

**A Influência da Chegada do Bebê na Relação Conjugal no
Contexto de Depressão Materna**

Bruna Gabriella Pedrotti

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para a obtenção
do grau de Psicóloga, sob orientação da Prof^ª. Dra. Giana Bitencourt Frizzo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia

Porto Alegre, dezembro de 2016.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Marisa e Paulo, e aos meus irmãos, Paulo e Giovanni, pelo incentivo e apoio durante esses anos de estudo e dedicação.

Ao meu namorado, Luiz Gustavo, pelo amor e compreensão recebidos e pelo companheirismo ao longo dessa trajetória.

À minha orientadora, professora Dra. Giana Frizzo, por todos os ensinamentos, pelo incentivo e pela inspiração. Obrigada pelo carinho, pelas orientações, supervisões de estágio e pelos encontros de quarta à tarde.

À professora Dra. Milena Silva, por ter aceitado o convite para debater sobre meu trabalho, pelas aulas agradáveis e por ter me proporcionado o primeiro contato com a pesquisa.

Às minhas colegas e amigas, Andressa Milczarck, Jéssica Tag e Maria Eduarda Bonfante, por terem tornado esses cinco anos mais leves e descontraídos. Obrigada pela amizade, pela paciência, pela escuta, pelo carinho e por compartilhar desta conquista.

Às colegas do grupo de pesquisa, NUFABE, pela amizade, pelas conversas, pelo conhecimento compartilhado, pelos lanchinhos da tarde e pela ajuda, sempre que precisei.

Às colegas do Centro de Atendimento Pais-Bebê, pelo grupo de estudos, pelos aprendizados e pela parceria nos atendimentos.

Às supervisoras de estágio básico da Creche Francesca Zacaro Faraco, Fernanda Marques e Helenise Ebersol, pelas primeiras experiências práticas, pelos agradáveis seminários, pelo conhecimento, pela convivência e pelo carinho.

Às supervisoras de estágio de ênfase em Desenvolvimento Humano do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS, Denise Yates, Mônia Silva e Beatriz Cattani, e às minhas colegas de estágio, Jéssica Tag, Luciana Valiente e Juliana Miranda, pelos ensinamentos e desafios, pelas supervisões, pela ajuda e pelos momentos agradáveis.

Aos supervisores de estágio de ênfase em Processos Clínicos da Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS, Marcia Pedruzzi e Carlos Henrique Kessler, pelo conhecimento e apoio, e aos meus colegas de estágio, que fizeram deste último ano de graduação mais agradável através do companheirismo e dos momentos descontraídos na sala dos terapeutas.

Sumário

Resumo.....	5
CAPÍTULO I.....	6
Introdução.....	6
A construção da conjugalidade.....	6
A transição para a parentalidade.....	10
A relação conjugal e a depressão materna.....	12
Justificativa e objetivos.....	15
CAPÍTULO II.....	16
Método.....	16
Participantes.....	16
Delineamento.....	17
Procedimentos.....	17
Instrumentos.....	17
Análises dos dados.....	19
CAPÍTULO III.....	21
Resultados.....	21
CAPÍTULO IV.....	26
Discussão.....	26
Considerações finais.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS.....	40
Anexo A.....	40
Anexo B.....	43
Anexo C.....	47

Anexo D.....	49
Anexo E.....	85
Anexo F.....	86
Anexo G.....	87

Resumo

O presente estudo investigou a influência da chegada do bebê na relação conjugal, no contexto de depressão materna. Participou deste estudo uma família, composta pela esposa, de 38 anos, pelo marido, de 33 anos, pela filha, de 2 anos e meio e pelo filho, de 10 meses. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, através de um estudo de caso único, em que foram analisadas duas entrevistas semiestruturadas, além da análise dos resultados obtidos através da Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS). Para isso, foram utilizados, como norteadores da análise, seis conceitos derivados da literatura: poder e igualdade, adaptabilidade, coesão, processos comunicativos, expressão das emoções e resolução de problemas. Observaram-se dificuldades como desequilíbrio de poder na relação (principalmente no que se refere à divisão de tarefas pelo casal), dificuldades de adaptação do casal às novas demandas, impacto negativo na comunicação e expressão de afetos e sentimentos, além de estratégias disfuncionais de resolução de problemas. Os resultados deste estudo corroboram os achados da literatura, que caracterizam esta transição do ciclo vital como um momento de crise familiar e conjugal, que é agravado pelo contexto de depressão materna.

Palavras-chave: Conjugalidade; Depressão Materna; Parentalidade.

CAPÍTULO I

Introdução

1.1 A construção da conjugalidade

Atualmente, está ficando cada vez mais difícil determinar quais são os padrões “normais” de desenvolvimento de uma família. Segundo Carter e McGoldrick, (1995), a referência ao padrão “normal” do desenvolvimento familiar diz respeito às famílias norte-americanas de classe média. Entretanto, elas salientam que, em função das transformações do padrão de configuração familiar e das alterações no ciclo de vida familiar, esta seria apenas uma referência a ser tomada. Desta maneira, estas autoras apresentaram os estágios que consideram previsíveis no desenvolvimento “normal” daquelas famílias. Elas dividiram o ciclo de vida familiar “normal” em seis estágios, cada um com suas respectivas dificuldades e tarefas: (1) os jovens solteiros; (2) o novo casal; (3) famílias com filhos pequenos; (4) famílias com filhos adolescentes; (5) lançando os filhos e seguindo em frente – o ninho vazio; e, finalmente, (6) famílias no estágio tardio de vida.

Em diversos pontos de transição familiar e/ou conjugal podem ocorrer crises – que habitualmente surgem em função das mudanças impostas pela transição de um ciclo a outro da vida familiar – e, eventualmente, distúrbios na interação entre os indivíduos (Menezes, 2001). Ao longo do último século, houve muitas mudanças no entendimento e no conceito de casamento. Antes, os casamentos eram ditos arranjados, por conveniência e pela escolha da família dos noivos. Atualmente, as escolhas são feitas pelos próprios cônjuges, que contam hoje com possibilidades não existentes anteriormente, como o divórcio e a união estável. Portanto, a escolha do cônjuge passou a ser algo subjetivo e individual. Entretanto, mesmo que se entenda hoje que esta escolha diz respeito apenas aos cônjuges, em alguma medida ainda há influências transgeracionais, algumas vezes inevitáveis e incontroláveis (Carter & McGoldrick, 1995).

O papel da mulher no casamento tem sofrido grandes modificações. Antes, a mulher exercia as funções de dona de casa e esposa, as quais representavam um status baixo, em que a mulher não tinha nenhuma fonte de renda e apenas se dedicava à casa, ao marido e aos cuidados dos filhos. Entretanto, como ressaltam Souza e Moreira (2012), com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o estabelecimento de metas de carreira e conseqüentemente o novo status que passou a ocupar, surgem as

preocupações relativas à qualidade dos relacionamentos no âmbito da família, no convívio conjugal e na atenção e cuidados destinados aos filhos.

O perfil da família no cenário atual desenha-se a partir da inserção da mulher no mercado de trabalho. Tal configuração eleva a expectativa feminina por um espaço de realização profissional, relativa à autonomia de consumo, e convivência conjugal mais ajustada, no que se refere à divisão de tarefas familiares. Embora as promessas de igualdade de funções sejam evidenciadas, elas ainda se constituem numa disparidade entre homens e mulheres (Jablonski, 2003). As mulheres continuam as principais responsáveis pelo trabalho familiar, sentindo-se sobrecarregadas e sofrendo maior conflito entre o seu papel familiar e profissional (Souza & Moreira, 2012).

Como atualmente o modelo mais comum de relacionamento é o modelo em que tanto o homem quanto a mulher trabalham, entende-se que este seria um modelo caracterizado por papéis simétricos entre a esposa e o marido. Idealmente, os dois veriam com igual importância o trabalho, assim como a divisão das tarefas como o cuidado da casa e dos filhos. Entretanto, como citado, a realidade encontrada é diferente, tendo as mulheres somado suas responsabilidades profissionais às suas responsabilidades domésticas:

A maior parte dos homens cujas mulheres trabalham têm poucas responsabilidades domésticas a mais do que aqueles que sustentam sozinhos a família. Esse fato assinala um sério desequilíbrio estrutural nos casamentos contemporâneos. (...) No caso de casais unidos com base no *quid pro quo* tradicional, a mulher, em geral, une a responsabilidade do trabalho às obrigações familiares. Nos casais nascidos sobre a base de um contrato que prevê que os dois trabalhem, as dificuldades apresentam-se no momento da criação dos filhos (Walsh, 2002, p. 18).

A transição para a vida conjugal, assim como todas as mudanças do ciclo vital, é complexa e demanda dos sujeitos reorganização e paciência. Entretanto, um dos aspectos centrais que caracteriza os relacionamentos conjugais atualmente é a crescente expectativa depositada nestas relações. Os indivíduos esperam cada vez mais dos seus pares e, conseqüentemente, tornam-se mais vulneráveis às inevitáveis frustrações. Como ressalta Féres-Carneiro (1998), na sociedade contemporânea os indivíduos se divorciam não porque o casamento não é importante, mas porque sua importância é tão grande que

os cônjuges não aceitam que ele não corresponda às suas expectativas. Segundo a autora, o principal fator que cria a dificuldade, mas ao mesmo tempo o fascínio de ser um casal é o fato de que o casal é constituído por dois sujeitos, duas percepções de mundo, dois desejos, duas individualidades que possuem projetos e histórias de vida diferentes e que precisam conviver com uma conjugalidade e um desejo conjunto, criando uma história de vida conjugal e um projeto de vida de casal. Não há mais apenas uma identidade individual, mas uma identidade conjugal.

E, como a dissolução dos relacionamentos conjugais tem se mostrado bastante presente nas sociedades ocidentais atuais, os casais acabam buscando alcançar uma estabilidade ideal, na qual cada pai individualmente poderia garantir a educação e o provimento integral dos filhos sozinho. Nesse sentido, a sociedade acaba por exigir dos pais maior envolvimento afetivo com os filhos, com mais tempo de dedicação e cuidado aos mesmos, na mesma medida em que valoriza o trabalho em tempo integral, com objetivo de constante ascensão financeira (Matos & Magalhães, 2014). Assim, a pressão sobre os pais e casal parental aumenta ainda mais, fortalecendo a tensão interna quanto a esse dilema.

Deve-se considerar ainda que, de acordo com Carter e McGoldrick, (1995) a escolha conjugal de cada indivíduo está relacionada aos modelos parentais, às expectativas que surgem no indivíduo a partir de toda sua vivência na família de origem e aos padrões de interação estabelecidos nos sistemas originais de cada um. Quanto mais as questões de fusão na família ampliada forem resolvidas e entendidas antes do desenvolvimento de novos relacionamentos, mais facilmente o indivíduo pode passar para uma fase mútua, interdependente, de verdadeira intimidade, mais livre da projeção da família de origem. Tal situação proporciona uma escolha e um relacionamento conjugal com maiores possibilidades de êxito.

Segundo Walsh (2002), para o casamento funcionar, é preciso que haja um acordo, ou seja, “a definição de como cada um é em relação ao outro” (Walsh, 2002, p. 14), que pode ser chamada de *quid pro quo*. Este conceito significa “literalmente uma coisa por outra – é uma expressão da natureza legal do contrato, em que cada parte recebe alguma coisa em troca de algo que dá, definindo, desse modo, os direitos e os deveres das partes” (Walsh, 2002, p. 14). Sobre o sucesso ou o fracasso do casamento, Walsh (2002, p. 15) afirma:

O sucesso ou o fracasso do casamento dependem do funcionamento, ou não, das regras de colaboração que devem ser expressas por cada casal em consideração às inevitáveis diferenças e semelhanças entre os parceiros. Em uma relação de casal, os dois indivíduos devem poder colaborar em um grande número de tarefas: ganhar dinheiro, cuidar da casa, levar uma vida social, ter relações sexuais e ser pais, presumivelmente, por um longo período de tempo. As regras de relação que um casal estabelece para enfrentar essas tarefas fundamentais estabelecem o grau de sanidade ou disfuncionalidade do casal.

Entende-se que a influência da família de origem é importante para compreender como os indivíduos aprendem padrões de interação, expectativas, atitudes, orientações e conceitos considerados funcionais ou não funcionais. Estas aprendizagens desempenham efeitos poderosos nos comportamentos e nas escolhas destes indivíduos em seus relacionamentos íntimos, bem como em outras áreas de suas vidas. Walsh (2002) ressalta que a diferença entre casais ditos “saudáveis” e aqueles que apresentam dificuldades não está na presença ou ausência de problemas, mas na maneira como eles são resolvidos.

Para a compreensão dos fatores funcionais e disfuncionais presentes no relacionamento do casal, a autora parte de alguns conceitos que define como importantes para o equilíbrio da relação: poder e igualdade, adaptabilidade, coesão, processos comunicativos, expressão das emoções e resolução de problemas. A clareza e o funcionamento das regras estabelecidas, bem como o encontro de um equilíbrio e um consenso dentre os fatores citados são preditivos de um relacionamento funcional. Já o desequilíbrio e a ausência do consenso entre o casal nesses aspectos podem caracterizar elementos disfuncionais da conjugalidade.

Féres-Carneiro e Diniz-Neto (2010) ressaltam a conjugalidade como um processo de construção de uma realidade comum, em que cada parceiro, ao se engajar na relação a dois, experimenta uma reconstrução de sua realidade individual, criando referências comuns e uma identidade conjugal. Para os autores, então, esta relação é construída a partir de trocas verbais e não verbais entre os parceiros que coordenam suas ações recíprocas no universo social de significado, comprometendo-se com a construção de uma história comum, na qual as mudanças na pauta de ação de um dos cônjuges afeta o outro. Portanto, a conjugalidade implica o entrelaçamento de dois “eus”, duas subjetividades, para a constituição de uma identidade compartilhada - a identidade

conjugal (Magalhães, 2009). A construção da identidade conjugal envolve disposição, diálogo e compreensão e se torna mais complexa com a chegada dos filhos, pois esta provoca profundas transformações físicas, psicológicas e sociais na vida dos pais, embora também lhes propicie muita gratificação (Barbiero & Baumkarten, 2015).

Nesse sentido, o aspecto de formação da conjugalidade deve ser visto como contínuo e não somente envolvendo as fases iniciais de engajamento amoroso, pois são os padrões de relacionamento que mantêm a conjugalidade e sua qualidade, ao longo do tempo, permitindo que esta resista às diversas circunstâncias e às mudanças previsíveis e imprevisíveis do ciclo de vida (Féres-Carneiro, 2003; Féres-Carneiro & Diniz-Neto, 2010). Entretanto, por mais que a construção da conjugalidade em si seja uma grande mudança na vida dos sujeitos, que exige adaptações e negociações constantes, os maiores desafios surgem na etapa seguinte, na transição da parentalidade. É essa passagem que confronta os casais mais intensamente com os problemas dos tradicionais papéis sexuais e dos padrões multigeracionais, além da busca da mulher pelos seus objetivos de carreira e pela ideal divisão dos trabalhos domésticos (Carter & McGoldrick, 1995).

1.2 A transição para a parentalidade

A perspectiva da sociedade frente aos desafios da maternidade tem mudado fortemente. Com isso, a forma com que as pessoas vivenciam este processo também está diferente. A representação dos papéis familiares está muito mais fluida, menos rígida, em uma tendência à apropriação do papel maternal pelo homem e à sobreposição de papéis do homem e da mulher, em detrimento da complementaridade que parece ser essencial (Silva, 2009). Dessa forma, a mulher tem buscado, cada vez mais, ascender à carreira profissional, ocupando outro lugar na sociedade. Com isso, torna-se necessária outra organização familiar, no intuito de dar conta da nova realidade da família contemporânea.

Na reorganização necessária para a transição à parentalidade, com a chegada dos filhos, a mulher tende a assumir mais responsabilidades na casa e no cuidado das crianças. Porém, na maior parte dos casos, isso compromete a carreira profissional da mulher, enquanto o marido mantém suas prioridades e objetivos profissionais. Com essa ambivalência entre os cuidados da casa e a dedicação à vida profissional, a mulher sente não estar atuando bem em nenhuma das áreas, pois compara-se ao marido, que se

mantém empenhado a atingir seus objetivos na carreira, e, por outro lado, compara-se à sua própria mãe, que dedicou-se inteiramente ao papel de mãe e esposa (Walsh, 2002).

Dessa forma, ocorre um efeito-dominó: como raramente os maridos escolhem ficar em casa por mais tempo, em alguns casos, a mulher abandona a carreira, ou opta por trabalhar menos e permanecer mais tempo em casa. Com isso, os imperativos biológicos da gravidez e da assistência aos filhos, além do significado que a sociedade estabelece para o laço mãe-filho fazem com que a mulher tenda a optar por dedicar-se exclusivamente ao cuidado dos filhos, permanecendo em casa, ou acaba por sobrecarregar-se ao tentar conciliar a casa, o cuidado com os filhos e o trabalho. Conseqüentemente, “a esposa toma para si também a maior parte da responsabilidade familiar e, quanto mais tempo passa em casa, mais natural que se encarregue de todos os trabalhos domésticos” (Walsh, 2002, p. 18).

Um estudo de Menezes e Lopes (2007) evidencia a importância da natureza da relação conjugal estabelecida anteriormente à transição para a parentalidade, no que diz respeito ao impacto desta mudança no relacionamento. Ao avaliarem a relação conjugal na transição para a parentalidade, constataram que não é a transição para a parentalidade, em si, que gera uma crise no sistema familiar e conjugal, mas sim a história de cada casal e a qualidade de sua relação afetiva que vão ser relevantes para a existência de uma crise ou não.

A transição da vida conjugal para a parentalidade requer um consenso entre o casal e também exige satisfação conjugal por parte daqueles que desejam tornar-se pais (Silva, 2009). O período de transição para a parentalidade se caracteriza por mudanças na imagem que cada um dos cônjuges tem de si mesmo, do outro e da própria relação (Stern, 1997). Por conseguinte, com a chegada do bebê, tanto o pai quanto a mãe passam por mudanças importantes, bem como o sistema familiar em si. Inclusive, esta é considerada uma das maiores e mais exigentes mudanças por que o sistema familiar pode passar (Ferreira, Monteiro, Fernandes, Cardoso & Veríssimo, 2014).

Minuchin (1982) afirma que a transição para a parentalidade representa a inclusão de um novo subsistema na família: o parental. Dessa forma, o subsistema conjugal deve adaptar-se para lidar com essa nova demanda, buscando preservar o apoio entre o casal, no intuito de prover suporte um ao outro frente às exigências da vida. Em vista disso, entende-se a família como uma nova constituição, que possibilita a elaboração e aprendizagem dos processos de interação e de relações interpessoais (Minuchin & Fishman, 2003). A presença de fronteiras entre os subsistemas familiares

permite estabelecer os limites e as trocas entre seus membros, gerando condições para a manutenção dos relacionamentos, assim como para que seus membros adquiram novas competências, tanto na relação com os outros subsistemas, como com pessoas externas à família.

Sendo assim, o subsistema conjugal deve conseguir construir uma fronteira - em termos de funcionamento - que o proteja da interferência e necessidades de outros sistemas ou subsistemas. Dessa forma, o casal deve ter seu espaço próprio para acolher um ao outro nas suas necessidades emocionais de adultos e de apoio mútuo. Quando a fronteira em torno do casal é difusa, outros subsistemas, tais como filhos ou parentes afins, podem facilmente interferir no funcionamento do sistema conjugal, gerando um alto grau de tensão (Minuchin, 1982). Entretanto, em razão de todas as demais reestruturações que precisam ser realizadas nesse período, a conjugalidade deixa de ser o relacionamento central para as famílias (Hackel & Ruble, 1992).

1.3 A relação conjugal e a depressão materna

Como este é um momento de intensas mudanças, que exigem muito principalmente da mãe, eventualmente as mulheres podem deparar-se com dificuldades e sintomas depressivos. Entretanto, como os sintomas são sentidos em meio a muitas novidades, mudanças hormonais e cansaço pela rotina do bebê, a maioria das depressões maternas passa despercebida, pois os sintomas são encarados como uma reação normal frente a esse momento.

A CID-10 (OMS, 1993) classifica como transtornos mentais associados com o puerpério aqueles que se iniciam dentro de seis semanas pós-natais. O critério do DSM-V (APA, 2013) define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior que tem seu início na gestação ou dentro das quatro primeiras semanas após o parto. Os principais sintomas são humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva que podem ser delirantes. Tais sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. No entanto, há uma vasta literatura indicando que os sintomas depressivos da mãe podem surgir em algum outro momento no primeiro ano de vida do bebê e não necessariamente nas primeiras semanas do pós-parto, mas ainda bastante relacionados com o nascimento da criança (Beck, Reynolds & Rutowsky, 1992; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Nonacs & Cohen, 2005), e por isso usaremos o termo depressão materna

para conceituar a depressão que acomete as mães ao longo desse primeiro ano de vida do bebê.

A depressão materna também pode desencadear sentimentos de incapacidade e de inadequação, relacionados com a maneira de lidar com o bebê. Pode ainda compreender sintomas de ansiedade (preocupação excessiva com a saúde e demais cuidados do bebê), irritabilidade, fadiga, desânimo, perturbações do sono, crises de choro, queixas somáticas, isolamento social e desinteresse pela relação sexual (Brites, Moreira & Baptista, 2000).

Com a depressão, as mães passam a voltar-se para si mesmas e acabam não se mostrando tão disponíveis para o seu bebê, o que pode prejudicar a relação entre a díade. Portanto, a depressão materna representa uma situação de risco para a mãe e o bebê, já que afeta a relação entre eles e, com isso, pode influenciar negativamente nos cuidados parentais inerentes à situação de parentalidade (Francisco, Pires, Pingo, Henriques, Esteves & Valada, 2007).

Winnicott (1978) afirma que no período que antecede ao parto e nos primeiros meses que se seguem a este, a mãe comumente entra num estado particular, denominado “preocupação materna primária”. Este estado caracteriza-se por uma sensibilidade aumentada, que possibilita que a mãe, ao se identificar com o seu bebê, possa responder às necessidades deste, afastando-se temporariamente de seus demais interesses.

Com isso, cabe ao pai assumir o papel de apoio para a mãe - provendo suas necessidades vitais e diminuindo o impacto das exigências da realidade externa - e de proteção à díade mãe-bebê, responsabilizando-se por introduzir nela o sentido da realidade, como um terceiro na relação, possibilitando novamente o contato da mãe com outros interesses (Gonçalves, 2004; Stern, 1997). Portanto, o pai se mostra como mediador da relação mãe-bebê, representando a frustração enquanto figura parental que disputa com a criança a atenção da mãe (Silva, 2009). Assim, o modo como esse processo ocorre e as percepções frente a esse período exercem uma forte influência, que pode ser favorável ou desfavorável, nas relações intrafamiliares (Montagner, 2005).

Em função de todas as mudanças características da transição para a parentalidade, este momento pode ser encarado como um fator estressante para a relação conjugal, para muitos casais. Ainda que muitos autores ressaltem o impacto que a depressão pós-parto pode causar na relação do casal, Carter, Grigoriadis e Ross (2010) evidenciaram que os estudos sobre o tema sugerem uma influência mútua entre depressão pós-parto e relação conjugal. Assim, na mesma medida em que dificuldades

na relação conjugal parecem influenciar o desencadeamento e a gravidade dos sintomas depressivos, estes parecem vir a contribuir para a existência de dificuldades no relacionamento do casal.

Deste modo, o parceiro representa um papel fundamental - o de prover o apoio de que a mulher necessita, de diversas formas. Este pode ser traduzido pelo tempo em que o pai está com o bebê, na frequência em que ele ajuda nas necessidades básicas do filho (como a alimentação, troca de fraldas, banho), bem como no auxílio financeiro e na colaboração quanto às tarefas domésticas e familiares (Tavares, 1990; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005). Frente à importância da percepção do apoio à mãe, autores afirmam que um baixo nível de apoio social, bem como baixo nível de apoio oferecido pelo parceiro, pode aumentar o risco de sintomas depressivos maternos (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007; Kim, Connolly & Tamim, 2014; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005).

Isto posto, Goodman e Gotlib (1999) referem que os efeitos negativos da depressão podem ser moderados pelos cuidados e afeto que o pai pode proporcionar ao bebê. Isso é possível através da tendência mencionada de que ele assuma tanto funções maternas quanto paternas, além de prover apoio à mãe, no intuito de possibilitar que ela se sinta mais segura para cuidar do seu bebê. Portanto, as mães que não têm um marido confiante e colaborativo, que as ajude nas tarefas domésticas, estariam mais vulneráveis para desenvolver depressão no período pós-parto (Esteves, Pires & Valada, 2001). O fato de os parceiros proporcionarem apoio instrumental e emocional a essas mulheres permite que elas se sintam mais seguras com a maternidade, o que melhora o seu bem-estar (Montgomery, Bailey, Purdon, Snelling & Kauppi, 2009). Inclusive, o apoio do parceiro parece suscitar uma melhora importante nos sintomas depressivos das mulheres (Misri, Kostaras, Fox & Kostaras, 2000). Nesse sentido, Beck (2001) destacou a importância da qualidade e ajustamento conjugal para o alívio da depressão materna.

Foi descoberta uma associação significativa entre o grau de depressão materna e o ajustamento conjugal, em uma investigação no período de seis meses após o parto (Hee, 2006). Inclusive, a depressão pós-parto tem se mostrado associada a menores índices de satisfação conjugal (Mayor, 2004; Moel, Buttner, O'Hara, Stuart & Gorman, 2010; Hollist, Falceto, Seibel, Springer, Fernandes & Miller, 2016). Ainda, a presença do transtorno mostrou-se relacionada a uma maior ocorrência de conflitos conjugais (Mayor, 2004), assim como a um menor interesse sexual (Moel et al., 2010).

Hollist et al., (2016) buscaram verificar a relação entre a satisfação conjugal e a depressão pós-parto e o impacto destas variáveis nos níveis de satisfação conjugal e

depressão futuros, através de um estudo longitudinal com 99 mulheres brasileiras. Os autores observaram que o conflito conjugal é um antecedente importante no desenvolvimento da depressão e que a depressão pós-parto influencia significativamente a satisfação conjugal. Nesse sentido, no estudo de Frizzo, Lopes e Piccinini (2010) sobre conjugalidade em contexto de depressão da esposa, os autores avaliaram o relacionamento conjugal e dividiram os participantes em dois grupos, um em que as esposas estavam deprimidas e o outro em que elas não apresentavam sintomas depressivos. Eles observaram dificuldades adicionais especialmente no grupo de esposas deprimidas, tanto na forma de avaliar o relacionamento conjugal, quanto na reorganização do tempo do casal, quando o bebê não está presente.

Tem sido destacado por diversos autores que a depressão pós-parto pode afetar a comunicação do casal em relação aos comportamentos necessários à resolução de conflitos, bem como à expressão de sentimentos em si (Cummings, Keller & Davies, 2005; Frizzo, 2008; Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010; Linares & Campo, 2000). Em vista disso, vários estudos indicaram que mulheres em situação de depressão podem ter dificuldades para explicar os motivos e consequências de suas brigas, o que prejudica a comunicação do casal (Cummings & Davies, 1994; Frizzo, Silva, Piccinini & Lopes, 2011).

Segundo Linares e Campo (2000), estratégias como o evitamento de conflito parecem ser bastante comuns em casais com a esposa deprimida, justamente em função do receio de término da relação. Entretanto, essas estratégias tendem a dificultar que os problemas sejam enfrentados de modo efetivo, o que pode trazer potenciais complicações para o relacionamento conjugal (Walsh, 2002). Portanto, haverá mais probabilidades de encontrar soluções positivas para os conflitos, que satisfaçam ambos, na medida em que o casal puder se escutar, respeitar e aceitar um a opinião do outro (Frizzo et al., 2011).

Justificativa e objetivos

A transição para a parentalidade é um processo intenso, que traz muitos desafios à relação conjugal. É um dos momentos mais críticos do ciclo vital, em função das mudanças que afetam os subsistemas familiares. Em função disso, muitas mulheres vivenciam este momento com dificuldade, o que pode ser um fator importante para o desenvolvimento da depressão. Nesse contexto, principalmente, a satisfação conjugal e

o apoio do cônjuge (ou a falta desses) são aspectos que se mostram influentes no curso da depressão materna.

Tendo em vista a importância desse período na relação conjugal, bem como familiar, este trabalho propõe-se a analisar de que forma a chegada do bebê influenciou a relação conjugal em contexto de depressão materna para um casal. Entende-se que compreender os aspectos funcionais e disfuncionais do relacionamento conjugal pode trazer contribuições importantes para o entendimento clínico do sintoma da depressão materna.

CAPÍTULO II

Método

2.1 Participantes

Participou deste estudo uma família, na qual a esposa apresentava depressão pós-parto, com base nos seus escores na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e na identificação de episódio de Depressão Maior Atual através do Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I PLUS). Foi escolhido o caso que proporcionava maior oportunidade de aprendizado (Stake, 2006) em função de ter vários elementos relativos à conjugalidade. A família era composta pela esposa, de 38 anos, pelo marido, de 33 anos, pela filha, de 2 anos e meio e pelo filho, de 10 meses, quando do primeiro contato com a família. A esposa era funcionária pública e atuava na área da saúde e o marido era supervisor técnico de uma empresa. O casal morava junto há 12 anos e a esposa buscou participar da pesquisa por indicação.

O presente estudo fez parte de uma pesquisa maior denominada “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção” (Frizzo, Piccinini, Silva, Levandowski, & Donelli, 2012) coordenado pela Prof. Dra. Giana Bitencourt Frizzo. Esse projeto teve como objetivo investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto e o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto. Este projeto foi realizado de forma multicêntrica e contou com a participação de equipes de pesquisa da UNISINOS (Universidade do Vale do Rio dos Sinos) e da UFCSPA (Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre). O projeto foi apreciado e aprovado pelo comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob o protocolo 292.683 e atende à resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos (Anexo A).

2.2 Delineamento

Foi utilizada uma abordagem qualitativa, através de um estudo de caso único (Yin, 2001) no intuito de analisar de que forma a chegada do bebê influenciou a relação conjugal de um casal em contexto de depressão materna, através da Entrevista sobre gestação e parto (GIDEP/NUDIF 2003b) e da Entrevista sobre a experiência da maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c), considerando-se a análise dos resultados obtidos através da Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS) (Busby, Crane, Larson & Christensen, 1995).

2.3 Procedimentos

Inicialmente, a mãe respondeu à Ficha de contato inicial (GIDEP/NUDIF, 2003a) utilizada no estudo, que visou examinar se as famílias atendiam critérios para participar do projeto. Quando houve concordância em participar, as mães foram convidadas a ir ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, preencheram uma Ficha de Dados Sociodemográficos e responderam à Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) e ao M.I.N.I. (Mini Mental Neuropsychiatric Interview), dentre outros instrumentos.

Quando confirmada a presença de sintomas depressivos na mãe, de acordo com o EPDS e o MINI, iniciou-se a segunda fase do estudo. Esta consistia na aplicação de outros instrumentos, como a Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS), a Entrevista sobre a Gestação e o Parto e a Entrevista sobre a Experiência da Maternidade, analisadas no presente estudo.

2.4 Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos, versão adaptada de NUDIF (2008): contém questões sobre o bebê e sua família, tais como escolaridade e ocupação dos pais, descrição da moradia (para classificação do nível socioeconômico), ordem de nascimento do bebê, histórico de doenças e internação, tipo de parto, etc. (Anexo B).

Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) (Cox et al., 1987): A EPDS, instrumento de triagem específico para a depressão pós-parto, foi precursora nesse tipo de avaliação. Consiste em um instrumento de auto registro com dez questões que investigam sintomas comuns da depressão, com respostas objetivas, no formato tipo

Likert – ou seja, o sujeito busca a concordância com alguma das afirmações dadas como possíveis respostas. A mãe que responde ao EPDS deve identificar alternativas as quais acredita que descrevem, da melhor forma, como ela tem se sentido na última semana (Camacho et al, 2006). Cruz, Simões e Faisal-Cury (2005) indicam que os itens da Escala podem identificar sintomas como redução de desempenho e culpa, perda de prazer e apetite, distúrbio do sono, humor deprimido ou disfórico e ideação suicida. Criada em 1987, foi traduzida e validada para o Brasil somente no ano de 2000, e tem auxiliado no rastreamento de depressão pós-parto, em especial em pesquisas, por todo o país (Camacho et al, 2006) (ANEXO C).

Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998): Elaborado por Sheehan et al. (1998) e traduzido por Amorim (2002), trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Também permite identificar participantes *borderline*, com regressão psicótica e com ansiedade de separação. É um instrumento que pode ser aplicado em um período relativamente curto de tempo (entre 15 e 30 minutos), e destina-se ao uso na prática clínica e, em pesquisa, como instrumento de seleção de participantes. Nesse estudo, esse instrumento será utilizado para excluir a participação de mães que apresentem indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e antissocial, e com regressão psicótica (ANEXO D).

Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS) (Busby et al., 1995): Escala de Ajustamento Diádico Revisada - é a versão revisada de um instrumento frequentemente usado para avaliação de ajuste nos relacionamentos, a Escala de Ajustamento Diádico (DAS), proposta por Spanier em 1976. Em 1995, ela foi revisada por Busby, Christensen, Crane e Larson, e das quatro dimensões originais, restaram três 3 subescalas: consenso, satisfação e coesão. A R-DAS pode ser utilizada com a pontuação total ou com a pontuação das subescalas separadamente. São 14 itens, pontuados em escala likert de 6 pontos, variando de 0 a 5, sendo 0 o escore mínimo até 69 o máximo. Existe a possibilidade de o instrumento ser dividido em duas partes, para aplicação pré e pós-teste. As propriedades psicométricas, no que se refere à consistência interna da escala foram: alpha de Cronbach de 0,81 (consenso diádico), 0,85 (satisfação diádica),

0,80 (coesão diádica) e 0,90 (escore total), além de 0,95 de fidedignidade teste-reteste. A R-DAS foi traduzida e validada para o português brasileiro por Hollist et al., (2012), mantendo propriedades psicométricas semelhantes à versão original em inglês. O ponto de corte em português ainda não foi estabelecido, mas na versão original um escore geral igual ou maior que 48 pontos indica não haver problemas de ajustamento conjugal e abaixo de 47 indica problemas no ajustamento. Quanto aos escores das subescalas, consideram-se os seguintes pontos de corte: 22,6 para Consenso Diádico, 14,3 para Satisfação Diádica e 11,1 para Coesão Diádica (ANEXO E).

Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b): Trata-se de uma entrevista estruturada, realizada de modo semi-dirigido, cujo objetivo é o de investigar as impressões maternas e paternas sobre a gestação e o parto. A entrevista é composta por dois blocos de questões. No primeiro deles investigam-se diversos aspectos referentes ao período da gravidez, tais como: planejamento e sentimentos da mãe, do pai e dos familiares com a notícia da gestação; estado físico e emocional da mãe e do pai nesse período; principais preocupações consigo e com o bebê; mudanças e apoio percebidos. No segundo investiga-se o parto e os primeiros dias após o nascimento do bebê. Entre os aspectos abordados, destacam-se: tipo de parto; ocorrência de complicações; principais preocupações em relação a si mesmo(a) e ao bebê; mudanças percebidas em si mesmo(a) e nos familiares com o nascimento do bebê; sentimentos a respeito das primeiras horas e dias após o nascimento. Durante a entrevista solicita-se à mãe e ao pai que relatem os seus sentimentos e impressões desde o recebimento da notícia da gestação até os primeiros contatos com o bebê. Suas associações são respeitadas e caso seja necessário um maior aprofundamento a entrevistadora solicita explicações adicionais, com o objetivo de esclarecer suas respostas (ANEXO F).

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c): roteiro de entrevista semiestruturada para investigar diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, relação da mãe com os próprios genitores, história da gestação, parto e primeiro ano de vida do bebê, expectativas sobre o bebê e a maternidade, etc. (ANEXO G).

2.5 Análises dos dados

No presente estudo, foi feita uma análise qualitativa dos instrumentos. Foram

analisados os instrumentos de avaliação de sintomas de Depressão Pós-Parto (EPDS) e de identificação de outros transtornos (M.I.N.I. PLUS), no intuito de detectar a presença de sintomas de depressão pós-parto e episódio de Depressão Maior Atual, assim como de excluir outros possíveis transtornos concomitantes. Além disso, analisou-se os resultados da escala sobre ajustamento conjugal (R-DAS). Os instrumentos foram analisados conforme o manual.

Também foram analisadas as duas entrevistas semiestruturadas: Entrevista sobre a experiência da maternidade e Entrevista sobre a gestação e o parto. Foram utilizados, como norteadores da análise, os conceitos propostos por Walsh (2002) em seu estudo sobre casais saudáveis e casais disfuncionais:

- *Poder e igualdade*: Equilíbrio de poder entre o casal. Pode ter características funcionais, em que há uma complementaridade diante das obrigações e sentido de igualdade e de liderança partilhada. Esta se mostra através de uma relação simétrica, em que ambos estão empenhados no trabalho e no desenvolvimento dos papéis parentais, mas o que importa não é desempenharem as mesmas funções, mas o sentimento de reciprocidade, de que ambos têm responsabilidades que têm valor e que contribuem para o equilíbrio das relações em longo prazo. Ou, por outro lado, pode ter características disfuncionais – com desequilíbrio de poder – representadas por uma posição de dominância e de autoridade de um sobre o outro. É característica uma relação assimétrica, na qual ambos desenvolvem papéis e funções diferentes, sendo a área de um dos dois subvalorizada.

- *Adaptabilidade*: Equilíbrio entre a manutenção de uma estrutura estável e ao mesmo tempo flexível em resposta às mudanças da vida. Exige regras claras, mas passíveis de serem negociadas e alteradas, além de flexibilidade e tolerância.

- *Coesão*: Equilíbrio entre proximidade e respeito ao distanciamento e às diferenças individuais. É preservada uma fronteira em torno do casal para proteger a integridade e para prevenir a intrusão e ruptura do vínculo. É a preservação do espaço do casal e do espaço de cada um, individualmente.

- *Processos comunicativos*: Necessidade de constantemente redefinir e tornar explícitas as ideias e expectativas em relação ao casamento, ao companheiro e a si mesmos. É

essencial a clareza de regras, de papéis e de mensagens. Como cada parceiro oferece a própria definição da relação, no intuito de determinar sua natureza, é preciso que essas definições se estabilizem.

- *Expressão das emoções*: Capacidade de chegar a um acordo sobre como se exprimem reciprocamente os sentimentos de amor, afeto e cuidado. Os critérios de avaliação dos homens sobre o que é satisfatório ou problemático em uma relação diferem sensivelmente dos critérios das mulheres.

- *Resolução de problemas*: Capacidade de enfrentar e resolver as dificuldades que surgem no curso da vida a dois. É um processo que parte da identificação partilhada de um problema, até a sua resolução. Pode ter características funcionais, em que o processo de identificação e resolução do problema ocorre sem muita dificuldade e há um sentimento de confiança e tolerância quanto ao enfrentamento das diferenças e incertezas, o que contribui para que seja construído um sentimento de reciprocidade no ajustamento de um ao outro, em longo prazo. Em contrapartida, pode ter características disfuncionais, em que ocorrem dificuldades desde a identificação do problema e há pouca clareza na comunicação, além de dificuldades em reconhecer as diferenças nos sentimentos e nas ideias.

CAPÍTULO III

Resultados

Inicialmente, será apresentada uma breve descrição do caso. Na sequência, serão relatados os resultados obtidos pela avaliação do relacionamento conjugal através Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS) (Busby et al.,1995) e, por fim, as vinhetas que representam as categorias da análise qualitativa da conjugalidade, realizada por meio da Entrevista sobre gestação e parto (GIDEP/NUDIF 2003b) e da Entrevista sobre a experiência da maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c).

Descrição do caso

Juliana e Rodrigo moravam juntos há 12 anos. Juliana contou que ela era uma esposa dedicada ao marido: separava sua toalha de banho, preparava a comida, organizava a casa, cortava as unhas do marido e se arrumava para ele. Mesmo que trabalhasse, correspondia às expectativas do marido, que viaja a trabalho por 15 dias

uma vez no mês. Tinham um relacionamento estável, mesmo que com algumas divergências de opinião. Com a chegada da primeira filha, Carolina, algumas de suas tarefas começaram a ficar para depois, pois precisou dedicar-se à filha, tendo menos disponibilidade para o marido. Com isso, passaram a ter mais brigas, em função de cobranças que começaram a surgir. Mesmo assim, segundo Juliana, próximo à filha completar 1 ano de idade, o casal começou a se reorganizar e a ter um relacionamento conjugal com menos brigas e discussões.

Quando a filha do casal estava com aproximadamente 1 ano e 8 meses de idade, Juliana engravidou novamente. Entretanto, com a gravidez de Lucas, o relacionamento que estava começando a se reorganizar, tornou a desestabilizar-se. Rodrigo passou a ter ciúmes do filho com a esposa, em função de não ter a mesma atenção que tinha antes, pois o filho demanda muito de sua mãe. Além disso, Juliana passou a apresentar sintomas depressivos, o que fez com que precisasse se afastar do trabalho, além de não conseguir mais lidar com as tarefas domésticas. As cobranças que ocorriam continuaram a ocorrer, o que contribuiu para que Juliana se sentisse sobrecarregada.

Ademais, a gravidez de Lucas não fora planejada pelo casal. Em meio a uma discussão, Juliana contou ao marido que estava grávida, no intuito de que ele não brigasse mais com ela, o que não aconteceu. Durante a primeira gravidez, Rodrigo tratava Juliana com cuidado e preocupação, já na segunda gravidez não. No momento em que Juliana estava grávida de Lucas, ela e o marido estavam envolvidos em obras na casa que haviam comprado um mês antes de sua filha mais velha nascer. Com isso, a segunda gravidez, então, foi bastante agitada: envolvimento com o andamento da obra, além de ficar responsável pela obra, pelo seu trabalho e pelo cuidado da filha no período em que o marido viajava. Na segunda gestação, Rodrigo não participou das consultas médicas, não esteve presente no hospital enquanto Juliana ficou internada com Lucas após o parto e Juliana não se sentia mais cuidada como anteriormente.

Avaliação do relacionamento conjugal através da R-DAS

Os resultados obtidos através da Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS) (Scorsolini-Comin & Santos, 2012) indicavam que o casal possui um baixo ajustamento conjugal (escore = 37). A subescala de Consenso, que avalia a percepção individual do nível de concordância do casal sobre questões que são básicas à relação, como questões financeiras e religiosas, mostrou-se abaixo da média (escore = 22). A

subescala de Satisfação, que busca medir as percepções individuais frente a questões relativas ao divórcio, bem-estar, ao compromisso com o futuro do relacionamento, dentre outros fatores, também é considerada abaixo da média (escore = 9). Por fim, a subescala de Coesão, que avalia o senso de compartilhamento emocional do casal e as percepções individuais relativas ao engajamento mútuo em interesses externos, aos projetos em conjunto e à estimulação de ideias, também mostrou-se abaixo da média esperada (escore = 6).

Avaliação da conjugalidade a partir das entrevistas

Poder e igualdade

Por mais que esposa e marido trabalhassem, a responsabilidade de cuidados com a casa, em geral, era atribuída à Juliana. Com a chegada de Carolina e, posteriormente, de Lucas, Juliana passou a somar suas responsabilidades do trabalho com as responsabilidades de cuidar dos filhos e da casa: *“Né, porque tem as cobranças, né. Então, é cadê minha roupa do banho, tu nunca mais cozinhou ou tu faz sempre a mesma comida ou é só comida congelada”*. Dessa forma, passou a sentir-se sobrecarregada, sem conseguir dar conta de todos os seus afazeres, sendo cobrada pelo marido: *“Aí ele me cobra porque eu não estou trabalhando, aí tem que fazer e se eu trabalho eu também tenho que fazer. (...) Ele quer tentar uma organização, só que ele cobra de mim, que eu faça essa organização, mas eu não quero fazer, eu não tenho ânimo pra fazer”*. Observa-se, portanto, que o casal apresenta características disfuncionais em relação ao equilíbrio de poder. Há um desequilíbrio nesse aspecto, caracterizado por uma relação assimétrica, em que ambos desenvolvem papéis e funções diferentes, sendo a área de um dos dois subvalorizada, no caso a de Juliana. Não foram observados aspectos funcionais sobre este conceito, através do relato de Juliana.

Adaptabilidade

Até a chegada dos filhos, Juliana cumpria suas responsabilidades profissionais e domésticas, dedicando-se ao marido com mais frequência, o que aparentemente trazia mais estabilidade ao casal. Após o nascimento dos filhos, entretanto, as responsabilidades aumentaram, de forma que Juliana passou a ter mais afazeres e menos tempo para dedicar-se à rotina do casal, a qual era apreciada por Rodrigo. *“Ah, [o casamento] ficou pior. O casamento bagunçou muito mais, teve muito mais brigas, ãhn,*

ele tinha ciúmes terríveis do Lucas. (...) quando eu fico só com o Lucas, se eu ficar só com o Lucas e não der bola pra ele, ele reclama. Já reclamou que essas coisas... esses cuidados que eu tinha com ele, que eu não tenho mais". Com as mudanças, todavia, o casal não adaptou-se de forma equilibrada para lidar com as novas responsabilidades, demonstrando ausência de flexibilidade e tolerância, além do não estabelecimento de regras claras de reorganização familiar: *"Só pedi pra ele dar comida e ele "ah, não posso te esperar?". Sabe? Não tem... Ele não sabe qual é a medida da mamadeira, não sabe... Tipo... Tá, ele dá o banho, mas eu que alcanço, eu que tiro... Tudo sou eu. Tudo*". Quanto à divisão dos cuidados das crianças, a maior parte da responsabilidade ficava com Juliana. Segundo ela, o marido ajudava em alguns momentos, entretanto, ou necessitava do auxílio de Juliana, ou demonstrava estar muito cansado por sua rotina de trabalho, o que faz com que evite algumas tarefas: *"Não, porque eu já pedi ontem, por exemplo, ele ia tomar banho, 'tu não pode botar o Lucas junto contigo dentro do box? E até que tu vai tomar banho e ele fica ali, fica... e aí, tu ensaboa ele', 'ah, não'. Porque é mais um problema! É mais um trabalho pra ele*". Através da análise do relato de Juliana, não foram observados aspectos funcionais significativos sobre este conceito.

Coesão

A partir do relato de Juliana, é possível observar que não existe uma fronteira em torno do casal, que estabeleça qual é o seu espaço: *"Lucas nasceu, ele não passou as noites comigo no hospital, até porque ninguém ia cuidar bem da Carolina como ele em casa. (...) Então quando eu cheguei em casa que o Lucas não calava a boca, ele se mudou pro quarto do lado. (...) Quando ele tinha oito meses ele voltou pro quarto*". Fica evidente, ainda, uma ausência de iniciativa por parte do casal em buscar estabelecer essas fronteiras e reafirmar o vínculo preexistente: *"O que eu posso te dizer assim, ele foi pro quarto do lado e eu não fiz nenhum movimento pra ele voltar. Áhn... também, também tava cômodo, né, porque também ficar no quarto e ficar reclamando não adianta, né*". Além disso, o espaço individual de cada um dos cônjuges também não estava bem estabelecido. Sem regras sobre o novo funcionamento e adaptação familiar estabelecidas, os conflitos pela não consideração da individualidade de cada um se mostravam presentes: *"Depois que aumentou, com o Lucas, a família, aí, essa coisa assim, por exemplo, de... dele... de eu ter que respeitar a vida a parte dele, mas eu não posso ter a minha vida a parte*". Dessa forma, não foram observadas características funcionais sobre coesão, através do relato de Juliana.

Processos comunicativos

É possível perceber que a comunicação do casal, em geral, mostrava-se prejudicada. Eles estavam em um momento do relacionamento em que preferiam evitar expor suas ideias, suas percepções, no intuito de evitar mais discussões e brigas: “(...) *O Rodrigo diz que eu só falo ‘ram-ram, ram-ram’ ou abstraio o que ele fala. Geralmente é. Porque eu não posso dar opinião. Eu não posso dar opinião porque ele não vai aceitar opinião, né*”. Segundo ela, quando um membro do casal expõe sua percepção frente a uma situação, esta não é bem aceita, ou não é permitido ter sobre isso um diálogo. Portanto, não se mostraram evidentes aspectos funcionais nos processos comunicativos do casal, através do relato de Juliana.

Expressão das emoções

Sobre este aspecto, pode-se apreender uma expressão implícita da noção de afeto esperada pelos membros casal. Entretanto, esta se dá através de queixas, não através de uma comunicação clara, onde seria estabelecido um acordo sobre como deveria ser a expressão dos sentimentos entre o casal. Como já citado, segundo Juliana, Rodrigo sentia falta dos cuidados da esposa com ele, como fazer o almoço, preparar o seu banho e cortar suas unhas. Juliana, por outro lado, relatou sentir falta da iniciativa do marido em ajudá-la nos cuidados com as crianças e de perceber que ela também gostaria de ter um momento para ela, além de querer que o parceiro fosse mais carinhoso e presente: “ (...) *ele gosta de ser paparicado. Então, ele sente. Ahn, ele reclama que eu não corto mais as unhas dele. (...) eu fazia comida pra ele, né, eu me arrumava pra ele, ahn, eu separava a roupa do banho dele, com a Carolina, alguma coisa já desajeitou. Mas depois voltou a engrenar de novo e com o Lucas... não tem mais. (...) ele já não me tratava mais com aquelas coisas que [na] primeira gravidez ele me tratava... eu era o bibelozinho né, aí já não era mais assim*”. Todavia, o casal não demonstrava buscar soluções para expressarem com clareza suas vontades e sentimentos. Assim, características funcionais não estavam presentes no relato de Juliana sobre a expressão das emoções.

Resolução de problemas

O casal aparenta ter dificuldades em todo o processo que envolve resolução de problemas, desde a identificação partilhada de um problema, até sua resolução. Através do relato de Juliana, percebe-se que há pouca clareza na comunicação e que eles

apresentam dificuldades em reconhecer as diferenças nos sentimentos e nas ideias um do outro: “(...) porque ele não consegue fazer as coisas do mesmo jeito e monopolizar pra fazer (...) sabe, ele já começa a botar mil problemas, enfim. Então eu vou lá e faço. Eu evito problemas”. Com isso, um dos membros, no caso Juliana, diz evitar expor sua opinião frente ao conflito, no intuito de evitar o problema: “Hoje em dia, dificilmente eu brigo, assim ó... eu deixo ele me xingar, falar as coisas e eu ‘aham, aham, aham’ e nem brigo”. A partir do relato de Juliana, por conseguinte, não foram observadas estratégias funcionais de resolução de problemas.

CAPÍTULO IV

Discussão

A partir dos resultados obtidos, percebe-se que o nascimento do bebê teve um impacto importante na relação conjugal e familiar dos participantes do presente estudo. Entende-se que o nascimento de um filho é um momento de extrema importância na vida familiar, conjugal e individual. A partir dele é que o casal passa a ser além de casal, pais e progenitores de uma família (Minuchin, 1982). Neste caso, mesmo que o casal já exercesse a parentalidade com sua filha mais velha, o casal vivenciou o nascimento do segundo filho de forma diferente, com outros desafios e com outras dificuldades. Piccinini, Pereira, Marin, Lopes e Tudge (2007) ressaltam que o nascimento do segundo filho tende a trazer importantes implicações para a dinâmica das relações familiares, como mudanças nos papéis de cada membro da família, na relação com a rede de apoio, na vivência da relação conjugal, no comportamento do primogênito e na relação genitores-primogênito.

Além das mudanças esperadas apontadas pela literatura, a família vivenciava um contexto com outros fatores estressores, como a reforma da casa durante e após a gestação da mãe, bem como os sintomas depressivos apresentados por ela. Em relação à depressão materna, estudos indicam que esta tende a produzir um impacto negativo sobre a interação familiar, a relação conjugal e, principalmente, sobre o desenvolvimento socioemocional da criança (Alvarenga, Oliveira, Gomes & Freitas, 2016). Inclusive, no momento em que o casal estava se reorganizando em sua conjugalidade e se readaptando ao novo membro da família - a filha mais velha -, com a nova gestação e chegada do segundo filho, o relacionamento se desorganizou novamente, o que trouxe mais brigas e discussões entre eles. No estudo de

Levandowski, Piccinini e Lopes (2009), ficou evidente o enfraquecimento da conjugalidade, por brigas, diminuição do contato afetivo e sexual (em função da presença do filho) ou maior investimento emocional na relação com a criança - que passou a suprir as necessidades afetivas antes direcionadas à relação de casal -, no terceiro mês de vida do bebê. A limitação da conjugalidade e o movimento de reformulação do espaço conjugal a partir do nascimento do bebê foram evidenciados em outros estudos, como o de Correa (2001). Entretanto, Levandowski et al. (2009) observaram que somente no segundo ano do bebê a conjugalidade parece ter sido novamente fortalecida nos casais estudados, momento em que a criança passou a ter maior independência em relação aos pais.

Outro aspecto relevante do relato de Juliana é o ciúme do marido em relação a ela com o filho e sua insatisfação quanto a dividir a atenção dela. Tal sentimento é explicado por Stern (1997), que entende que, como o marido desempenha um papel importante no apoio à esposa, esta pode temer que ele passe a competir com ela como pai, ou competir com o bebê pela sua atenção, o que o autor chama de “síndrome do marido como o segundo bebê”. A chegada de um bebê pode, portanto, desencadear sentimentos ambivalentes e de ciúmes em relação ao novo membro da família, uma vez que este demanda muito dos pais, principalmente da mãe – que passa a direcionar seu cuidado ao filho e não mais apenas ao marido, o que pode contribuir para o declínio do ajustamento conjugal (Krob, Piccinini & Silva, 2009; Piccinini, Gomes, Nardi & Lopes, 2008; Hernandez & Hutz, 2009). Assim, as representações acerca do bebê constituídas pelos pais podem ser determinantes na forma de lidar com esses sentimentos, visto que este é um momento delicado de transição e elaboração de novos papéis. Como é necessário ao marido prover apoio à esposa, este deve assumir os papéis de pai e de marido, abdicando do papel de filho na nova família em constituição. Caso contrário, pode-se constituir um desafio ainda maior conciliar o relacionamento conjugal e o exercício da parentalidade.

Quanto à relação e ao ajustamento conjugal do casal, a análise dos resultados obtidos através da Escala de Ajustamento Diádico Revisada (R-DAS) indica que o casal possui um baixo ajustamento conjugal. Esse resultado reflete os demais dados obtidos através das categorias de análise levantadas, uma vez que não foram observados aspectos funcionais na relação conjugal a partir do relato de Juliana. Isso pode ser explicado pelos sintomas depressivos de Juliana, que poderiam estar influenciando sua percepção quanto ao apoio do marido e quanto ao seu relacionamento em si. Mesmo

assim, a literatura aponta que não apenas os distúrbios nos relacionamentos conjugais são concomitantes com a depressão, mas eles também podem preceder e suceder episódios depressivos (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) ou mesmo retroalimentá-los. Existe uma correlação negativa e significativa entre a satisfação conjugal e os sintomas depressivos, de forma que os indivíduos que apresentam mais sintomas apresentam menor satisfação conjugal (Neves & Duarte, 2015). Ainda, um dos fatores mais frequentemente associados à depressão materna é a presença de dificuldades conjugais (Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) e, no estudo de Hollist et al. (2016), os autores concluíram que, apesar das mudanças biológicas no pós-parto desempenharem um papel significativo no desenvolvimento da depressão, a satisfação conjugal continuou a ter uma relação significativa com a depressão ao longo do tempo, explicando 24% da sua variância.

No que se refere à adaptabilidade do casal, evidenciou-se uma dificuldade em adaptar-se às novas demandas e a se reestruturarem após a transição para a parentalidade. Como o nascimento dos filhos, por si só, é um evento estressante para a maioria dos casais, sendo um dos principais momentos de transição do ciclo vital familiar, com o advento de um agravante como o contexto de depressão materna, pode tornar-se mais difícil adaptar-se à nova realidade. Sotto-Mayor & Piccinini (2005) afirmam que, embora as evidências de seu estudo não sejam conclusivas, os resultados revelaram que famílias onde existiam dificuldades conjugais associadas com a depressão materna eram menos coesas e adaptadas, e demonstravam menos capacidade de proteção e cuidados com o bebê do que aquelas famílias que não apresentavam tais problemas. Já Frizzo, Lopes e Piccinini (2010) observaram dificuldades adicionais em esposas deprimidas, tanto na forma de avaliar o relacionamento conjugal, como na reorganização do tempo do casal, quando o bebê não está presente. Ainda, Piccinini et al. (2007) evidenciaram sentimentos semelhantes nos casais participantes de seu estudo, sendo que a principal mudança mencionada por eles quanto à relação conjugal referiu-se ao afastamento do casal após o nascimento do segundo filho.

Os resultados do presente estudo indicam, também, que as fronteiras em torno do casal não se mostraram bem definidas, aspecto característico de um déficit na coesão do relacionamento conjugal. A transição para a parentalidade exige uma vasta gama de estratégias de enfrentamento para lidar com as mudanças nos papéis e na sexualidade do casal, fortalecer a rede de apoio social e proteger-se da intrusão dessa rede (Murta, Rodrigues, Rosa & Paulo, 2012). Nesse sentido, Waldemar (1998) afirma que não é

incomum que os casais acabem dedicando muito tempo aos cuidados com os filhos, quando estes são pequenos, deixando a conjugalidade em um segundo plano. Ainda, Falceto e Waldemar (2009), ressaltam que os pais envolvidos com o trabalho, com os filhos e com as vidas domésticas precisam ter muito cuidado para que o casamento não seja representado por um papel menos importante, de forma que se sustente o romance para o casal mesmo com os novos papéis, uma vez que, frequentemente, o início do desgaste do casal começa quando o papel parental prevalece e o casal esquece-se de continuar sendo marido e mulher.

Ainda em relação à coesão, evidenciou-se um conflito entre individualidade e conjugalidade no relato de Juliana, que demonstra que o espaço individual de cada um dos cônjuges também não estava bem definido. A literatura aponta para uma forte influência de valores do individualismo no casamento contemporâneo, uma vez que os ideais contemporâneos de relação conjugal enfatizam mais a autonomia e a satisfação de cada cônjuge do que os laços de dependência entre eles (Féres-Carneiro, 1998). Entretanto, é necessário um consenso entre o casal quanto à individualidade de cada um, constituindo uma zona comum de interação, que viabiliza a construção de uma identidade conjugal. Essa dificuldade também foi encontrada no estudo de Levandowski et al. (2009), no qual apresentou-se tanto uma dificuldade de equilíbrio nesse aspecto, quanto uma oscilação das dimensões individualidade e conjugalidade na relação, ora predominando a primeira, ora a segunda. Percebe-se que o casal pode apresentar esse dilema, pois valorizar os espaços individuais pode significar fragilizar os espaços conjugais, da mesma forma que fortalecer a conjugalidade exige, muitas vezes, ceder diante das individualidades (Féres-Carneiro, 1998).

Quanto ao equilíbrio de poder entre o casal, observou-se uma relação assimétrica, com desequilíbrio na divisão de tarefas e sobrecarga da mãe em função das responsabilidades assumidas. Com a crescente presença da mulher no mercado de trabalho, a nova configuração demanda um ajuste na dinâmica familiar a fim de atender a conciliação entre trabalho e relações familiares. Desta forma, as interações parentais e de conjugalidade necessitam de esforço para equilibrar diferentes papéis nos espaços do particular e do compartilhado (Souza & Moreira, 2012). Manente e Rodrigues (2016) observaram na amostra de seu estudo associação entre sentir falta de ajuda e manifestação de depressão, e também entre retornar ao trabalho e presença de depressão. Em sua revisão da literatura sobre o relacionamento conjugal e a depressão materna, Sotto-Mayor & Piccinini (2005) apontam que, com o nascimento do bebê,

passa a existir menos tempo para usufruir momentos íntimos como casal, as demandas financeiras são maiores, há mais tarefas diárias a serem realizadas e crescem os conflitos sobre esta divisão de tarefas. Ressaltam, ainda, que enquanto alguns casais se comprometem a um ideal de igualdade, os fatos não condizem com isso.

Assim, quando a mulher possui atividades profissionais e/ou sociais que lhe impossibilitam doação integral de tempo à maternidade, como é o caso do presente estudo, isso pode aumentar a tensão emocional da mãe (Manente & Rodrigues, 2016). Nesse sentido, a divisão de tarefas familiares resulta na diminuição de sobrecarga e no aumento de satisfação conjugal (Silva, 2007). Portanto, a interação entre família e trabalho passa a ser um desafio para o exercício da parentalidade, conjugalidade e divisão de tarefas entre os cônjuges, uma vez que as interações entre trabalho e família constituem-se num importante conflito entre papéis profissionais e familiares (Souza & Moreira, 2012).

No que se refere aos processos comunicativos, estes se mostraram prejudicados, de forma que o casal evitava expor sua opinião no intuito de evitar brigas e, portanto, não foram observados aspectos funcionais nesse sentido. Além disso, não havia consenso entre o casal quanto à demonstração e expressão de afetos e sentimentos. Frizzo et al. (2011) identificaram, em seu estudo, dificuldades quanto à expressão de sentimentos e ideias tanto nas esposas como nos maridos, em casos em que a esposa apresentava indicadores de depressão. Inclusive, o diálogo sobre os problemas do casal não se mostrou garantia de sua resolução (Frizzo et al., 2011). Menezes e Lopes (2007) referem que, durante a transição para a parentalidade, os casais que tinham uma relação de envolvimento emocional puderam aprimorá-la e manifestar isso por meio do aumento da emissão de respostas apoiadoras ao cônjuge. Por outro lado, os casais que tinham um distanciamento afetivo sentiram mais o impacto da transição, diminuindo a forma apoiadora de interagir com o parceiro. Nesse sentido, as autoras sugerem que a estrutura da relação conjugal possui forte influência no desenrolar da transição para a parentalidade, já que esse momento pode potencializar um distanciamento já existente no casal.

Quanto às estratégias de resolução de problemas, o casal demonstrou dificuldades para lidar com conflitos, apresentando estratégias disfuncionais em sua resolução, seja gerando brigas e discussões, seja evitando o conflito e se abstendo de expor soluções para evitar aborrecimentos. Deste modo, Neves e Duarte (2015) verificaram uma correlação positiva e significativa entre a estratégia ataque/evitamento

e os sintomas depressivos nas mulheres, sendo que os indivíduos com mais sintomas depressivos foram os que utilizaram mais estratégias destrutivas, como é o caso do ataque/evitamento. Além disso, os resultados de seu estudo indicaram ainda que os indivíduos que utilizaram mais estratégias destrutivas de resolução de conflitos apresentaram menor satisfação conjugal do que os que utilizaram mais estratégias construtivas. Corroborando os resultados citados, Frizzo et al. (2010) enfatizam que a comunicação foi a categoria que melhor explicitou as diferenças entre os dois grupos avaliados em seu estudo, especialmente quanto à forma de resolução de conflitos, mais difícil nos casais em que as esposas apresentavam sintomas de depressão. Por fim, Barbiero e Baumkarten (2015) referem que a crise é inerente ao processo de transição da conjugalidade para a parentalidade, mas o resultado dela varia conforme as medidas tomadas para superar os obstáculos encontrados. Em situação de depressão da mãe, toda essa transição pode ser ainda mais complexa.

Considerações finais

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram a literatura no que se refere às dificuldades vivenciadas pelo casal com a chegada do bebê, no contexto de depressão materna, e sua influência na relação conjugal. Observaram-se dificuldades em relação ao estabelecimento de um equilíbrio de poder na relação (principalmente no que se refere à divisão de tarefas pelo casal), além de dificuldades de adaptação do casal às novas demandas, sem a definição de uma fronteira em torno do casal. Ainda, foram demonstradas dificuldades na comunicação e expressão de afetos e sentimentos, além de estratégias disfuncionais de resolução de problemas.

O objetivo inicial deste estudo era analisar de que forma a chegada do bebê influenciou a relação conjugal em contexto de depressão materna para um casal e compreender os aspectos funcionais e disfuncionais do relacionamento conjugal neste contexto. Entretanto, como não se evidenciaram aspectos funcionais a serem analisados, nem nas entrevistas, nem no instrumento específico para avaliar o ajustamento conjugal (R-DAS), ressalta-se a importância de que haja outros estudos no sentido de investigar os aspectos funcionais e disfuncionais da conjugalidade, para compreender melhor também as potencialidades utilizadas pelos casais para lidar com esse momento de transição do ciclo vital familiar, visto que, como destacado por Rosado e Wagner

(2015), existem mais estudos referentes aos aspectos disfuncionais da conjugalidade do que aqueles dedicados a estudar a saúde e funcionalidade conjugal.

As limitações desse estudo incluem o fato de ser uma análise qualitativa de um único caso, o que permite que o fenômeno específico seja compreendido de forma mais ampla, mas que se restringe apenas ao caso estudado, não necessariamente representativo da população (Yin, 2001). Desta forma, entende-se que não é possível a generalização dos resultados obtidos. O estudo também teve caráter retrospectivo e não contou com uma avaliação da saúde mental e do relacionamento conjugal anterior ao nascimento do filho a fim de compreender quando de fato as dificuldades podem ter começado. Além disso, apenas a mãe participou do estudo, o que não permitiu a triangulação de fontes para compreensão do caso. No entanto, a triangulação dos instrumentos utilizados, entrevista e escala específica de avaliação do ajustamento conjugal, contribui para uma sofisticação da avaliação do relacionamento conjugal, uma forma de expor diferentes perspectivas do fenômeno (Henwood & Pidgeon, 2010). Ainda assim, sugere-se, que sejam realizados novos estudos sobre a temática, com a possibilidade de investigar o fenômeno em um número maior de participantes, com outros delineamentos, por exemplo, longitudinais, a fim de confirmar os dados encontrados, bem como contribuir para maiores achados a respeito dos aspectos funcionais e disfuncionais da conjugalidade com a chegada do bebê, no contexto de depressão materna. Espera-se que o presente estudo possa estimular o desenvolvimento de outros trabalhos sobre o assunto e colaborar para o entendimento desse fenômeno.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, P., Oliveira, J. M., Gomes, Q. S., & Freitas, L. M. A. (2016). As relações entre depressão materna e relatos maternos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. *Temas em Psicologia*, 24(3), 911-925.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. (5ª Ed.). Porto Alegre: 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
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF*. São Paulo, Brasil: Vetor.
- Barbiero, E. B., & Baumgarten, S. T. (2015). Somos pais, e agora? A história de nós dois depois dos filhos. *Pensando famílias*, 19(1), 32-45.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A., & Rutowsky, P. (1992) Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecology and Neonatal Nursing*. 21(4), 287-293.
- Brites, J., Moreira, C., & Baptista, A. (2000). Estudo dos factores psicossociais relacionados com a depressão pós-parto. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 207-258). Lisboa: ISPA.
- Busby, D.M., Crane, D.R., Larson, J.H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construction hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 289-308.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995) *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carter, W., Grigoriadis, S., & Ross, L. E. (2010). Relationship distress and depression in postpartum women: Literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 279-284.

- Correa, C. N. (2001). *A transição do casal para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-165.
- 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.
- Cummings, M. E., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cummings, M. E., Keller, P. S., & Davies, P. T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.
- Emery, R. E., & Tuer, M. (1993). Parenting and the marital relationship. Em T. Luster & L. Okagaki (Orgs.). *Parenting: An ecological perspective* (pp. 121-148). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Esteves, M., Pires, A., & Valada, M. (2001). Depressão materna e comportamento parental. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 15-37). Lisboa: ISPA.
- Falceto, O. G., & Waldemar, J. O. C. (2009). Famílias com bebês. In L. C. Osório & M. E. P. Valle (Orgs.). *Manual de terapia familiar*, (pp. 235-246). Porto Alegre: Artmed.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 379-394.
- Féres-Carneiro, T. (2003). Separação: O doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Psicologia em Estudo*, 8, 367-374.
- Féres-Carneiro, T., & Diniz Neto, O. (2010). Construção e dissolução da conjugalidade: padrões relacionais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(46), 269-278.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2(XXXII), 147-155. DOI: 10.14417/ap.854.

- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A., & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2 (XXV), 229-239.
- Frizzo, G. B. (2008). *Contribuições da psicoterapia breve pais-bebê para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Frizzo, G. B., Brys, I., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2010). Conjugalidade em contexto de depressão da esposa no final do primeiro ano de vida do bebê. *Aletheia*, (31), 66-81.
- Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L., & Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós-parto: Evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 46-55.
- Frizzo, G. B., Silva, I. M., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2011). Comunicação conjugal durante a transição para parentalidade no contexto de depressão pós-parto. *Psicologia*, vol. XXV (2), Edições Colibri, Lisboa, pp. 39-60.
- Frizzo, G.B., Piccinini, C.A., Silva, M.R., Levandowski, D.C., & Donelli, T.S. (2012). *Depressão pós-parto: prevalência, antecedentes e intervenção*. Projeto de pesquisa do Programa Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Gonçalves, M. J. (2004). A propósito da maternalidade: da ambivalência à empatia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 18, 33-45.
- Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Grupo de interação, Desenvolvimento e Psicopatologia/Núcleo de Infância e Família - GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de contato inicial*. Instrumento não publicado.
- Grupo de interação, Desenvolvimento e Psicopatologia/Núcleo de Infância e Família - GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a gestação e o parto*. Instrumento não publicado.
- Grupo de interação, Desenvolvimento e Psicopatologia/Núcleo de Infância e Família - GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre experiência da maternidade*. Instrumento não publicado.

- Hackel, L. S., & Ruble, D. N. (1992). Changes in the marital relationship after the baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 944-957.
- Hee, Y. J. (2006). Postpartum Depression and its Predictors at Six Months Postpartum. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 12, 4, 355-362.
- Henwood, K., & Pidgeon, N. (2010). A teoria fundamentada. In: G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, J. A. Smith. *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. (3 ed.). (pp. 340-361) Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 6.
- Hollist, C. S., Falceto, O. G., Seibel, B. L., Springer, P. R., Fernandes, C. L. C., & Miller, R. B. (2016). Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2016 Jan-Dez; 11(38):1-13.
- Jablonski, B. (2003). Afinal, o que quer um casal? Algumas considerações sobre o casamento e a separação na classe média carioca. Em Féres-Carneiro, T. *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 141-168). São Paulo: Loyola.
- Kim, T., Connolly, J., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:162. DOI:10.1186/1471-2393-14-162.
- Klaus, M. H., Kennell, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação ao segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269-291.
- Levandowski, D. C., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2009). Individualidade e conjugalidade na relação de casal de adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 679-687.
- Magalhães, A. S. (2009). Conjugalidade e parentalidade na clínica com famílias. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: Permanências e rupturas* (pp. 205-217). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Manente, M. V., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. *Pensando famílias*, 20(1), 99-111.

- Matos, M. G., & Magalhães, A. S. (2014). Tornar-se pais: sobre a expectativa de jovens adultos. *Pensando famílias*, 18(1), 78-91.
- Mayor, I. M. B. (2004). *A qualidade do relacionamento conjugal no contexto da depressão materna*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Menezes, C. C. (2001). *A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebê. *Psico-USF*, 12(1), 83-93.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 554-558.
- Moel, J. E., Buttner, M. M., O'Hara, M. W., Stuart, S., & Gorman, L. (2010). Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 495-504.
- Montagner, H. (2005). A ontogenia das interações do bebê durante o primeiro ano de vida. In J. G. Pedro, J. K. Nugent, J. G. Young, T. B. Brazelton (Eds.), *A criança e a família no século XXI* (1ª ed., pp. 165-203). Lisboa: Dinalivro.
- Montgomery, P., Bailey, P., Purdon, S. J., Snelling, S. J., & Kauppi, C. (2009). Women with postpartum depression: "My husband" stories. *BMC Nursing*, 8(8) [Versão eletrônica]. Recuperado em 13 de setembro, 2016, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/8/8>.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: Life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G. (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia*, 22(53), 403-412.

- Neves A., & Duarte C. (2015). Sintomas depressivos, resolução de conflitos e satisfação conjugal em indivíduos num relacionamento. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 331-344.
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (2005). *Postpartum Psychiatric Syndromes*. In: B. J. Sadock & V. Sadock (Eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- NUDIF (2008). *Ficha de Dados Sociodemográficos*. Instrumento não publicado.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., Gomes, A. G., & Nardi, T. D. C. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*. Maringá. 13(1), 63-72.
- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., Lopes, R. C. S., & Tudge, J. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 253-262.
- Rosado, J. S., & Wagner, A. (2015). Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: revisão sistemática da literatura. *Pensando famílias*, 19(2), 21-33.
- Silva, J. (2009). *Influência da satisfação conjugal na qualidade da relação mãe-bebê*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Dyadic adjusting in conjugal relation: assessment of well-being in marriage. *Journal of Human Growth and Development*, 22(3), 367-372.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and CID- 10. *Journal of Clinical Psychiatric*, 59(20), 22-33. doi: 10.1590/S1516-44462000000300003
- Silva, M. (2007). *Vida profissional e familiar: padrões de conflito e facilitação na gestão de múltiplos papéis*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Sotto-Mayor, I. M. B., & Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 2, pp. 135-148.
- Souza, C. B. S., & Moreira, L. V. C. (2012). Família e trabalho: o (des)compasso entre convivência conjugal, cuidados com os filhos pequenos e atividades profissionais. *Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades*. Rio de Janeiro: Niterói.

- Stake, R. E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guilford Press.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, L. (1990). Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto. *Análise Psicológica*, 4(VIII), 389-398.
- Walsh, F. (2002). Casais saudáveis e casais disfuncionais: qual a diferença? In M. Andolfi (Ed.), *A crise do casal – uma perspectiva sistêmico-relacional* (pp. 13-28). Porto Alegre: Artmed.
- Waldemar, J. O. C. (1998). Terapia de casal. Em: A.V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias* (pp.119-198). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso – planejamento e métodos*. (2Ed.). Porto Alegre: Bookman.

Anexo A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA:

Título da Pesquisa: Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção

Pesquisador: Giana Bitencourt Frizzo

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Versão: 2

CAAE: 14094213.5.1001.5334

DADOS DO PARECER:

Número do Parecer: 292.683

Data da Relatoria: 03/06/2013

APRESENTAÇÃO DO PROJETO: O projeto consta de dois Estudos. O Estudo I buscará investigar a prevalência e os antecedentes da depressão pós-parto em mães com bebês até um ano de idade. Quando houver diagnóstico de depressão pós-parto materna, as famílias serão convidadas a participar do Estudo II que consiste em um tratamento psicoterápico pais-bebê em grupo. Será utilizado um delineamento com pré-teste e pós-teste (Robson, 1995) para investigar o impacto da psicoterapia nos fatores de risco interpessoais associados ao desenvolvimento da depressão pós-parto. Participarão do primeiro estudo 100 famílias que tenham o primeiro filho com idade até doze meses e que sejam residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. As mães deverão ser primíparas e o casal deve estar coabitando pelo menos desde a gestação da esposa. Os bebês deverão ser saudáveis, nascidos a termo e com até um ano de idade. As famílias serão recrutadas em hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. No estudo I serão realizadas entrevistas individuais e a aplicação de diversos instrumentos psicológicos para identificar a depressão e outros aspectos da relação mãe-bebê. No estudo II, serão realizados de 6 a 10 encontros grupais com mães e bebês. As observações, a psicoterapia em grupo e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravados em áudio e vídeo.

Objetivo da Pesquisa:

1. Investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade;
2. Investigar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos da pesquisa, os instrumentos utilizados não possuem potencial ansiogênico significativo para causar algum tipo de prejuízo. Caso seja identificada qualquer situação de sofrimento psíquico intenso ou indícios de psicopatologia grave na mãe, ou a identificação da existência de risco para o bebê, serão feitos os encaminhamentos necessários para a rede de assistência à saúde e assistência social dos municípios de residência dos participantes, ou para os serviços-escola das universidades envolvidas. Com relação aos benefícios da pesquisa, no Estudo I, consiste em poder conversar com profissionais da Psicologia sobre a experiência da parentalidade. Nas famílias em que a mãe apresentar suspeita de depressão, será oferecida uma intervenção em grupo mãe-bebê que visa ao alívio dos sintomas e uma melhora na relação mãe-bebê (Estudo II).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE dos Estudos I e II estão redigidos de forma clara, com linguagem acessível e apresentando as informações necessárias sobre o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos éticos em pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

Situação do Parecer:

APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Trata-se de projeto que propõe o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto. Considera-se o projeto bem qualificado do ponto de vista teórico e metodológico, atendendo aos aspectos da ética em pesquisa.

PORTO ALEGRE, 04 de Junho de 2013

JUSSARA MARIA ROSA MENDES

(Coordenador)

Anexo B

Nome da mãe do bebê: _____	Data: ___/___/___
Nome do bebê: _____	
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

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:

MÃE DO BEBÊ

Nome: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos
Endereço completo: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
Celular: _____ Fone 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/anos
Por quê? _____

Até que série estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ___ série () Ensino Médio - ___ série
() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
() Outro _____

Ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

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

Estado civil: () solteira () casada () separada/divorciada () viúva () morando junto () está namorando

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

Tem religião? () sim () não Qual? _____

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

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? _____. Quantas horas? ___ horas/dia

Qual o horário? _____

Você é remunerada? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

(Em caso negativo, perguntar)

Você já trabalhou? () sim () não

O que você fazia? _____

Você recebia? () sim () não Qual o valor? R\$ _____

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

Idade da primeira gestação: ___ anos

Tem outros filhos além do bebê? () sim () não. Quantos? _____

	Idade	Sexo
Filho 1	___ anos	() F () M
Filho 2	___ anos	() F () M
Filho 3	___ anos	() F () M
Filho 4	___ anos	() F () M
Filho 5	___ anos	() F () M
Filho 6	___ anos	() F () M

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

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

O pai biológico de seu filho tem outros filhos? () não () sim. Quantos? ____

Idade com que ele teve o(a) primeiro(a) filho(a): ___ anos

Nome do pai biológico: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos

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

Endereço completo: _____

¹Deve ser respondida, preferencialmente, pela a mãe.

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série
() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____
() Outro _____

Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____

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

Ele tem religião? () sim () não Qual? _____

O pai biológico do bebê trabalha? () sim () não () aposentado

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ horas/dia

Qual o horário? _____

Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe

(Caso não estiver trabalhando)

Qual era o trabalho anterior dele? _____

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: _____

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

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

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

Com que idade ele(a) começou a freqüentar a escolinha/creche? ____ meses

A escolinha/creche é: () municipal () estadual () particular () creche informal (pessoa que cuida crianças em casa)

Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?

() mãe () pai () avó () irmão(ã) () tia () babá/empregada

() vizinha () outro. Quem? _____

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

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: ____

Quem são os moradores da casa? _____

Quantas pessoas trabalham? ____

Caso ninguém trabalhe, quem sustenta a casa? _____

Renda mensal aproximada: R\$ _____

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 Biológica

É sua mãe biológica: () sim () não (Caso não seja) Você conhece sua mãe biológica? () sim () não

Idade da sua mãe biológica: ____ anos Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de sua mãe biológica: () primogênita () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe biológica: _____

Avó Materna de criação (perguntar somente se a avó materna NÃO for biológica)

Idade da sua mãe de criação: ____ anos A sua mãe de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que ela teve o primeiro filho: ____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe de criação: _____

Avó Materno Biológico

É seu pai biológico: () sim () não (Caso não seja) Você conhece seu pai biológico? () sim () não

Idade do seu pai biológico: ____ anos Idade com que ele teve o primeiro filho: ____ anos

Qual sua ordem de nascimento por parte de seu pai biológico: () primogênito () segundo filho () terceiro filho () quarto ou mais

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai biológico: _____

Avô Materno de criação (perguntar somente se o avô materno NÃO for biológico)

Idade do seu pai de criação: _____ anos O seu pai de criação tem outros filhos? () sim () não

Idade com que seu pai de criação teve o primeiro filho: _____ anos

Qual o número de irmãos que tens por parte de seu pai de criação: _____

Avós maternos (em relação à família de referência da mãe do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM PATERNA:

Avó Paterna Biológica:

É a mãe biológica do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece a mãe biológica? () sim () não

Idade da mãe biológica do pai do bebê: _____ anos

Idade com que a mãe biológica do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

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

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna biológica: _____

Avó Paterna de criação (perguntar somente se a avó paterna NÃO for biológica)

Idade da mãe de criação do pai do bebê: _____ anos

A mãe de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que a mãe de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte da avó paterna de criação: _____

Avô Paterno Biológico

É o pai biológico do pai do bebê: () sim () não (Caso não seja) Ele conhece o pai biológico? () sim () não

Idade do pai biológico do pai do bebê: _____ anos

Idade com que o pai biológico do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno biológico: _____

Avô Paterno de criação (perguntar somente se o avô paterno NÃO for biológico)

Idade do pai de criação do pai do bebê: _____ anos

O pai de criação do pai do bebê tem outros filhos? () sim () não

Idade com que o pai de criação do pai do bebê teve o primeiro filho: _____ anos

Número de irmãos do pai do bebê por parte do avô paterno de criação: _____

Avós paternos (em relação à família de referência do pai do bebê)

Vivem juntos? () sim () não Há quanto tempo? _____ anos

(Caso não)

Por quê? _____

Nova união: Avô () sim () não Tempo: _____ anos

Nova união: Avó () sim () não Tempo: _____ anos

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

Nome marido/companheiro: _____

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

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

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou?

() nenhuma () Ensino Fundamental - ____ série () Ensino Médio - ____ série

() Superior () Curso Técnico _____ () Pós-Graduação _____

() Outro _____
Ele ainda está estudando? () não () sim, o que? _____
Ele já reprovou? () não () sim, quantas vezes? _____. Em que série? _____
Ele tem religião? () sim () não Qual? _____
Seu marido/companheiro trabalha? () sim () não () aposentado
Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____ Quantas horas? ____ horas/dia
Qual o horário? _____
Ele é remunerado? () sim () não Qual o valor? R\$ _____ () não sabe
(Caso não estiver trabalhando)
Qual era o trabalho anterior dele? _____
O seu marido/companheiro tem outros filhos? () não () sim. Quantos? ____
Idade com que seu marido ou companheiro teve o primeiro(a) filho(a): ____ anos

OBSERVAÇÕES: _____

Anexo C

Participante: _____ Data: ___/___/___

Caso: _____ Entrevistador(a): _____

EPDS (Santos et al., 2004)

Farei 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 freqüentemente

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

Anexo D

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière - Paris



Tradução para o português (Brasil) : Patrícia Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem *solicitar** uma versão do M.I.N.I. (*mediante cadastro*), para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

UM *TREINAMENTO PRÉVIO** É OBRIGATÓRIO, PARA QUALQUER UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I.

** versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos : pat.amorim@terra.com.br*

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

Nome do(a) entrevistado(a):	_____	Número do protocolo:	_____
Data de nascimento:	_____	Hora de início da entrevista:	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	Hora do fim da entrevista:	_____
Data da entrevista:	_____	Duração total da entrevista:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Passado <input type="checkbox"/>		296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	Passado <input type="checkbox"/>		293.83	F06.xx
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
	Passado <input type="checkbox"/>		29x.xx	nenhum
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.30-296.36 Recorrente	F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos) <input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado <input type="checkbox"/>		300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Passado <input type="checkbox"/>		296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANIACO	Atual <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Passado <input type="checkbox"/>		296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	Passado <input type="checkbox"/>		293.83	F06.30
	EPISÓDIO HIPOMANIACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	Passado <input type="checkbox"/>		293.83	nenhum
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado <input type="checkbox"/>		291.8-292.84	nenhum
	EPISÓDIO HIPOMANIACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado <input type="checkbox"/>		291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	Vida inteira <input type="checkbox"/>		300.01/300.21	F40.01-F41.0
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual <input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual <input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira <input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Atual <input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira <input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81

	TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
	TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
	TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
N	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
Q	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Atual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Atual	<input type="checkbox"/>		
X	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y	TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>		

ALERTA

MESMO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM CLARO FATOR ESTRESSANTE AGRAVANDO A SINTOMATOLOGIA, EXPLORE INICIALMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE "A -W" ACIMA. NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO EXPLORADO DE "A -W" FOREM PREENCHIDOS.

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 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)MÂNICO).
- 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:

	Episódio Atual		Episódio Passado				
	NÃO	SIM	NÃO	SIM			
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 A 1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)? 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.		NÃO	SIM	NÃO	SIM
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? SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
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
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 SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.		NÃO	SIM	NÃO	SIM
A8	COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.					
A9	COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.					

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

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 <u>OU</u> 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 A3e 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>	

SUBTIPO 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 PROVAVELMENTE 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
<i>TRANSTORNO DISTÍMICO</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

B6 Que 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:

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

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

		Episódio Atual		Episódio Passado										
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 INCERTO 12														
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 HIPOMANIACO 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 HIPOMANIACO</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 HIPOMANIACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>			
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANIACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANIACO 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 MANIACO</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 MANIACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>			
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANIACO														
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.

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

Episódio Misto

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

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

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.

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

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 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 ?								
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 150px; height: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	
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 ?								
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 150px; height: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	
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 SUBSTÂNCIA 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", hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbani®, 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 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:**
- | | | | |
|---|-----|-----|---|
| a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 1 |
| b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], 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 | 2 |
| c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |

- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], 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 SELECIONADA], 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 SELECIONADA] 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 SELECIONADA] nos últimos 12 meses ? →
NÃO SIM 8

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

- Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM
- Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], 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 SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM
- Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM
- Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], 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 SELECIONADA], 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 SELECIONADA] 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 DISTRORÇÃO 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			COLUNA B			
		Resposta do(a) entrevistado(a)			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	BIZARRO SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.			NÃO	SIM	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	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)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.			NÃO	SIM	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?			NÃO	SIM	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	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. 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.			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? COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM A QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO SIM
	b	SE SIM : Ouvia essas coisas/vozes no último mês? COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR Vozes QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO SIM SIM → 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? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO SIM
	b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO SIM
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
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO SIM
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
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO <input type="checkbox"/> PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	NÃO SIM

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 BIZARRO?
OU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO"?

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 BIZARRO?
OU HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO " SIM BIZARRO" ?
(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?	<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																
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). <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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)?	<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	22	TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM	22																	
TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
	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)																		
M13b	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM)?	<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	23	TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM	23																	
TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
	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)																		
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências?	_____		24															
	SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.																		
M15 a	Durante ou depois desse (de um desses) período(s) em 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?	_____		26															
	SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.																		
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?	<input type="text"/>	idade	32															
b	Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve?	<input type="text"/>		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 MARCANTE 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), ASSINAR 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	SIM	18
	ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM	19
	sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM	20
	vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM	21
	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	SIM	22
	dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM	23
	dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	24
	dificuldade de falar ?	NÃO	SIM	25
	dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM	26
	perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM	27
	visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM	28
	ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM	29
	períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM	30
	sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM	31
	(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	SIM ³⁶
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 ?	→	NÃO	SIM	1				
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" ?		NÃO	SIM	2				
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?		NÃO	SIM	3				
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?		NÃO	SIM	4				
	d. Sentiu-se particularmente irritável ?		NÃO	SIM	5				
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?		NÃO	SIM	6				
	f. Chorava facilmente ?		NÃO	SIM	7				
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?		NÃO	SIM	8				
	h. Temia sempre o pior ?		NÃO	SIM	9				
	i. Sentiu-se sem esperança ?		NÃO	SIM	10				
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?		NÃO	SIM	11				
	Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?	→	NÃO	SIM					
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→	NÃO	SIM	12				
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 ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).</i>								
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	→	NÃO	SIM	INCERTO 13				
Z5	a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:								
	Depressão Maior VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	14				
	Distímia VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	15				
	Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	16				
	Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	17				
	b. ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso	→	NÃO	SIM	18				
	qualquer outro Transtorno do Humor	→	NÃO	SIM	19				
	c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?	→	NÃO	SIM	20				
Z6	Z5c É COTADA NÃO?		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	
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 Alcool
296.30/F33.9	inespecificado	305.00/F10.1	Abuso do Alcool
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	305.50/F11.1	Abuso de opióides
296.35/F33.4	em remissão parcial	305.60/F14.1	Abuso de cocaína
296.36/F33.4	em remissão completa	305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
Transtorno Distímico		305.90/F15.00	Intoxicação por cafeína
300.4/F34.1		305.90/F18.1	Abuso de inalantes
Mania		305.90/	Abuso de outras substâncias
Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x		F19.00/F19.1	Abuso
296.00	inespecificado	305.90/F19.1	Abuso de Fenclidina
296.01/F30.1	leve	Transtornos Psicóticos	
296.02/F30.1	moderado	295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos	295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos	295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
296.05/F30.8	em remissão parcial	295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
296.06/F30.8	em remissão completa	295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x		295.70/F25.x	Transtorno Esquizoaletivo
296.40/F31.0	Hipomaniaco	295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
296.40	inespecificado	297.10/F22.0	Transtorno Delirante
296.41/F31.1	leve	297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
296.42/F31.1	moderado		
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos	293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos		
296.45/F31.7	em remissão parcial	293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
296.46/F31.7	em remissão completa	293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x		293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
296.50	inespecificado		
296.51/F31.3	leve	298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
296.52/F31.3	moderado	298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	Anorexia Nervosa	
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	307.10/F50.0	
296.55/F31.7	em remissão parcial	Bulimia Nervosa	
296.56/F31.7	em remissão completa	307.51/F50.2	
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		Transtorno de Estresse Pós-Traumático	
296.60	inespecificado	309.81/F43.1	
296.61/F31.3	leve	Risco de Suicídio	
296.62/F31.3	moderado	Nenhum código alocado	
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos	Transtorno da Personalidade Anti-social	
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos	301.70/F60.2	
296.65/F31.7	em remissão parcial	Transtornos Somatoformes	
296.66/F31.7	em remissão completa	300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado	300.70/F45.2	Hipocondria
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE	300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II		
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 Hipomaniaco, maniaco 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)Maniaco	"	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	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e com TDAH
V Transtorno da Conduta	"	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da Conduta
W Tr. de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)	"	Qualquer transtorno do eixo I
X Transtorno de Ajustamento	"	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um Transtorno de Personalidade
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual	"	Qualquer outro transtorno psiquiátrico
Z Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	"	

REFERÊNCIAS

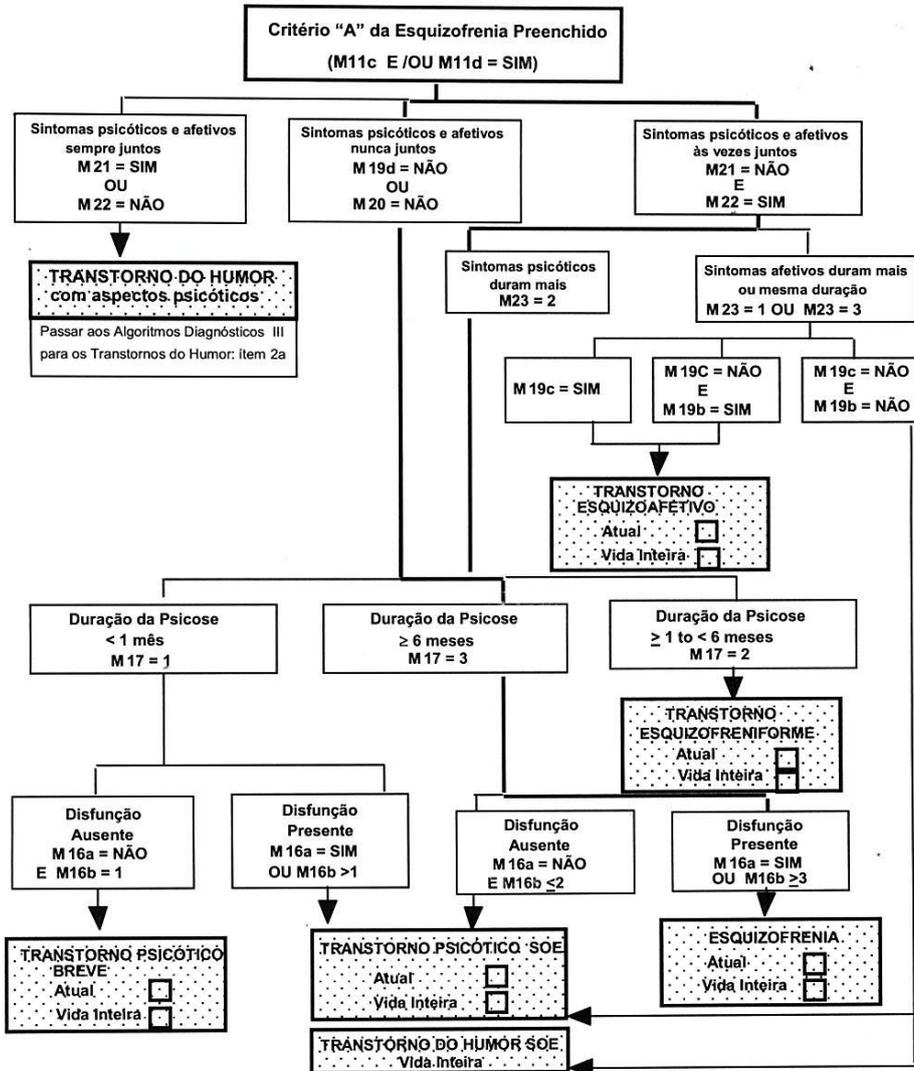
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241.
- Lecrubier Y, Sheehan 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, Hammett-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.

<u>Translations</u>	<u>M.I.N.I. 4.4 or earlier versions</u>	<u>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:</u>
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvlosky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		Em preparação
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M.Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García,
	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	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Grietz, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balaz
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hammett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Hammett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Oisubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		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.

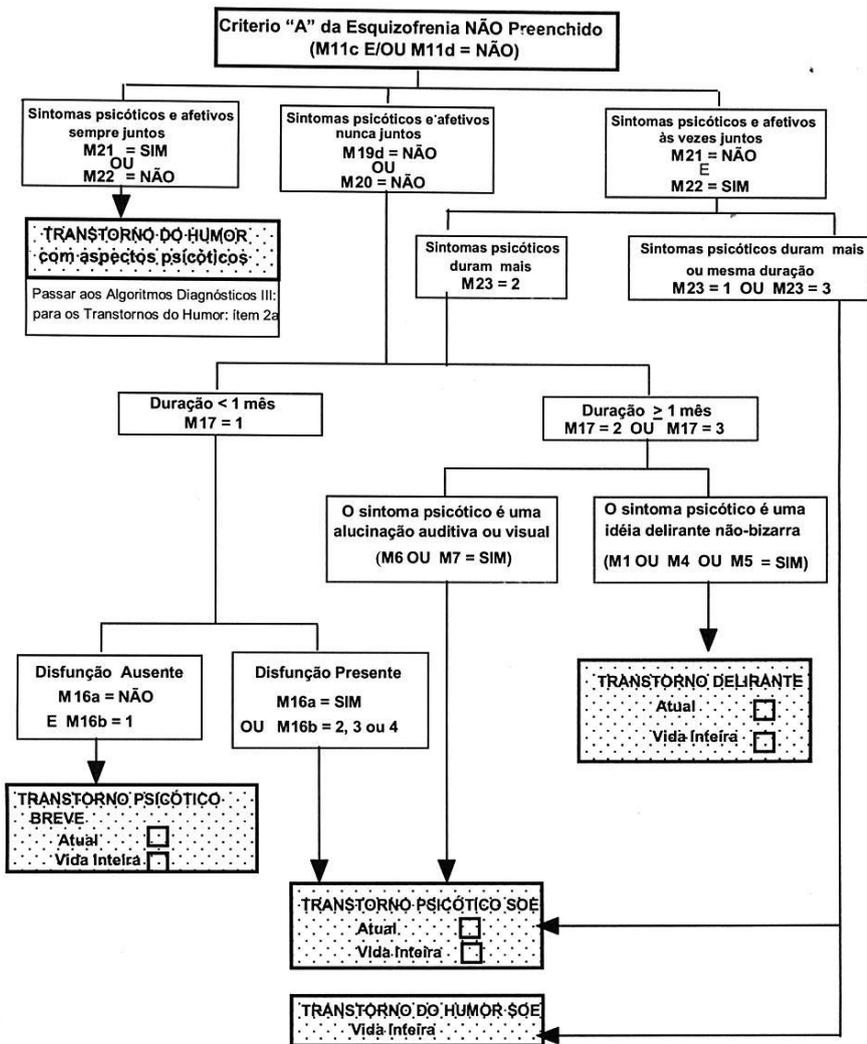
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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.



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

Consultar os Módulos: A [Episódio Depressivo Maior]
 D [Episódio (Hipo)Maníaco]
 M [Transtornos Psicóticos]

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

- 1 a M20 = NÃO ? NÃO SIM
 b M21 = NÃO E M22 = SIM ? NÃO SIM → COTAR NÃO EM 2c, 2d E 2e
 c M21 = SIM OU M22 = NÃO ? NÃO SIM

MÓDULOS A e D:

- 2 a UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM A3e? Não Sim
 b UMA IDÉIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM D3a? Não Sim

- c A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 e D7 = NÃO (Episódios Hipomaniaco e Maníaco ausentes)?

Especificar:

SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E 2a = NÃO
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1c = SIM OU 2a = SIM

Especificar se o episódio depressivo é Atual ou Passado
 (Questão A8)

NÃO	SIM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

Especificar:

SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E [2a = NÃO E 2b = NÃO]
 COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1c = SIM OU [2a = SIM OU 2b = SIM]

Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado
 (Questões A8 ou D6 ou D7)

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR I	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)

E
 D6 = SIM (Episódio Hipoaniaco presente)?
 E
 D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

Especificar se o episódio de humor mais recente é Atual ou Passado
 (Questões A8 ou D6)

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR II	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

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"/>	<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...)

Anexo E

Participante: _____ Data: ____/____/____
 Caso: _____ Entrevistador(a): _____

ESCALA REVISADA DE AJUSTAMENTO CONJUGAL (R-DAS)¹

A maioria das pessoas têm divergências nos seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo qual o nível aproximado da concordância ou divergência entre você e seu esposo(a)/companheiro(a), para cada item da lista que se segue:

	Sempre <u>Concordamos</u>	Quase sempre <u>Concordamos</u>	Às vezes <u>concordamos</u>	Frequentemente <u>Discordamos</u>	Quase sempre <u>Discordamos</u>	Sempre <u>Discordamos</u>		
1. Assuntos religiosos	5	4	3	2	1	0		
2. Demonstrações de carinho	5	4	3	2	1	0		
3. Tomada de decisões importantes	5	4	3	2	1	0		
4. Relações sexuais	5	4	3	2	1	0		
5. Regras de comportamento social (por ex. como cumprimentar pessoas, regras à mesa, vestimenta)	5	4	3	2	1	0		
6. Decisões profissionais	5	4	3	2	1	0		
		<u>Sempre</u>	<u>Quase sempre</u>	<u>Mais frequentemente sim do que não</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>	
7. Com que freqüência vocês conversam sobre divórcio, separação ou terminar sua relação?		0	1	2	3	4	5	
8. Com que freqüência você e seu esposo(a), companheiro(a) brigam?		0	1	2	3	4	5	
9. Você já se arrependeu de ter casado ou vivido juntos?		0	1	2	3	4	5	
10. Com que freqüência você e seu esposo(a), companheiro(a) se irritam muito um com o outro?		0	1	2	3	4	5	
				<u>Todos os dias</u>	<u>Quase Todos os dias</u>	<u>Às vezes</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
11. Você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem coisas juntos fora de casa?				4	3	2	1	0
Com que freqüência você e seu esposo(a), companheiro(a) fazem as seguintes atividades juntos ?								
	<u>Nunca</u>	<u>Menos de uma vez por mês</u>	<u>Uma ou duas vezes por mês</u>	<u>Uma ou duas vezes por semana</u>	<u>Uma vez por dia</u>	<u>Mais de uma vez por dia</u>		
12. Trocam idéias de uma forma estimulante?	0	1	2	3	4	5		
13. Fazem juntos alguma atividade?	0	1	2	3	4	5		
14. Discutem algum assunto com calma	0	1	2	3	4	5		
15. Vocês têm conversas interessantes?	0	1	2	3	4	5		

¹ Busby, D.M., Crane, D.R., Larson, J.H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construction hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 289-308.

Anexo F

OBS: Antes da entrevista ser iniciada, mencionar na gravação: 1) Nome do entrevistado; 2) Nome do entrevistador; 3) Data da entrevista; 4) Instrumento utilizado.

Participante: _____	Data: __/__/__
Caso: _____	Entrevistador(a): _____

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO - VERSÃO MÃE

(Adaptado de 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 a tua infância?
2. Quem cuidava de ti quando tu eras pequena?
3. Como tu e o pai do bebê se conheceram?
4. Em que momento da tua vida/vida do casal aconteceu a gravidez?
5. Como é o teu relacionamento com a tua família de origem (*pai, mãe, irmãos, ...*) hoje?
6. 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...

7. Esta foi a tua primeira gravidez?
8. Foi uma gravidez planejada?
9. Como te sentiste ao receber a notícia da gravidez?
10. Como o teu companheiro recebeu a notícia da gravidez?
11. Como a tua mãe recebeu a notícia da gravidez?
12. Como te sentiste durante a gravidez em termos físicos? E em termos emocionais (*vontade de chorar, irritabilidade, tristeza/alegria*)?
13. Houve alguma complicação durante a gravidez? Como foi?
14. Que preocupações tu tinhas em relação a ti como mãe durante a gravidez?
15. E o teu companheiro? Ele te apoiou durante a gravidez? Como (*o que ele fazia*)? Como tu te sentiste com isto?
16. Alguma coisa mudou no jeito de ser dele com a gravidez?
17. Alguma coisa mudou no relacionamento de vocês com a gravidez?
18. Como foi o apoio da tua mãe durante a gravidez? E da tua família?
19. Tu já tiveste outra gravidez? (*Caso tenha tido*) Como foi a tua outra experiência de gravidez? O que aconteceu? Como tu te sentiu?

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

20. Como foi o parto? Foi normal ou cesárea? Houve alguma complicação? Como tu te sentiste?
21. Como foi teu primeiro encontro com o bebê? Teve contato com o bebê logo depois do parto?
22. O bebê mamou logo depois do parto?
23. Como foram os primeiros dias após o parto? Foi como tu imaginavas? O que te agradou? E o que te desagradou?
24. Como te sentiste como mãe nos primeiros dias após o nascimento do bebê?
25. Que preocupações tu tiveste em relação a ti como mãe nesses primeiros dias?
26. Que preocupações tu tiveste em relação ao bebê nesses primeiros dias?
27. Como foi a amamentação nesses primeiros dias? O bebê mamou no peito? Como era o ritmo das mamadas?
28. Teve alguma dificuldade com a amamentação?
29. Que orientações tu recebeste da equipe de saúde sobre a amamentação?

Anexo G

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDEP/NUDIF - 2003)¹

I. Eu gostaria que tu me falasses sobre o teu dia-a-dia com o bebê.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

1. Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?
2. Era como tu imaginavas? *(Se não era)* O que está diferente?
3. Como tu vês a comunicação entre vocês dois?
4. Tu sentes que já é possível entender o que ele expressa?
5. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
6. 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 costumavas fazer quando teu bebê está chorando? Como te sentes?
7. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes com isso?
8. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
9. E o que mais o desagrada? Por quê?
10. Tu costumavas 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 falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

11. Como tu estás te sentindo como mãe?
12. O que mais te agrada em ser mãe? E o que é mais difícil para ti?
13. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
14. O que mudou em ti e na tua vida a partir do momento que te tornaste mãe?
15. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
16. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
17. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
18. Tu imaginavas que seria assim? Como tu 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 falasses como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

25. Como é o jeito dele lidar com o bebê?
26. Como tu achas que ele está sendo como pai? Está sendo como tu imaginavas?
27. Ele participa dos cuidados do bebê? Como? Que atividades ele realiza com o bebê? Te sentes satisfeita com isso?
28. Tu solicitas a ajuda dele nos cuidados com o bebê?
29. Como é para ti pedir essa ajuda?
30. Como te sentes quando ele cuida do bebê? O que mais te agrada? E o que te incomoda?
31. Quanto tempo ele passa por dia com o bebê?
32. Como vocês lidam com a questão das despesas em relação ao bebê? O pai assumiu alguma despesa? Que outras responsabilidades ele assumiu?
33. Como imaginas que ele te vê como mãe?

¹ Adaptada de GIDEP (1998) por Aline Grill Gomes, Cesar A. Piccinini, Cristiane Alfaya, Daniela Schwengber, Giana Frizzo, Iara Sotto Mayor, Laura Prochnow, Milena da Rosa Silva e Rita Sobreira Lopes (em ordem alfabética).

IV. O bebê foi para a creche?

(Caso não tenha mencionado e se o bebê foi para a creche)

- 34. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
- 35. Quantas horas ele ficava na creche no início? Quantas horas ele fica agora?
- 36. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
- 37. Por que vocês escolheram colocar o bebê na creche?

(Caso o bebê não tenha ido para a creche):

- 34a. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?
- 35a. Quando? Por que escolheram colocar/não colocar na creche?
- 36a. Como tu achas que ele vai reagir?
- 37a. Como tu achas que tu vais te sentir?

V. Como é/foi a amamentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 38. Como está a amamentação atualmente? O bebê mama no peito ou toma mamadeira?

(Caso mame no peito)

- 39. Além do peito, tu precisaste complementar a amamentação com algum produto (ex. leite em pó)? Se sim, em que momento tu usaste o complemento?
- 40. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
- 41. Como tu te sentes ao dar de mamar para o bebê? Tu estás satisfeita com essa experiência de amamentação?

(Caso não mame no peito)

- 39a. Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
- 40a. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
- 41a. Como tu te sentias ao dar de mamar para o bebê? Tu ficaste satisfeita com essa experiência de amamentação?

VI. (Se o bebê apresentar sintoma alimentar no Symptom) E como é a alimentação do bebê?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

- 42. Como foi a introdução de outros alimentos, além do leite? (alimentação semi-sólida, sólida e variada)
- 43. Tiveste alguma dificuldade nessa questão?
- 44. Como está a alimentação atualmente?
- 45. Como é a aceitação de um alimento novo?
- 46. O teu filho(a) tem preferência por algum alimento?
- 47. *(Se está na creche)* E na escola? Ele(a) se alimenta bem?
- 48. *(Se está na creche)* Percebes diferença no comportamento alimentar do teu filho na escola e em casa? *(Se sim)* Por que tu achas que isso acontece?
- 49. Quem costuma participar dos momentos comuns de alimentação do teu filho? Como é o clima deste momento?
- 50. Ele(a) se alimenta sozinho(a)? *(Se sim)* O que tu costumava fazer quando teu filho se recusa a comer sozinho?
- 51. Existe algum alimento que teu filho costuma não comer ou comer demais? Por quê?
- 52. Tu costumava oferecer algum alimento ao teu filho para fazê-lo parar de chorar, para mantê-lo quieto, para ajudá-lo a se sentir melhor ou quando chateado?
- 53. Na tua opinião, tu acreditas que teu filho se alimenta bem ou mal? Por quê?
- 54. Tu achas que essas questões da alimentação do teu filho(a) tem afetado a tua relação com ele(a)? De que maneira?

VII. (Se a mãe apresentar depressão pós-parto na EPDS) Tu relataste (antes/no encontro anterior) que ultimamente estás te sentindo triste, mais irritada ou tens vontade de chorar (perguntar de acordo com o que a mãe relatar estar sentindo)?

(Caso não tenha mencionado) Tu poderias me falar mais sobre isso?

- 55. Como é para ti cuidar do teu bebê quando estás te sentindo assim?
- 56. Tu lembras quando começaste a te sentir assim? Como foi?
- 57. Em algum outro momento de tua vida tu já te sentiste assim? *(Se sim)* Poderias me contar um pouco mais sobre isso?
- 58. Chegaste a procurar alguma ajuda ou tratamento? *(Se sim)* Qual? Tu estás tomando medicação? Qual?