quando estás te sentindo assim?
46. Tu lembras quando começaste a te sentir assim? Como foi?
47. Em algum outro momento de tua vida, já te sentiste assim? (Se sim, poderias falar mais sobre isso?)
48. Chegaste a procurar alguma ajuda ou tratamento? (Se sim, qual? Está tomando medicação?)