

DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS DO BEBÊ: estudo de um
caso de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo

Elisa Cardoso Azevedo

Dissertação de Mestrado apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia sob orientação da Prof^a. Dra. Giana Bitencourt Frizzo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, março de 2016

AGRADECIMENTOS

Nesse momento se faz importante agradecer a cada pessoa que, de alguma forma, contribuiu para a concretização de mais essa etapa da minha vida profissional.

Agradeço primeiramente à minha orientadora, a Psic. Dra. Giana Bitencourt Frizzo, pela dedicação, compreensão e disponibilidade ao longo da minha construção acadêmica, por compartilhar comigo seus conhecimentos sobre a relação mãe-bebê e por fazer tudo isso de forma tão afetiva.

Ao grupo de pesquisa agradeço pela dedicação com o projeto, pelo auxílio na coleta dos casos, pelo empenho com o banco de dados, pelo cuidado com as famílias e por compartilharem o prazer de trabalhar com mães e bebês. Um agradecimento em especial deve ser dado à Psicóloga Eliane Scricco pelas trocas nas reuniões do grupo e pelo auxílio na compreensão do caso com seu olhar psicanalítico.

Às professoras da banca Milena da Rosa Silva, Ana Cristina Garcia Dias e Tagma Marina Schneider Donelli, agradeço pelas contribuições dadas a este estudo.

Às famílias que participaram dos projetos DEPSICO e SINBEBÊ, em especial à dupla mãe-bebê que participou da Psicoterapia Breve Mãe-Bebê em Grupo, agradeço por terem aceitado colaborar com a pesquisa e por compartilhar as suas histórias, pois assim tornaram possível a elaboração desse estudo.

Aos meus pais Luiz e Ivani, agradeço pelo apoio e amor incondicional, por estarem sempre disponíveis para me auxiliar no que fosse necessário, pelo investimento afetivo e financeiro, tão necessários para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu marido Ricardo Silveira Peixoto, meu amor e companheiro de vida, que dividiu comigo as exigências do mestrado, em proporções nem sempre justas, agradeço por compreender minha ausência nos períodos em que me dediquei quase que exclusivamente à dissertação, ao mesmo tempo em que nos dedicávamos a um momento único da nossa relação.

Aos meus sogros Renato e Sandra, pelo carinho, atenção e torcida pelo meu crescimento profissional.

Às amigas psicólogas Bianca Soll, Luciana Zanetello e Cinthia Vasconcelos, agradeço pela amizade que transcendeu os anos de Residência, pelo apoio e troca nos encontros presenciais e virtuais ao longo do mestrado e por compartilharem o investimento à nossa profissão.

À minha terapeuta, a psicanalista Paula Daudt Sarmiento Leite, agradeço por acompanhar meu crescimento interno de forma tão empática e afetuosa, pela escuta das minhas angústias, pela acolhida dos meus conflitos e por estar presente, nem sempre em tempo real, em todos os anos de tratamento pessoal.

SUMÁRIO

PARTE 1

INTRODUÇÃO	8
1.1 Apresentação	8
1.2 Relação Mãe-Bebê	8
1.3 Sintomas Psicofuncionais	10
1.4 Depressão Pós-Parto	15
1.5 Psicoterapia Pais-Bebê	21
1.6 Pesquisas em Psicoterapia Pais-Bebê	26
1.7 Justificativa e Objetivo	28

PARTE 2

MÉTODO	29
2.1 Participantes	29
2.2 Delineamento	30
2.3 Procedimentos	31
2.4 Aspectos Éticos	31
2.5 Instrumentos	32

PARTE 3

ANÁLISE DE DADOS	35
3.1 Descrição das sessões	36
3.2 Discussão	64

PARTE 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
----------------------------	----

REFERENCIAS	77
-------------------	----

ANEXOS	91
--------------	----

Anexo A: TCLE	91
---------------------	----

Anexo B: Parecer consubstanciado do CEP	93
---	----

Anexo C: Ficha de contato inicial	95
---	----

Anexo D: Mini Plus	96
Anexo E: EPDS	130
Anexo F: Symptom Check-List	132
Anexo G: Entrevista sobre a gestação e o parto	150
Anexo H: Entrevista sobre a experiência da maternidade	151
Anexo I: Descrição das sessões de psicoterapia	153

RESUMO

O presente estudo investigou as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Participaram deste estudo uma díade mãe-bebê em que a mãe apresentava depressão pós-parto, de acordo com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e pela Entrevista MINI e confirmados através da Entrevista sobre a Gestação e Parto e também pela Entrevista sobre a Experiência da Maternidade. Já o bebê tinha sintomas psicofuncionais detectados através do Questionário Symptom Check List (SCL). Essa dupla participou de uma Psicoterapia Mãe-bebê em Grupo no período de maio a agosto de 2015. Foi utilizado o delineamento de estudo de caso único, a fim de analisar as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê ao longo das sessões de psicoterapia. Para tanto, foi realizada uma análise qualitativa, relacionando os materiais clínicos provenientes das 11 sessões de psicoterapia com os conhecimentos teóricos existentes na literatura, a partir de uma compreensão psicanalítica. Os sintomas depressivos maternos considerados nessa análise foram tristeza, labilidade emocional e irritabilidade e os sintomas psicofuncionais do bebê foram sono, alimentação e comportamento, em especial os que envolvem separação. Os resultados revelaram mudanças na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê ao longo das sessões da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Além disso, verificou-se que os sintomas depressivos maternos e os sintomas psicofuncionais do bebê estavam mutuamente associados e que a partir da intervenção utilizada houve uma melhora dos sintomas tanto da mãe quanto do bebê. Palavras-chave: leitura materna, depressão pós-parto, sintomas psicofuncionais do bebê, psicoterapia mãe-bebê em grupo.

ABSTRACT

The present study investigated the changes in maternal reading about their depressive symptoms and on psychofunctional symptoms baby in a context Psychotherapy Brief Mother-Baby Group. The study included a mother-baby dyad in which the mother had postpartum depression, according to Depression Scale Postpartum Edinburgh (EPDS) and Interview MINI and confirmed through the interview about Pregnancy and Childbirth and also the interview on the Maternity Experience. But the baby had psychofunctional symptoms detected by the Symptom Check List Questionnaire (SCL). This double attended a Mother-Baby Group Brief Psychotherapy in the period May-August 2015. We used a single case study design in order to analyze the changes in the mother reading about her depressive symptoms and about the baby psychofunctional symptoms along the psychotherapy sessions. For this, a qualitative analysis was conducted, linking clinical materials from 11 psychotherapy sessions with existing theoretical knowledge in literature, from a psychoanalytic understanding. Maternal depressive symptoms were considered in this analysis sadness, emotional lability and irritability and the baby's psychofunctional symptoms were sleeping, feeding and behavior, in particular those involving separation). The results revealed changes in the mother's reading about their depressive symptoms and about the baby's symptoms psychofunctional during the sessions of brief mother-infant psychotherapy group. In addition, it was found that maternal depressive symptoms and the baby psychofunctional symptoms were mutually associated and was a improvement in symptoms of both mother and baby with the intervencion.

Keywords: maternal reading, postpartum depression, baby's psychofunctional symptoms, brief mother-infant psychotherapy group.

PARTE 1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Os distúrbios psicofuncionais do bebê podem ser compreendidos como derivados de dificuldades na relação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Uma das possíveis causas da impossibilidade da mãe em exercer adequadamente sua função seria a depressão pós-parto. Por isso, Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem a depressão pós-parto como uma doença da interação já que está relacionada à presença do bebê.

Uma das possibilidades de tratamento para a ocorrência de depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê é a Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Já se sabe que a psicoterapia com a dupla mãe-bebê pode ser eficiente (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo, 2008; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2007; Stern, 1997; Trad, 1997; Pinto, 2004), trazendo uma melhora significativa para os sintomas do bebê, para a depressão pós-parto e para a interação da dupla. Quando realizada em grupo, essa intervenção também permite a mãe sair do isolamento social e refletir sobre as dificuldades inerentes a maternidade, capacitando as mães a promoverem um ambiente que dá suporte ao desenvolvimento e necessidades emocionais dos filhos (Clark, 2000; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003). De acordo com Cramer (1993) tanto a depressão pós-parto quanto os sintomas da criança tendem a cessar rapidamente quando a psicoterapia está focada na relação mãe-bebê.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo é investigar a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de psicoterapia mãe-bebê em grupo. Inicialmente será contextualizada a relação mãe-bebê e a seguir será realizada uma breve revisão sobre os sintomas psicofuncionais do bebê, depressão pós-parto, psicoterapia pais-bebê, além de pesquisas nessas áreas.

1.2 Relação mãe-bebê

O desenvolvimento de um bebê se dá no encontro com o outro. As primeiras relações do bebê com seu ambiente iniciam-se durante a gestação, a partir das expectativas parentais sobre o bebê e das interações estabelecidas com ele ainda intra-útero. Após o nascimento, os pais seguem projetando no bebê suas fantasias e expectativas, as quais o bebê responderá de acordo com suas próprias características, formando assim um padrão de interação na relação pais-bebê (Prado et al., 2008; Azevedo & Carlesso, 2012).

Winnicott (1956/2000) enfatizou em sua obra a importância do ambiente para o desenvolvimento do bebê, descrevendo a profunda identificação que existe entre uma mãe e seu bebê neste período inicial. Para esse autor, nesse momento surge a preocupação materna primária, que se trata de um estado psicológico que surge ao final da gestação e dura algumas semanas após o nascimento do bebê, caracterizado por uma sensibilidade exacerbada despertada na mãe, no qual ocorre uma identificação consciente e inconsciente da mãe com seu filho. É necessário que a mãe tenha saúde psíquica suficiente tanto para desenvolver este estado quanto para recuperar-se dele na medida em que a criança vai se desenvolvendo e necessitando cada vez menos desse cuidado tão intenso e primitivo. Trata-se da capacidade da mãe de “adoecer sadiamente” no que diz respeito aos cuidados do seu filho. Quando a mãe consegue entrar no estado de preocupação materna primária, conseguindo colocar-se no lugar da criança e corresponder às necessidades corporais e emocionais da mesma, ela pode ser denominada de mãe suficientemente boa. Através de sua identificação com a criança, esta mãe, ao qual Winnicott (1987/2006) também chama de mãe devotada comum, consegue captar as necessidades que o filho necessita e supri-las. É simplesmente por dedicar-se ao cuidado do seu bebê e por fornecer o *holding* que a mãe é capaz de prover quase exatamente o que a criança necessita.

Entende-se que a qualidade das interações na fase inicial da vida entre o bebê e seu cuidador tem importantes implicações do ponto de vista clínico e emocional. Dessa forma, perturbações nestas interações se constituem como um dos primeiros indícios de dificuldades no desenvolvimento do bebê (Wendland, 2001). Se a mãe proporciona uma adaptação suficientemente boa às necessidades do bebê, o desenvolvimento dele sofre poucas perturbações, mesmo frente as falhas maternas, que fazem parte da adaptação da mulher enquanto mãe e por isso são aceitáveis e toleradas. Contudo, quando as falhas no cuidado do bebê se tornam o aspecto predominante da relação, o bebê pode não se desenvolver em aspectos essenciais, podendo tornar-se retraído, apático e até morrer. O bebê torna-se perceptivo, não da falha em si, mas da necessidade de reagir a esta falha, que é sentida por ele como uma interrupção do seu desenvolvimento (Winnicott, 1956/2000).

Além disso, quando não há uma provisão ambiental suficientemente boa, possivelmente porque as interações entre a díade mãe-bebê que não foram recompensadoras, o desenvolvimento do bebê fica interrompido, o que pode resultar em um enfraquecimento do *self* e se constituir como uma ameaça de aniquilamento (Winnicott, 1989/1994). Bion (1962/1988) nomeou essa sensação de “terror sem nome”, na tentativa de designar a angústia de aniquilamento experimentada pelo bebê, em um momento de sua vida em que ainda não é

possível construir representações dessas sensações através da palavra. Essa sensação seria então sentida pelo bebê nos momentos em que a mãe falha ao cumprir sua função, que, nesta etapa do desenvolvimento do bebê, deveria ser suficientemente boa. Quando a mãe está impossibilitada de dar a continência necessária que o bebê necessita, ele experimenta a sensação de morte. Para defender-se e dar conta deste aniquilamento, o bebê pode fazer usos de alguns mecanismos. Uma saída possível para o bebê, fora o retraimento, a apatia, a morte e a interrupção ou alteração no seu desenvolvimento é a manifestação de sintomas psicofuncionais (Brazelton & Cramer, 1992; Winnicott, 1956/2000; Winnicott, 1960/1990).

1.3 Sintomas psicofuncionais do bebê

Sintomas psicofuncionais são manifestações somáticas e comportamentais do bebê, sem causa orgânica, que sinalizam dificuldades na interação entre pais-bebê (Batista-Pinto, 2004). A somatização é uma resposta adaptativa e, até mesmo, defensiva, que o ser humano pode utilizar quando circunstâncias externas ou internas ultrapassam seus modos psicológicos habituais de resistência. O processo de somatização consiste, basicamente, na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas corporais (Coelho & Ávila, 2007). Num momento do desenvolvimento em que ainda não há a fala e nem o brincar para que a expressão simbólica apareça, o conflito aparece no corpo do bebê. Isso significa que, quando um bebê apresenta um sintoma que coloca em risco a sua constituição psíquica, o sofrimento aparece em sua organização corporal (Jerusalinsky & Berlick, 2008).

Por sua própria condição humana, o bebê se caracteriza por ser uma unidade psicossomática. Na medida em que o psiquismo vai amadurecendo e se estruturando, deve ocorrer uma diminuição das manifestações somáticas (Marty, 1993; McDougall, 1996). Nesse sentido, a psicossomática busca um entendimento da relação mente-corpo e dos processos de adoecimento (Capitão & Carvalho, 2006).

Os sintomas psicofuncionais mais frequentes na primeira infância são os distúrbios do sono, alimentares, respiratórios, de pele, de comportamento, digestivos e gástricos. Os distúrbios de sono aparecem através da criança que dorme mal, ou acorda muitas vezes durante a noite, ou demora para dormir, ou que vai dormir muito tarde, que dorme pouco ou demais para a idade, que não tem horário na sua rotina de sono, etc. os distúrbios alimentares manifestam-se na quantidade ou na qualidade da alimentação e nas dificuldades com tipos específicos de alimentos. Já os distúrbios digestivos e gástricos aparecem na forma de regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre, ou diarreia. No grupo dos distúrbios respiratórios tem-se a asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição como

faringites, laringites, etc. Quanto aos problemas de pele identificam-se sintomas como o eczema e alergias cutâneas; e por fim, sobre os distúrbios de comportamento, aparecem o temperamento difícil, irritação e choro freqüentes, baixa consolabilidade, ansiedade e medo constantes, dificuldades de vínculo ou de separação, etc. (Batista-Pinto, 2004; Robert-Tissot et al.,1989).

Os distúrbios psicofuncionais podem ser entendidos como sinais de alerta de indicadores de problemas, passageiros ou persistentes. Como o bebê é extremamente dependente dos cuidados que recebe, acredita-se que tais problemas tenham sua origem nas trocas interacionais entre pais e bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Marty, 1993; McDougall, 1996; Robert-Tissot et al.,1989). Por isso, é importante diagnosticar e tratar precocemente tais manifestações, pois estes sintomas podem, mais tarde, se desenvolver e aparecer de forma muito mais grave (Batista-Pinto, 2004; Mazet & Stoleru, 1990; Robert-Tissot et al.,1989).

Spitz (1958) foi um dos primeiros psicanalistas a se dedicar aos estudos dos distúrbios somáticos dos bebês. As pesquisas deste autor permitiram compreender que a exclusiva satisfação das necessidades biológicas e dos cuidados materiais não é suficiente para garantir a sobrevivência de um bebê, e que a carência afetiva e/ou a privação dos cuidados pode produzir graves danos físicos e psíquicos no bebê, podendo ocasionar até a morte. Entende-se assim que a possibilidade de uma variação do cuidado materno ou até mesmo a falta dele poderá ser determinante para o equilíbrio psicossomático do bebê.

As contribuições de diferentes escolas psicanalíticas que estudam a psicossomática¹ (Marty, 1993; McDougall, 1996) também permitem compreender a dinâmica da produção destes sintomas na criança pequena. A psicossomática psicanalítica se baseia em trabalhos teóricos e clínicos sobre o tratamento de pacientes adultos com distúrbios psicossomáticos, partindo do pressuposto de que o indivíduo é psicossomático e não a doença em si (Casetto, 2006; Debray, 1999; Ferraz, 2007; Marty, 1993; McDougall, 1996). Foi partindo do trabalho realizado com os adultos que se ampliou o olhar e o entendimento para a psicossomática infantil. Para essa abordagem, no início da vida, o bebê ainda não tem condições psíquicas para lidar com as falhas do ambiente e tampouco possui recursos para construir representações através da palavra, que mais tarde, tornam-se vias de descarga de angústia. Inicialmente a criança sente necessidade de uma figura que pense por ela, que seja capaz de

¹ Parte dessa sessão é derivada do artigo " Revisão Crítica da Literatura sobre a utilização do instrumento Symptom Checklist para avaliação de sintomas psicofuncionais em bebês" que está sendo elaborado pelo grupo de pesquisa do estudo longitudinal do qual essa dissertação faz parte.

conter seus sentimentos, nomeando, dando um significado e uma resposta adequada. Essa capacidade de identificar, nomear e pensar sobre os próprios estados afetivos desenvolve-se na criança a partir das primeiras relações e trocas com os cuidadores (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). O surgimento e o desenvolvimento desse processo na criança depende da capacidade do cuidador em perceber a realidade psíquica experimentada pelo bebê, reconhecendo que ele tem suas necessidades, desejos e intenções diferentes das suas próprias. A perturbação nessa comunicação arcaica entre mãe e bebê pode deixar profundas marcas que futuramente poderão interferir na capacidade do adulto de pensar e refletir sobre a dor psíquica (Slade, Sadler, & Mayes, 2005; Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). Para McDougall (1982), as vivências emocionais primárias entre mãe e filho são determinantes na constituição dos sujeitos. Uma relação deficitária entre mãe e bebê ocasionaria o desenvolvimento de um mecanismo defensivo contra o surgimento de ansiedades psicóticas relacionadas a um temor de perda da identidade. Em decorrência disto, estes sujeitos descarregariam em suas ações e no ambiente suas expressões emocionais, separando-as de sua subjetividade e demonstrando dificuldade para entrar em contato com sua própria realidade psíquica.

Quando esse processo de apresentar o mundo para a criança não ocorre, o corpo comunica a incapacidade do aparelho mental, momentânea ou persistente, de elaborar os conflitos. Quando a mãe não cumpre adequadamente seu papel, o bebê pode acabar descarregando no corpo, as faltas ou os excessos do cuidado materno, através de distúrbios psicossomáticos (Kreisler, 1978). Para McDougall (1991), não se espera que um adulto reaja por meio de diarreias, por exemplo, frente a situações traumáticas, porém é bem mais plausível conceber que um bebê reaja assim tendo em vista a imaturidade do seu aparelho psíquico no início da vida.

De acordo com Winnicott (1988), a psique não pode ser entendida como um dado natural no recém nascido, mas sim, concebida como uma conquista a ser efetivada no contexto da unidade mãe-bebê, posto não haver ainda uma diferenciação entre ambos. É o cuidado oferecido pela mãe ao bebê que possibilita uma elaboração imaginativa das funções corporais por parte da criança. Assim, gradualmente o bebê passa a integrar as suas experimentações corporais, resultando na conquista da vivência pessoal de se habitar o próprio corpo, o que constitui sua identidade psicossomática. Portanto, Winnicott (1988) destacou a importância dos cuidados maternos em oferecer um ambiente que possibilite a integração psicossomática para que o bebê possa lidar progressivamente com as falhas ambientais que a mãe suficientemente boa vai, aos poucos, efetivando.

Os trabalhos de Kreisler, Fain e Soulé (1974) constituíram um marco na história da psicossomática da criança. Para estes autores, que se dedicaram aos estudos do distúrbio psicossomático no curso do desenvolvimento da criança a partir da observação direta delas e da compreensão psicanalítica, a psiquiatria do bebê é essencialmente o estudo dos distúrbios psicofuncionais. Estes autores esclareceram ainda que, os sintomas psicofuncionais do bebê só podem ser compreendidos considerando o contexto que a díade mãe-bebê está inserida. Debray (1999) complementou a ideia apontando que um mesmo sintoma pode ser tanto um sinal de saúde em um bebê, quanto uma disfunção da díade ou tríade que está alterando o desenvolvimento psicossomático da criança em um determinado momento. Entende-se, que a existência da sintomatologia precoce da criança, destaca, ainda que de maneira transitória, o sistema parental. Sendo assim, os distúrbios no bebê adquirem um determinado valor conforme as características da família e isso traduz o fato de que, um sintoma isolado no bebê, não tem valor em si.

Os estudos de Cramer e Stern (1988), Cramer e Palacio-Espasa (1993), Cramer (1993), Robert-Tissot et al. (1996) e Robert-Tissot et al. (1989) merecem destaque, pois aparecem como um marco empírico na temática dos sintomas psicofuncionais em bebês. Esse grupo de pesquisadores realizou uma série de estudos sobre a relação mãe-bebê na Suíça nas décadas de 80 e 90, tendo a sintomatologia do bebê como um tema central de investigação. Cramer e Stern (1988) apontaram, através de um estudo de caso único, que a psicoterapia mãe-bebê pode provocar mudanças nas representações maternas, nos sintomas do bebê e na qualidade da interação entre a dupla. Já o trabalho de Cramer (1993) foi um dos primeiros a sugerir que existe uma associação entre os distúrbios psicofuncionais dos bebês e a depressão pós-parto. Essa associação foi sugerida a partir de um estudo de caso, que envolvia uma mãe com sintomas depressivos que iniciaram após o nascimento do seu filho, que no contexto da consulta psicoterápica estava com 13 meses, mas apresentava distúrbios do sono desde os 5 meses de vida. O autor sugeriu, a partir da psicoterapia mãe-bebê com essa díade que a depressão pós-parto pode ser compreendida como uma perturbação na relação da dupla mãe-bebê, já que afeta ambos os membros da díade. A chegada da criança aparece como um fator de vulnerabilidade para a saúde mental materna, pois se trata de um momento peculiar para o desenvolvimento de depressão pós-parto, evidenciando-se uma alta incidência dessa patologia ao longo do primeiro ano de vida da criança, bem como o aparecimento de sintomas psicofuncionais. De acordo com Cramer (1993) tanto a depressão pós-parto quanto os sintomas da criança tendem a cessar rapidamente quando a psicoterapia está focada na relação mãe-bebê. Mais tarde, o trabalho de Robert-Tissot et al. (1996), encontrou os distúrbios do

sono, comportamentais e de alimentação como os sintomas psicofuncionais mais frequentes em uma amostra de 75 bebês estudados com idade média de 15 meses. Além disso, identificou-se que 15% dos problemas eram derivados da interação disfuncional entre pais-criança, envolvendo problemas de apego e ansiedade de separação.

O pioneiro estudo de Robert-Tissot et al. (1989) propôs a utilização do instrumento “Symptom Check-list” (SCL), como uma importante e inovadora ferramenta para avaliar os transtornos psicofuncionais da primeira infância. Após uma série de reformulações, em 1989 o estudo foi publicado apresentando o SCL como um instrumento clínico que visa avaliar quantitativamente e qualitativamente os sintomas psicofuncionais em bebês com idades a partir de 06 semanas até os 36 meses. Destaca-se que, nesta faixa etária são comuns as manifestações de sintomas psicofuncionais que podem estar relacionados a conflitos entre pais-bebê. Esta hipótese teórica está embasada em estudos clínicos com intervenção que ilustram a dinâmica dos sintomas psicofuncionais no contexto familiar (Kreisler, Fain & Soulé, 1974; Kreisler, 1981; Lebovici, 1987; Cramer, 1985).

Posteriormente,² outros trabalhos também utilizaram o SCL para avaliar os sintomas psicofuncionais em bebês. A faixa etária destes estudos variou dos três meses (Hervé et al., 2009; Tissot et al., 2013) aos dois anos de vida dos bebês (Serrano, 2010). Os trabalhos foram conduzidos em sua maioria na Suíça (Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger & Muller-Nix, 2014; Tissot et al., 2013; Faivre et al., 2005; Favez et al., 2006; Robert-Tissot et al., 1989), mas também na França (Hervé et al., 2009; Hervé et al., 2013), Itália, Espanha (Serrano, 2010) e Brasil (Scalco & Donelli 2014). Os resultados destes estudos mostraram que os sintomas mais prevalentes nos bebês estudados foram alimentação, sono e comportamento, corroborando o trabalho de Robert-Tissot et al. (1996), mas apareceu ainda o sintoma de respiração com uma grande frequência.

Recentemente, estudos brasileiros têm voltado sua atenção aos distúrbios psicofuncionais dos bebês. O estudo de Scalco e Donelli (2014) investigou os sintomas psicofuncionais no contexto da relação mãe-bebê em situação de gemelaridade aos 9 meses de vida do bebê, utilizando o delineamento de estudo de caso único. Participaram deste estudo uma tríade formada pela mãe e seus bebês gêmeos com idade de nove meses que tinham indicadores de sintomas psicofuncionais, de acordo com o SCL. Os resultados apontaram que a gemelaridade pode configurar-se como um dos fatores a aumentar as chances do surgimento

² Parte dessa sessão é derivada do artigo “ Revisão Crítica da Literatura sobre a utilização do instrumento Symptom Checklist para avaliação de sintomas psicofuncionais em bebês” que está sendo elaborado pelo grupo de pesquisa do estudo longitudinal do qual essa dissertação faz parte

dos sintomas psicofuncionais no início do desenvolvimento do bebê. Além disso, foi sugerido que a conflitiva conjugal, aliada à falta de apoio paterno, pode potencializar as chances de surgimento de dificuldades na relação mãe-bebê e como consequência o risco de desenvolvimento de sintomas psicofuncionais nos bebês. As autoras sugerem que a compreensão acerca do funcionamento dos sintomas psicofuncionais seja ampliada e voltada para a tríade. Já o trabalho de Silva (2014) realizou estudos de casos múltiplos, com três duplas mãe-bebê, visando compreender a manifestação dos sintomas psicofuncionais em bebês entre seis e 12 meses, filhos de mães com indicadores de depressão pós-parto, de acordo com os instrumentos EPDS e o MINI PLUS. Os resultados revelaram que os bebês expressavam intensamente seus sintomas quando estavam sob os cuidados de suas mães, o que foi compreendido pela autora como um efeito provocado pela depressão pós-parto, sendo o sintoma do bebê uma manifestação do seu sofrimento.

1.4 Depressão Pós-Parto³

Sendo assim, os distúrbios psicofuncionais do bebê podem ser compreendidos como derivados de dificuldades na relação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Uma das possíveis causas da impossibilidade da mãe em exercer adequadamente sua função seria a depressão pós-parto. Apesar de esta impossibilidade ser temporária, ela é determinante, pois um bebê não pode esperar (Spitz, 1958; Stern, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Mazet & Stoleru, 1990; Catão, 2002). Nesse sentido, Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem a depressão pós-parto como uma doença da interação já que está relacionada à presença do bebê.

Os quadros depressivos maternos variam de intensidade e duração, determinando diferenças no diagnóstico clínico (Moraes & Crepaldi, 2011). Para melhor compreensão, cabe diferenciar os três tipos de transtornos que ocorrem com a mulher no pós-parto: a melancolia da maternidade, usualmente conhecida como *baby blues*, a psicose puerperal e a depressão pós-parto. O *baby blues* é um estado transitório de fragilidade e hiperemotividade, que ocorre nos primeiros dias após o parto e está associado a mudanças neurofisiológicas normais do puerpério (Carlesso & Souza, 2011; Miller, 1997). A psicose puerperal é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério. É uma desordem psiquiátrica grave e rara, que normalmente exige internação. Entre os fatores de risco para psicose puerperal, estão a

³ Apesar de serem utilizados outros termos para designar a depressão pós-parto, como depressão materna e depressão puerperal, nesse trabalho optou-se por utilizar somente o termo depressão pós-parto.

primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos. Na ocorrência desse quadro, deve-se atentar para o comportamento negligente nos cuidados com o bebê, além de ideias suicidas e infanticidas (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Rennó Jr, 2010; O'Hara, 1997).

Já a depressão pós-parto é multifatorial e a literatura aponta que ainda não é possível identificar a etiologia deste transtorno. No entanto, existem alguns fatores de risco que evidenciam uma forte correlação com esta psicopatologia (Camacho et al., 2006; O'Hara & McCabe, 2013). Entre eles encontra-se um histórico de sintomas depressivos (antes ou durante a gestação (Field, 2011; Iaconelli, 2005) de transtornos afetivos, intercorrências na gestação ou no parto, a primeira gravidez, a vivência de importantes perdas, o nascimento de filhos com anomalias (Iaconelli, 2005; Rodrigues & Schiavo, 2011), dificuldades para engravidar, parto cesariano não planejado, prematuridade (Clark, 2000) e dificuldades conjugais, havendo uma forte associação negativa entre depressão pós-parto materna e a qualidade do relacionamento conjugal (Silva & Piccinini, 2009; Camacho et al., 2006). O recente estudo de Silva (2014) destacou também a importância de considerar os aspectos psicodinâmicos singulares, relacionados à história de vida de cada mãe. Dentre os sintomas que caracterizam a depressão pós-parto tem-se a tristeza, choro constante, mau humor, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, falta de energia, sentimentos de culpa e de desvalia, desespero e dificuldades em cuidar do bebê (Clark, 2000; Klaus et al., 2000).

Sobre esses diferentes quadros depressivos maternos, Delassus (2002) denominou-os como “doenças da maternidade”, ou seja, trata-se de patologias interacionais que ocorrem com todas as mães, de forma consciente ou inconsciente, que envolvem menor ou maior ansiedade e tem diferentes graus de implicações na vida intra e inter-psíquica destas mulheres e, por consequência, também na relação entre mãe-bebê. A depressão pós-parto também pode ser entendida como uma manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade, com origem no intrapsíquico feminino e importantes repercussões para o bebê, pois perturba, dificulta e às vezes impossibilita a relação com ele, na medida em que o bebê percebe a pobreza de interação, a ausência ou a pouca harmonização afetiva (Schwengber & Piccinini, 2003; Moraes & Crepaldi; 2011).

Cooper e Murray (1995) relataram que independentemente dos fatores causais serem biológicos ou intrapsíquicos, a depressão pós-parto ao longo do primeiro ou segundo ano de vida do bebê continua sendo um diagnóstico específico, diferenciado de depressões que não têm seu início no puerpério, por envolver não só a mãe, mas também o bebê. Para Bydlowski (1997) a depressão pós-parto pode ser limitante e durar meses sem melhora espontânea, e se

não houver ajuda, se torna uma provaçãõ dolorosa no primeiro ano de vida com o bebê. Episódios depressivos mais graves e prolongados, que ocorrem durante os primeiros anos de vida do bebê, são particularmente preocupantes, pois interferem nas práticas parentais (O'Hara & Swain, 1996; O'Hara e McCabe, 2013). Corroborando esse ponto de vista, conforme Riecher-Rössler e Fallahpour (2003), embora a depressão pós-parto não seja uma entidade nosológica específica em termos de etiologia, sua especificidade se deve ao seu tratamento, que necessita ser realizado com muito apoio e atentando para o vínculo com o bebê.

Já para a Psicanálise, a depressão pós-parto não se constitui como um diagnóstico em si e sim como uma estado momentâneo. Essa linha teórica entende que conceituá-la como sintoma seria medicalizá-la, ou seja, considerá-la como uma doença que acomete o indivíduo e que por isso deve ser eliminada. Cabe compreender que todos os quadros depressivos apresentam uma história subjetiva que demanda ser escutada. A escuta permite à mãe dar sentido a sua experiência o que é fundamental já que a subjetividade do bebê está implicada. Os estados depressivos do pós-parto incapacitam as mães, temporariamente, para o exercício da função materna, pondo em risco a constituição psíquica do bebê, o que se verifica através de distúrbios do sono e atrasos no desenvolvimento (Catão, 2002).

Em função dessas inconsistências, optou-se por não se restringir, no presente estudo, ao critério do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), que define depressão pós-parto como um episódio de depressão maior que inicia dentro das quatro primeiras semanas após o parto ou ainda na gestaçãõ. Entende-se que muitas vezes os sintomas podem mesmo surgir nesse período, mas só serem diagnosticados posteriormente (Beck, Reynolds & Rutowsky, 1992; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Nonacs & Cohen, 2005) e por isso será utilizado o termo depressão pós-parto para depressões que ocorram ainda durante o primeiro ano de vida do bebê.

Alguns trabalhos vêm apontando como a depressão pós-parto pode afetar os bebês e as relações familiares. Frizzo e Piccinini (2005) em uma revisão de literatura sobre a interação mãe-bebê em situação de depressão pós-parto apontaram que essa doença tem impacto em todo o contexto familiar, influenciando a mãe, o pai e pode inclusive afetar o desenvolvimento da criança, predispondo-a a problemas emocionais e de comportamento. Piccinini, Frizzo, Brys e Lopes (2014) reforçam a ideia referindo que a presença de depressão na mãe pode levar a dificuldades de relacionamentos com o filho. Frizzo (2008) identificou em seu estudo com mães com indicadores de depressão pós-parto que houve uma melhora no relacionamento conjugal após a psicoterapia pais-bebê.

Além disso, é importante considerar que muitas vezes a depressão pós-parto é negligenciada pela própria mãe deprimida e pelos seus familiares. Estes podem entender que os sintomas apresentados por ela devem-se ao cansaço e desgaste natural do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e cuidados com o bebê (Bydlowski, 1997; Cruz et.al, 2005; Nonocs & Cohen, 2005; Frizzo et al., 2010). De acordo com Linares e Campo (2000), a pessoa deprimida nunca se sente à altura de suas expectativas, o que pode ser vivenciado com sentimentos de culpa e frustração, por não conseguir cumprir suas responsabilidades. Isso pode fazer com que a mãe tente negar seus sintomas a fim de manter uma fachada aparente de que não há problemas. Dessa forma, não é comum que a mãe deprimida reconheça que seus sintomas são de depressão (Stein, 2001; Piccinini, Frizzo, Brys & Lopes, 2014). Nesse sentido, a falta de suporte social pode se constituir em um fator de risco para a depressão pós-parto (O'Hara et al., 1984; O'Hara, 1997; O'Hara e McCabe, 2013). Estudos apontam que a relação conjugal talvez seja o relacionamento mais importante para mãe no puerpério (Cooper & Murray, 1995; O'Hara, 1997; Robila & Krishnakumar, 2005; Cummings, Keller & Davies, 2005). Em função das especificidades da depressão pós-parto materna, o trabalho de Silva, Prado e Piccinini (2013) recomenda a participação do pai em intervenções psicológicas nesse contexto. Nesse sentido, o estudo de Cruz et al., (2005) indicou que quanto maior a percepção de suporte social do marido ou companheiro, menor a prevalência de depressão pós-parto. Esses dados sugerem que o apoio do companheiro pode ter um papel protetor para a saúde mental materna após o nascimento do bebê.

Outros estudos têm destacado especificamente o impacto da depressão pós-parto para os bebês (Carlesso & Souza, 2011; Carlesso, Souza & Moraes, 2014; Motta, Lucion & Manfro, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003). O estudo de revisão de literatura de Carlesso e Souza (2011) destaca que a depressão pós-parto afeta não só a mãe, mas também o desenvolvimento global do bebê, podendo desencadear desordens lingüísticas, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, bem como alterações da atividade cerebral. Contudo, os autores esclarecem que a extensão do impacto da depressão pós-parto para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, temperamento infantil, a cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida. Já no estudo posterior de Carlesso, Souza e Moraes (2014) os autores analisaram, em uma amostra de 165 duplas mães-bebê, as correlações entre alterações nos índices de risco ao desenvolvimento do bebê e a presença de depressão pós-parto. Os resultados destacaram que houve maior proporção de bebês com risco ao desenvolvimento quando os níveis de depressão na mãe eram elevados no período pós-parto. Já o estudo de Motta, Lucion e Manfro (2005) procurou

pesquisas de 1998 a 2005 visando investigar as repercussões da depressão pós-parto no bebê e encontrou uma significativa associação entre a depressão pós-parto e problemas na relação mãe-bebê e ainda, que o estilo de interação vivenciado pelo bebê na interação com sua mãe pode ser mais prejudicial do que apenas diagnóstico de depressão da mãe em si. O estudo de Schwengber e Piccinini (2003) também examinou estudos empíricos e algumas questões teóricas acerca do impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Os estudos revisados por estes autores sugerem que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna.

Recentes estudos nacionais e internacionais (Letourneau, Watson, Duffett-Leger, Hegadoren & Tryphonopoulos, 2011; Laurent & Ablow, 2013; Frizzo, Vivian, Piccinini & Lopes, 2012) têm investigado a relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto. Letourneau et al., (2011) referiram, através de um estudo canadense com 53 mães-crianças, que a depressão pós-parto reduziu a qualidade da interação entre mãe-bebê, e esteve relacionada a um adverso desenvolvimento cognitivo e sócio emocional na criança. Laurent e Ablow (2013) foram pioneiros em um estudo americano que analisou as respostas neurais de mães deprimidas frente às expressões de emoções dos seus filhos, levando em consideração a história de depressão perinatal e os sintomas atuais de depressão destas mulheres. A partir de uma amostra com 22 mulheres primíparas e crianças com idade entre 15-18 meses, os autores evidenciaram que mães deprimidas tinham dificuldades em identificar os sentimentos dos seus filhos e em geral apresentavam respostas embotadas frente às necessidades e expressões faciais do bebê, como por exemplo, manifestações de alegria e de angústia da criança. Frizzo, Vivian, Piccinini e Lopes (2012) referiram em um estudo brasileiro com 15 famílias brasileiras que mães deprimidas relataram ter dificuldades em se comunicar com seu filho, e principalmente de identificar e distinguir os diferentes tipos de choro expressos pelo bebê. Complementando esta ideia, Edhborg, Seimyr, Lundh e Widström (2010) apontaram em seu trabalho realizado com 304 casais na Suécia, que as mães deprimidas tendiam a perceber seus filhos com um temperamento mais difícil. Tais estudos podem ajudar a explicar as dificuldades das mães deprimidas em exercer de forma saudável a maternidade.

Outros estudos brasileiros (Schwengber, Prado & Piccinini, 2009; Sousa, Prado & Piccinini, 2011) tem trabalhado com a temática das representações maternas em mães com indicadores de depressão. Para esses autores, a escuta das representações maternas é imprescindível para o planejamento de estratégias de prevenção e intervenções voltadas para a interação mãe-pai-criança. Schwengber, Prado e Piccinini (2009) investigaram as mudanças nas representações acerca da maternidade mães com indicadores de depressão ao longo de

uma psicoterapia breve pais-bebê. As representações foram examinadas em três momentos: antes, durante e após a psicoterapia. Os resultados mostraram que durante a psicoterapia houve um importante movimento de reorganização psíquica em torno dos vários temas da constelação da maternidade que envolve a mãe após o nascimento de um filho (Stern, 1997), os quais passaram por transformações ao longo do processo psicoterápico. Foram identificadas que as mudanças nas representações das mães acerca do relacionamento com suas próprias mães desempenharam um papel central na reelaboração de esquemas sobre si mesma, sobre o bebê e sobre o relacionamento conjugal. Identificou-se ainda que as representações estavam relacionadas às suas histórias de vidas, sugerindo uma associação entre os conflitos pregressos e a atual interação com o bebê e com o marido.

Já o estudo de Sousa, Prado e Piccinini (2011) explicou que a presença de depressão pós-parto estaria associada às representações negativas acerca da maternidade, como o sentimento de não ser capaz de cuidar do bebê, de não ser capaz de entender suas necessidades e de sentir-se pouco apoiada pelo companheiro em relação aos cuidados do bebê. Nesse sentido, ambos os estudos trazem evidências das repercussões da depressão pós-parto para a interação familiar e as delicadas transformações inerentes ao processo de construção da maternidade. De acordo com Stern (1997) essa temática merece um importante foco de atenção na clínica pais-bebê já que o mundo representacional dos pais deve ser um dos principais elementos a serem analisados na situação clínica, devido à importância na determinação da natureza do relacionamento com o bebê.

Contudo, foram encontrados poucos estudos nacionais e contemporâneos que relacionaram a depressão pós-parto com os sintomas psicofuncionais em bebês (Silva, 2014; Lopes et al., 2010). O estudo de Silva (2014), citado na seção anterior sobre sintomas psicofuncionais, realizou estudos de casos múltiplos com 3 duplas mãe-bebê, com o objetivo de compreender a manifestação de sintomas psicofuncionais em bebês com idade entre seis e 12 meses, filhos de mães com indicadores de depressão. Os resultados deste trabalho apontaram para diversos fatores de risco nessas mulheres, como um histórico de depressão, gravidez não planejada, depressão gestacional, ser mãe solteira, vivência de estresse na gravidez, além de dificuldades na interação entre as duplas mãe-bebê, já que foi identificado que os bebês expressavam intensamente seus sintomas psicofuncionais quando estavam sob os cuidados maternos. Já a pesquisa de Lopes et al. (2010) verificou a existência de associação entre alterações no sono em bebês com um ano de vida e pós-parto. Foram avaliadas 409 díades mãe-bebê e os resultados indicaram que 35,7% dos bebês apresentaram perturbações no sono sugerindo que essa manifestação estava associada ao transtorno materno.

Dessa forma, quando existem dificuldades na díade mãe-bebê devido à depressão, o bebê pode acabar manifestando seus conflitos através de sintomas no corpo por ainda não ser possível expressá-los através da fala, diferentemente do adulto que tem condições de expressar seus sentimentos em palavras e atitudes. O bebê ainda não adquiriu a capacidade de elaboração psíquica e por isso este sofrimento é demonstrado através do corpo. O sintoma pode então ser entendido como um sinal de alerta expresso pelo bebê, representativo de algum sofrimento ou desencontro da díade (Jerusalinsky & Berlinck, 2008)

No caso da depressão pós-parto, entende-se que ela pode ser prejudicial na medida em que dificulta e até impossibilita a mãe de exercer adequadamente a maternidade (Schwengber & Piccinini, 2003; Moraes & Crepaldi; 2011), sobretudo na tarefa de interpretar ao bebê o que seu corpo manifesta. Na ausência dessa tradução materna, a criança defende-se expressando seu sofrimento por meio de um sintoma. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo sentidos (Silva, 2014). Trata-se do corpo comunicando a incapacidade do aparelho psíquico de dar conta dos conflitos, seja momentânea ou persistentemente. Tem-se assim, o corpo desempenhando um papel central, representando uma via real de acesso aos processos de simbolização e subjetivação (Jerusalinsky & Berlinck, 2008; Klein, 1952/1982; Golse, 2004).

Embora existam outros conceitos que expressem a maneira como a mãe entende as respostas do bebê, como o conceito de projeção, para fins desse trabalho, optou-se por utilizar o conceito de leitura materna, conforme proposto por Jerusalinsky e Berlinck (2008). De acordo com os autores, o bebê é um estrangeiro e o seu sintoma é enigmático, na medida em que causa um estranhamento para a mãe. Mas ao mesmo tempo, o sintoma também é profundamente familiar visto a rede significativa parental que se reporta inconscientemente para o bebê.

O sintoma coloca em risco a constituição psíquica do bebê e esse padecimento aparece pela via do dado a ver. Esse dado a ver é entendido como aquilo que se manifesta e comparece nas funções corporais do sujeito, para além das suas intenções. Na primeira infância, o sujeito comparece através da produção e organização corporal. Ao tomar o corpo, o sintoma se coloca em posição privilegiada e torna-se impossível de ser ocultado. Contudo, esse sintoma manifesto, que é uma resposta ao que acontece no contexto do bebê, está declarado de modo cifrado e enigmático (Jerusalinsky & Berlinck, 2008).

Por isso, destaca-se a importância de se fazer uma leitura clínica do sintoma que é dado a ver no corpo no bebê e ao modo como a mãe coloca em ato o seu discurso nos

cuidados com o bebê. Afinal, a produção do bebê só adquire alguma significação possível na medida em que se faz uma tradução através da linguagem. Na clínica com bebês se intervém não só por meio da escuta, mas principalmente por meio de uma leitura em relação às produções do bebê, como no caso do sintoma (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Esse sintoma, ainda que seja através do corpo do bebê, produz uma resposta na mãe, caso contrário seria apenas um sujeito passivo e vítima do desejo materno. O processo de leitura possibilita então, não só a tradução e a compreensão do significado dos sintomas, mas também uma possibilidade no lugar de um aprisionamento alienante das fantasias maternas. Nesse sentido, acredita-se que a leitura materna sobre os sintomas do bebê possa ser mais bem compreendida através da psicoterapia pais-bebê.

1.5 Psicoterapia pais-bebê

Frente à complexidade da depressão pós-parto e dos sintomas psicofuncionais do bebê, a psicoterapia pais-bebê mostra-se como uma das intervenções possíveis para o tratamento desses casos. A literatura aponta que essa modalidade de psicoterapia tem se mostrado efetiva para os casos de depressão pós-parto (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo, 2008; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2007; Stern, 1997; Trad, 1997) como para as representações maternas em contexto de depressão (Schwengber, Prado & Piccinini, 2009; Sousa, Prado & Piccinini, 2011), para auxílio em casos de malformação do bebê (Gomes, Piccinini & Prado, 2009), para o relacionamento conjugal (Frizzo, 2008) e no tratamento de sintomas psicofuncionais no bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Pinto, 2004).

A psicoterapia breve pais-bebê surgiu da necessidade de contemplar a mobilização psíquica dos pais e a velocidade das modificações subjetivas, interativas e sintomáticas que ocorrem particularmente no puerpério entre a mãe, o pai e o bebê. Observa-se, nesse período, uma forma particular de funcionamento psíquico em que os conteúdos inconscientes podem ser acessados e mobilizados mais facilmente e os sujeitos podem ter maior acesso ao insight e a revivescência da neurose infantil, elementos que contribuem para a rapidez dos efeitos e brevidade da intervenção. Esta mobilização psíquica pode iniciar ainda durante a gestação, momento em que ocorre uma redistribuição dos investimentos parentais direcionados ao bebê. Esse período de maior fragilidade e receptividade se estende até os 24 meses do bebê e se constitui como o momento mais favorável a mudanças. Após esse período, torna-se mais difícil obter-se resultados em poucas sessões (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Watillon, 1993; Stern, 1997; Teperman, 2005; Prado et al., 2009).

De acordo com Cramer e Palacio-Espasa (1993) a psicoterapia breve está fundamentada no entendimento de que as psicopatologias do bebê devem ser compreendidas no contexto da relação pais-bebê, na medida em que decorrem de perturbações relacionais. Os principais personagens dessa situação clínica são um bebê e um de seus pais ou ambos. Se apenas um deles participa, este é invariavelmente o cuidador principal, que habitualmente, mas não necessariamente, é a mãe. (Stern, 1997). Dessa forma, o paciente em questão não é só o bebê, só a mãe ou só o pai; o objeto de intervenção é a interação entre eles, no caso a díade mãe-bebê ou tríade mãe-pai-bebê. É importante considerar não somente as questões intrapsíquicas da mãe, mas de todos aqueles envolvidos no cuidado do bebê. Dessa maneira, familiares também podem ser convidados a participar das sessões de psicoterapia, quando combinado previamente com a díade ou tríade em atendimento. Por isso, torna-se indicado chamar essa abordagem terapêutica de psicoterapia breve pais-bebê.

Tendo em vista que o foco é a interação entre pais-bebê, a atenção do terapeuta deve ser igualmente dividida entre a observação e escuta da díade ou tríade. O terapeuta deve se mostrar mais ativo nas sessões criando um espaço para que a família possa atuar os seus conflitos. A partir das observações e capacidade de compreensão do processo que está ocorrendo na relação pais-bebê, o terapeuta tem a possibilidade de dar sentido aos conflitos. O objetivo não é fazer interpretações elaboradas e certeiras, mas trata-se de devolver à família aquilo que ela mesma traz. Cabe auxiliá-los a ver aquilo que há para ser visto e descobrir o seu modo de se relacionar (Winnicott, 1967/1971; Watillon, 1993).

De acordo com Winnicott (1987/2006) a melhor forma de auxiliar as mães é reforçando a sua confiança em si mesma, ou seja, a sua capacidade de ser mãe daquele bebê. O mais importante não é instruir as mães no que elas têm de fazer, mas sim mostrar-lhes como são os seus bebês e o que se passa na relação entre eles, habilitando elas a descobrir a maternidade em si própria. Gutman (1993) complementa a ideia apontando que ao invés de conselhos, as mães precisam de apoio para sustentar suas próprias referências internas, sua essência e jeito de maternar. Para entrar em harmonia com seu bebê, ela precisa ser sincera consigo mesma, admitindo seus sentimentos ambivalentes e hostis.

Ao longo da sessão, o terapeuta deve ser capaz de favorecer as interações entre a díade ou tríade e também o discurso dos pais. Deve ter capacidade para dividir-se entre as observações das interações e a escuta, deve ter disposição para ser ativo, sem ser invasivo, e ainda ter tolerância frente aos imperativos ditados pela dupla mãe-bebê durante as sessões. Ao terapeuta, requer um esforço enorme para manter a distância necessária para entender, elaborar e assimilar as dramatizações (Watillon, 1993; Debray, 1999). De acordo com Caron

(2000), o terapeuta deve acompanhar a gama de linguagem não-verbal que acompanha esses tratamentos, como as vocalizações, trocas de olhares, toques e gestos para tecer interpretações para os pais a respeito das interações que ele identifica no *setting*.

Nesse sentido, destaca-se o papel desempenhado pelos bebês na psicoterapia. Eles atuam intensamente durante as sessões se comunicando através de choros, sorrisos, balbucios e outros comportamentos. Cabe ao terapeuta observar, compreender e nomear a forma como ele interfere na representação verbal dos pais. As interpretações das manifestações do bebê o acalmam e mostram o que pode estar lhe gerando conflito e ainda ajudam os pais a prestarem atenção à realidade psíquica do filho. Identificar o motivo pelo qual o bebê manifesta determinado sintoma é mais importante do que cessá-lo imediatamente, pois ele é capaz de manifestar aspectos do psiquismo dos pais que não são reconhecidos conscientemente. Uma técnica bastante utilizada nas sessões é o *baby talk*, ou seja, a fala do terapeuta dirigida ao bebê. Trata-se de uma forma de se comunicar indiretamente com os pais, sem ameaçá-los narcisicamente. Além disso, serve para reconhecer, validar e nomear as percepções e sensações do bebê fazendo uma conexão dos seus sentimentos com o mundo ao seu redor. Através dessa técnica, os pais são capazes de escutar e aceitar as intervenções com mais tranquilidade, conectando-se aos poucos sobre a problemática dos seus filhos e sua implicação com ela. Assim, as observações e escuta do terapeuta permitem a externalização e atuação do conflito presente na díade ou tríade (Watillon, 1993; Debray, 1999; Gutman, 2014).

Na medida em que os conflitos da díade ou tríade podem ser melhor compreendidos com o auxílio do terapeuta, os pais conseguem reduzir as suas projeções sobre o bebê. Por isso, cabe estar atento à transferência em relação ao bebê e à vivência da maternidade, possibilitando o reconhecimento de projeções e identificações sobre a criança à luz da história interior dos pais. Na psicoterapia breve pais-bebê o que ocorre é a modificação dos investimentos e representações que os pais têm do filho, o que se trata do principal fator terapêutico das terapias conjuntas. Frente a essa mudança, alterações no comportamento manifesto dos pais podem ser observadas já ao longo das primeiras sessões e conseqüentemente ocorre uma modificação da leitura dos pais sobre o bebê, uma mudança na interação pais-bebê e nos papéis parentais. Na medida em que o bebê é descontaminado das projeções dos pais, ele se alivia e assim pode-se observar uma melhora dos sintomas no bebê (Moraes & Crepaldi, 2011; Cramer & Palacio-Espasa, 1993).

Sendo assim, o tratamento psicoterápico conjunto entre pais e bebê pode trazer uma melhora significativa nos sintomas do bebê, na depressão pós-parto, nos comportamentos

interativos e nas representações acerca da parentalidade (Frizzo, 2008). O objetivo da psicoterapia pais-bebê não é alterar todo o funcionamento psíquico dos pais, apenas o setor circunscrito à relação com o bebê, o que justifica a brevidade dessa técnica. O número de sessões é variável, mas em geral tem em torno de 12 sessões, com aproximadamente 90 minutos de duração e frequência semanal (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Prado et al., 2009). De acordo com Trad (1997) as famílias com bebês parecem se adaptar bem ao tratamento breve porque estão vivendo um intenso momento e necessitam que a sua relação seja ajustada pontualmente às mudanças maturacionais que ocorrem com seus membros para que possam seguir com o desenvolvimento normal e esperado. Ainda, por se tratar de uma intervenção realizada nos momentos iniciais da vida do bebê, tem um importante potencial preventivo e de promoção e saúde de mental.

1.6 Pesquisas sobre psicoterapia pais-bebê

Cramer e Stern (1988) foram os pioneiros a realizar pesquisas em psicoterapia pais-bebê. Em um estudo de caso único observaram que após a psicoterapia mãe-bebê, foram alteradas as representações da mãe quanto ao comportamento do seu bebê e suas reações a ele. Isso se refletiu em mudanças visíveis no comportamento da mãe, com aumento de contato físico e demonstrações de afeto positivo, observando-se, de forma geral, uma melhora na responsividade da mãe com o bebê.

Em outro estudo, Cramer et al. (1990) investigaram os resultados preliminares de dois tipos de psicoterapia mãe-bebê (uma abordagem cognitivo-comportamental e terapia psicodinâmica conjunta mãe-bebê) para as representações maternas, para a qualidade da interação mãe-bebê e para os sintomas psicofuncionais do bebê. Participaram desse estudo 38 mães suíças de bebês de até 30 meses, os quais apresentavam algum sintoma psicofuncional, como problemas de sono, alimentação, e de comportamento (irritabilidade e choro excessivo). Foram feitas avaliações antes do início da psicoterapia, uma semana, seis e doze meses após o seu término. Os resultados indicaram mudanças significativas: os sintomas dos bebês desapareceram em poucas sessões, as interações mãe-bebê tornaram-se mais harmoniosas, com diminuição da intrusividade e aumento da sensibilidade materna, além de um aumento na reciprocidade interacional da díade mãe-bebê. As representações sobre o bebê e sobre o companheiro foram alteradas. Pode-se pensar que quando se consegue modificar as representações das relações objetais da mãe, isso conseqüentemente provoca uma modificação simultânea no nível pessoal e interativo que também pode trazer benefícios para as relações mãe-bebê e para as relações com os demais membros da família (Cramer &

Palácio-Espasa, 1993; Frizzo, 2008). Cramer et al. (1990) identificou ainda que mães com pior prognóstico obtiveram uma melhora mais significativa do que mães em que o prognóstico foi mais positivo, talvez indicando que os melhores ganhos foram obtidos por mulheres com maior patologia. Além disso, melhoras foram observadas mesmo seis meses após o término da psicoterapia.

Houve também diferenças em relação ao tipo de psicoterapia no estudo de Cramer et al. (1990). Mães submetidas à orientação cognitivo-comportamental tiveram mais ganhos quanto ao controle da intrusividade e mães submetidas à psicoterapia psicodinâmica conjunta tiveram mais ganhos na auto-estima, talvez por pequenas diferenças nas técnicas utilizadas. Contudo, essas diferenças parecem não ter mais sido significativas nos estudos posteriores do grupo (Cramer, 1993, 1997; Stern, 1997).

Nos estudos seguintes, Cramer (1993, 1997) continuou comparando os dois tipos de psicoterapia, corroborando seu estudo anterior (Cramer et al., 1990). Após ambas as psicoterapias ele identificou melhora na interação mãe-bebê, nas dificuldades dos bebês para dormir e na auto-estima da mãe. As mães com indicadores de depressão mais severa foram as que obtiveram melhores resultados, possivelmente indicando que uma relação mãe-bebê conflituosa pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. Além disso, pode indicar que o envolvimento do bebê em uma terapia conjunta tem um efeito especial na melhora do humor materno. Os resultados do estudo indicam que uma relação conflituosa mãe-bebê pode ser um fator desencadeante de depressão pós-parto visto que quando há uma melhora na relação mãe-bebê há uma conseqüente mudança no humor materno (Cramer, 1993).

Outros autores fizeram estudos a partir do modelo de Cramer et al. (1990). No estudo de Cooper, Murray, Wilson e Romaniuk, (2003), foram comparados três tipos diferentes de psicoterapia com enfoque nas relações mãe-bebê em 193 puérperas inglesas. Houve uma importante melhora no humor materno ao final da terapia. Na continuação desse estudo, Murray, Cooper, Wilson e Romaniuk (2003) também observaram melhora na relação mãe-bebê e nos problemas de comportamento do bebê.

Contudo, abordagens voltadas apenas para o tratamento da mãe como a psicoterapia individual, uso de medicação e hospitalização, tendem a ignorar o impacto da depressão no relacionamento entre mãe e filho (Clark, 2000). Por isso, outros estudos (Ugarriza, 2004; Klier, Misik, Rosenblum & Lenz, 2001; Zlotnick, Jonhson, Miller, Pearlstein, Howard, 2001; Clark, 2000; Clark, Tluczek e Wenzel, 2003) constataram a eficácia da psicoterapia em grupo reforçando sua importância já que esta modalidade foca no relacionamento da díade e não

somente na depressão pós-parto, capacitando as mães a promoverem um ambiente que dá suporte ao desenvolvimento e necessidades emocionais dos filhos. Além disso, a experiência em grupo permite a mãe sair do isolamento social e refletir sobre as dificuldades inerentes a maternidade, compartilhando essas e outras questões com outras mães.

Ugarriza (2004) realizou um estudo piloto nos Estados Unidos com 16 mulheres para testar a viabilidade e os efeitos da terapia em grupo para depressão pós-parto. Todas as mães participantes ganharam seus bebês no período dentro de um ano antes do início da terapia e foram diagnosticadas com depressão pós-parto pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI). O tratamento de 10 sessões semanais consistia em trabalhar aspectos como, educação e informação, técnicas de redução de estresse, desenvolvimento de sistemas de apoio, e reestruturação cognitiva. Os resultados mostraram que após o término da terapia em grupo as mulheres participantes tiveram os indicadores de depressão pós-parto significativamente reduzidos. Já o trabalho de Klier et al. (2001) realizado na Áustria investigou a eficácia da psicoterapia interpessoal na modalidade em grupo para o tratamento da depressão pós-parto. Participaram desse estudo 17 mulheres diagnosticadas com depressão pós-parto segundo os critérios do DSM-IV. Os resultados também indicaram uma redução significativa dos sintomas de depressão após a terapia. Além disso, um follow-up realizado 6 meses depois revelou a continuação do efeito adquirido com a terapia em grupo. O estudo americano de Zlotnick et al. (2001) investigou se uma intervenção preventiva, baseada na psicoterapia interpessoal, reduziria o risco de desenvolvimento dessa doença. Participaram do estudo 35 gestantes com fatores de risco para a depressão pós-parto. A intervenção foi composta de quatro sessões de terapia de grupo, com duração de 60 minutos. Foram trabalhados temas psicoeducativos, como baby-blues, depressão pós-parto, transição para a maternidade, identificação de suporte social e resolução de conflitos. A conclusão revelou que a intervenção foi bem sucedida na prevenção da ocorrência de depressão, pois durante um período de 3 meses após o parto nenhuma das mulheres que participaram da terapia havia desenvolvido depressão pós-parto.

O trabalho de Clark, Tluczek e Wenzel (2003) propôs um modelo de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Os objetivos dessa intervenção consistiram em prover um contexto terapêutico em que a mulher pudesse experimentar o apoio social e sentimentos de competência no papel materno, a fim de desenvolver um bom vínculo com seu bebê. A intervenção possuía 12 sessões de psicoterapia em grupo, com aproximadamente 90 minutos de duração e frequência semanal. Cada sessão tinha um tema principal, incluindo como lidar com a depressão, sentimentos ambivalentes, expectativas em relação ao bebê, envolvimento

emocional, comunicação, auto-estima, individualidade, relacionamento conjugal e como prevenir futuros episódios depressivos. O modelo englobou três configurações: uma parte do tempo é destinada só para a terapia com as mães, enquanto simultaneamente os bebês estão em outro ambiente e por fim um momento conjunto das duplas mãe-bebê, onde nos minutos finais havia uma atividade lúdica com as díades. De acordo com Clark (2000) esse modelo englobou as abordagens psicodinâmica, sistêmica e interpessoal, combinadas com achados empíricos. A psicoterapia também previu a participação de algum familiar em duas sessões a fim de prover informações sobre a depressão, bem como prestar suporte emocional e estratégias para melhorar a comunicação familiar e resolução de problemas. Os resultados da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo mostraram uma melhora nos sintomas depressivos maternos e no vínculo da díade (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003).

Em resumo, os estudos mostraram que as terapias pais-bebê, tanto individuais quanto em grupo modificaram simultaneamente os sintomas da criança, a natureza das interações pais-bebê, determinadas representações e o estado subjetivo das mães, mesmo nos casos em que não se esperava uma mudança devido à patologia materna existente (Cramer & Palácio-Espasa, 1993). Sendo assim, as terapias conjuntas têm sido relatadas como um importante recurso para famílias onde estejam ocorrendo dificuldades no desenvolvimento das relações iniciais pais-bebê.

1.7 Justificativa e Objetivo

Em vista do que foi explanado, os sintomas psicofuncionais do bebê e a depressão pós-parto merecem atenção dos profissionais que se dedicam aos cuidados da primeira infância. O estudo dos distúrbios psicofuncionais do bebê e sua relação com a qualidade dos vínculos primários, principalmente com a figura materna deve considerar a possibilidade de diagnóstico e intervenção precoce, como a psicoterapia mãe-bebê. Uma melhor compreensão da psicopatologia precoce pode contribuir e esclarecer se existem e quais seriam características da relação mãe-bebê que podem estar relacionadas a sintomatologia atual (e futura) da criança, já que a organização psicopatológica precoce remete a condições relacionais também precoces (Lebovici, 1987; Kreisler, 1978).

Contudo, embora de suma importância, a detecção precoce de problemas na primeira infância e a dificuldade do diagnóstico revelam um campo de pesquisa ainda incipiente e pouco explorado. Identifica-se que existe uma lacuna na literatura científica atual acerca do tema da sintomatologia precoce relacionado à depressão pós-parto. Atualmente, entende-se que a identificação dos sintomas psicofuncionais no bebê e o diagnóstico de depressão na

mãe, possibilitam intervir precocemente, atuando assim na prevenção das dificuldades de interação da dupla mãe-bebê, visando assim benefícios para a saúde mental materna e a prevenção de psicopatologias ao longo do desenvolvimento da criança.

Uma das possibilidades de intervenção para a ocorrência de depressão pós-parto e sintomas psicofuncionais do bebê é a Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Já se sabe que a psicoterapia com a dupla mãe-bebê pode ser eficiente (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo, 2008; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2007; Stern, 1997; Trad, 1997; Pinto, 2004), mas em grupo é importante porque essa experiência permite a mãe sair do isolamento social e refletir sobre as dificuldades inerentes a maternidade. Além disso, foca no relacionamento da díade e não somente na depressão pós-parto, capacitando as mães a promoverem um ambiente que dá suporte ao desenvolvimento e necessidades emocionais dos filhos (Clark, 2000; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003). Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi investigar a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo.

PARTE 2

MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo uma díade mãe-bebê composta por uma mãe de 24 anos e um bebê de 9 meses. A mãe possuía ensino superior completo e estava desempregada no período da pesquisa. A mãe estava junto com o pai do bebê há 5 anos. Essa mãe apresentava indicadores de depressão pós-parto, de acordo com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Ruschi, Sun, Mattar, Zandonade & Lima, 2007) e também pela Entrevista MINI (Sheehan et al., 1998). Esses indicadores foram confirmados através da Entrevista sobre a Gestação e Parto e também pela Entrevista sobre a Experiência da Maternidade. Já o bebê tinha sintomas psicofuncionais detectados através do Questionário Symptom Check List (Robert-Tissot et al., 1989) e apresentava na ocasião da avaliação sintomas de sono, na alimentação e na separação. Essa dupla participou de uma Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo no período de maio a agosto de 2015 e foi a única dupla que participou de todas as sessões do tratamento.

Esses participantes foram derivados do projeto multicêntrico intitulado “Depressão pós-parto: prevalência, antecedentes e intervenção” (Frizzo et al., 2012). Este projeto objetivou investigar a prevalência e os antecedentes de depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade, bem como aspectos do desenvolvimento infantil. Além disso, também visou examinar o impacto de uma psicoterapia pais-bebê para as famílias em que a mãe apresenta diagnóstico de depressão pós-parto. Participaram deste estudo maior 100 famílias que tinham o primeiro filho com idade até doze meses e que eram residentes em Porto Alegre ou região metropolitana, de diferentes níveis socioeconômicos. As mães devem ser primíparas e o casal deve estar coabitando pelo menos desde a gestação da esposa. Os bebês devem ser saudáveis, nascidos a termo e com até um ano de idade. As famílias foram recrutadas em hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde. Além da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), outras duas universidades fizeram parte deste projeto multicêntrico, a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Até o momento 53 famílias fazem parte do estudo no centro UFRGS, sendo que 11 mães apresentaram depressão, o que representa 20% das participantes. Dessas, quatro aceitaram participar da Psicoterapia Mãe-bebê em Grupo que ocorreu no período de maio a agosto de 2015. Quanto às demais mães, algumas não apresentaram interesse ou critérios para participar do grupo e outras surgiram no projeto após o início do grupo.

Como critérios de inclusão deste estudo, as mães deveriam ter idade superior a 18 anos, deveriam ser primíparas e podem ter nível socioeconômico e configuração familiar variáveis. Os bebês deveriam ter entre seis e doze meses de vida. Foram excluídos do estudo os bebês cujas mães apresentavam retardo mental e outros quadros psicopatológicos severos, tais como, risco de suicídio, personalidade borderline e regressão psicótica, identificados a partir da aplicação do M.I.N.I (Sheehan et al., 1998). Também foram excluídos bebês que tenham nascidos prematuros, que apresentem malformações e outros quadros clínicos, para evitar distorções entre sinais e sintomas próprios do diagnóstico e aqueles indicativos de sintomas psicofuncionais.

2.2 Delineamento

O presente estudo teve caráter qualitativo e se propôs a utilizar o estudo de caso único, conforme preconizado por Stake (2006). O estudo de caso único se justifica quando se trata de um fenômeno ainda pouco explorado e que exige o estudo aprofundado de alguns casos para melhor elucidar a teoria. Constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em

seu contexto, selecionada segundo critérios predeterminados e, utilizando múltiplas fontes de dados, se propõe a oferecer uma visão holística do fenômeno estudado (Alves-Mazzotti, 2006; Stake, 1978, 1994, 2006).

2.3 Procedimentos

As duplas mãe-bebê foram recrutadas em hospitais, postos de saúde e creches conveniadas, e através da mídia. As mães que demonstraram interesse em participar da pesquisa enviaram um e-mail ou mensagem de texto para o grupo de pesquisa e uma psicóloga da equipe telefonava para o caso para preencher a Ficha de Contato Inicial -GIDEP/NUDIF (2003 a), que visava saber se as díades preenchiam os critérios de inclusão e exclusão para participar do projeto. Com as díades mãe-bebê selecionadas, foi agendado um encontro na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As mães encaminhadas responderam a Entrevista MINI (Sheehan et al., 1998), que visa ajudar na seleção de participantes descartando mães com algumas psicopatologias específicas, tais como, risco de suicídio, personalidade borderline e regressão psicótica. Era então agendado um segundo encontro para as mães que não preencheram tais critérios, quando responderam à Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) que visa medir a intensidade de depressão das mães participantes. A seguir elas responderam ao questionário Symptom Check List, elaborada por Robert-Tissot et al. (1989), que visa avaliar os sintomas psicofuncionais dos bebês. Essas mães também responderam à Entrevista sobre a Gestação e o Parto (GIDEP/NUDIF, 2003b) e à Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c) com o objetivo de coletar dados mais subjetivos a respeito da interação mãe-bebê. Nos casos em que a mãe apresentou depressão, seja no Mini ou na EPDS, ela foi convidada a participar da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo.

2.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Projeto nº 140174) e atende a Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistas e coleta de dados foram realizadas individualmente com a mãe, sendo gravadas, posteriormente, transcritas e arquivadas no Núcleo de Infância e Família (NUDIF), do Programa de Pesquisa e Pós-Graduação (PPG) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Como foi identificada a necessidade de intervenção psicológica, foi garantido acompanhamento psicoterápico à participante e à seu bebê no

Centro Pais-Bebê da UFRGS, como parte do projeto de pesquisa que oferecia esse tipo de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo.

2.5 Instrumentos

Ficha de Contato Inicial (GIDEP/NUDIF, 2003a): Esta ficha é preenchida pela mãe com o auxílio da pesquisadora, com o objetivo de saber se a família atende aos critérios para participar do estudo. Para tanto, investiga alguns dados demográficos, tais como constituição familiar, idade da mãe, do companheiro e do bebê, escolaridade, profissão, estado civil.

Também foi anotado o telefone e/ou endereço para o contato posterior.

Mini Mental Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), elaborado por Sheehan et al. (1998) e traduzido por Amorim (2000), trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (2002) além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade anti-social. 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 foi utilizado para excluir a participação de mães que apresentem indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e anti-social, e com regressão psicótica. Os demais indicadores, tais como os de ansiedade de separação, não foram utilizados como critério de exclusão, e foram utilizados para o entendimento da dinâmica relacional de cada dupla mãe-bebê.

Questionário Symptom Check List – Avaliação do transtornos psicofuncionais da primeira infância, elaborado por Robert-Tissot et al. (1989). Trata-se de um instrumento já traduzido pela Prof.^a Dr.^a Elizabeth Batista Pinto Wiese e revisado pela Prof.^a Dra^a Jaqueline Wendland. Foi utilizado mediante autorização da tradutora e revisora, conforme contatos já efetuados. Trata-se de um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. É composto por perguntas de tipo fechado (com a escolha de uma resposta em uma escala padrão), perguntas abertas, de múltipla escolha (com número limitado de respostas) e por um conjunto de perguntas abertas em lista. O conjunto de perguntas fechadas avalia a presença, frequência, intensidade e duração das manifestações sintomáticas da criança durante as últimas quatro semanas. Os demais blocos, que incluem as perguntas abertas, em lista e de escolha múltipla, fornecem informações sobre a história dos transtornos, as circunstâncias da ocorrência, as explicações propostas pelo ambiente, as reações e as tentativas para sanar os

transtornos. A presença de perguntas abertas mantém a aparência de uma entrevista e permite a participação da mãe. Já as perguntas fechadas garantem a coleta de dados quantificáveis. Ao todo, o questionário é composto por 84 perguntas que permitem explorar os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, pele, alergias, comportamento, medos, separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. Destaca-se que, caso o bebê não apresente alguma categoria de sintoma, as demais questões a ele relacionadas são desconsideradas, o que agiliza a sua aplicação. Análises estatísticas estão sendo realizadas a fim de definir o melhor ponto de corte, uma vez que os autores do instrumento o utilizam de forma clínica, sem esse ponto. Para o presente estudo, o ponto de corte utilizado foi sugerido em consultoria com psicometristas, sendo considerado 1,5 desvio padrão acima da média de cada grupo de sintomas psicofuncionais avaliado, na média geral da amostra do centro Porto Alegre.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) consiste em um instrumento de auto-avaliação composto por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério. Seus itens cobrem sintomas como, humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, idéias de morte e suicídio, diminuição do desempenho e culpa, encontrados dentre os sintomas percentualmente mais frequentes em depressão pós-parto. Os 10 enunciados têm 4 alternativas que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira. A escala foi traduzida para o português com supervisão da Oficina de Tradução da Universidade de Brasília. É instrumento de fácil aplicação e interpretação, com grande aceitabilidade e simplicidade na sua incorporação à rotina clínica, podendo ser aplicada por profissionais das áreas básicas de saúde (Ruschi, Sun, Mattar, Zandonade & Lima, 2007).

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 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.

Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (versão adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003c): Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que visa 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 de vida do bebê, expectativas sobre o bebê e a maternidade, etc.

Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo: Esta intervenção baseou-se no estudo de Clark, Tluczek e Wenzel (2003), mas sofreu algumas adaptações na sua aplicação. Os objetivos terapêuticos dessa intervenção consistem em prover um contexto terapêutico em que a mulher possa experimentar o apoio social, assim como sentimentos de competência no papel materno a fim de desenvolver um bom vínculo com seu bebê. O modelo de intervenção consistiu em 12 sessões de psicoterapia em grupo de aproximadamente uma hora e meia de duração, com frequência semanal. Conforme preconizado por Clark (1994), cada sessão tinha um tema principal, incluindo expectativas em relação ao bebê, sentimentos ambivalentes, como lidar com a depressão, envolvimento emocional e brincadeiras com o bebê, comunicação, autonomia e dependência do bebê, segurança, auto-estima, individualidade, mutualidade, relacionamento conjugal e como prevenir futuros episódios depressivos. Nos últimos 30 minutos da sessão se propunha uma atividade lúdica entre mãe e bebê, como olhar-se no espelho com o bebê, fazer um desenho de como a mãe estava se sentindo e escrever o lema da família. Mãe e bebê participaram conjuntamente de todas as sessões e o pai ou um outro familiar, quando este não estava disponível, foi convidado a participar de uma sessão, em que foram abordados os mitos relativos à depressão e a comunicação entre o casal/família. Cabe apontar que o modelo de Clark et al. (2003) utiliza três configurações distintas: em uma parte do tempo da sessão há terapia só com a mãe, enquanto os bebês estão em outro ambiente sendo estimulados física e cognitivamente e só posteriormente mãe e bebê ficam reunidos na psicoterapia. Contudo, no presente estudo apenas a parte conjunta da psicoterapia mãe-bebê foi realizada (além da sessão que pai ou familiar participou junto com mãe e bebê), pois se considerou que algumas mães nunca haviam deixado seus bebês aos cuidados de outras pessoas sem estarem presente, já que estavam ainda em

licença maternidade. Além disso, houve uma questão prática, de falta de espaço físico e de profissionais que pudessem atender o grupo de bebês ao mesmo tempo em que se dava o grupo de mães. Por essas questões, se considerou mais adequado fazer apenas essa parte conjunta. A atenção dos terapeutas foi igualmente dividida entre a observação das interações da díade mãe-bebê ou da tríade pai-mãe-bebê e a escuta dos pais e mães. As sessões psicoterápicas foram gravadas em áudio e vídeo. Após a sessão a co-terapeuta produziu um relato individual sobre suas percepções acerca da sessão e o grupo de pesquisa assistiu o vídeo e também produziu um relato com suas impressões sobre o atendimento. Antes do atendimento seguinte, era feito um planejamento da sessão, considerando os temas a serem trabalhados de acordo com o manual e os relatos das terapeutas e do grupo de pesquisa para orientar e readequar as intervenções a serem realizadas.

PARTE 3

ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo investigou as mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Os sintomas depressivos maternos considerados nessa análise foram tristeza, labilidade emocional e irritabilidade e os sintomas psicofuncionais do bebê foram sono, alimentação, e comportamento (separação). Conforme as ideias de Hilliard (1993) as análises apresentadas aqui objetivaram fazer uma análise das mudanças na leitura materna sobre seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Portanto, não se buscou uma análise dinâmica do processo psicoterápico em si, o que o segundo o autor, envolveria as interações entre terapeutas e paciente. Para tanto, foi realizada uma análise qualitativa, relacionando os materiais clínicos provenientes das 11 sessões de psicoterapia do caso com os conhecimentos teóricos existentes na literatura (Calil & Arruda, 2004; Leão, 2012). Para a análise das sessões de psicoterapia fez-se uma leitura exaustiva das sessões transcritas a fim de identificar as mudanças na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e dos sintomas psicofuncionais do bebê ao longo das 11 sessões. Embora a psicoterapia breve pais-bebê pressuponha a existência de conteúdos não verbais nas trocas interativas entre mãe bebê, optou-se por não analisar esse conteúdo no presente estudo, já que isso implicaria analisar não só as transcrições, mas também os vídeos das sessões.

3.1 Descrição das sessões

Para facilitar a compreensão do caso, nessa seção foi feita uma síntese dos principais conteúdos que emergiram em cada uma das sessões de psicoterapia com foco nos sintomas da mãe e do bebê e nas mudanças que foram ocorrendo na leitura materna sobre si e sobre o bebê ao longo da psicoterapia. Esses conteúdos foram apresentados aqui neste trabalho na ordem em que ocorreram nas sessões. Além disso, optou-se por privilegiar somente as verbalizações do caso escolhido e não se contextualizou a interação entre os demais participantes com este caso, tampouco as trocas com as terapeutas.

A psicoterapia foi realizada em co-terapia por duas terapeutas, sendo que a terapeuta principal é Doutora em Psicologia e Terapeuta de Família e a co-terapeuta é Mestranda em Psicologia e Especialista em Saúde da Criança, além de autora do presente estudo. Ambas as terapeutas são membros do Núcleo de Pesquisa e Intervenção em Famílias com Bebês e Crianças (NUFABE) e possuíam experiências no atendimento a duplas de mães e bebês. Também fez parte do *setting* terapêutico uma aluna de Psicologia e bolsista do NUFABE que realizou as filmagens das sessões de psicoterapia.

Inicialmente participaram do grupo quatro mães com idades entre 24 e 33 anos que possuíam indicadores de sintomatologia depressiva segundo a Entrevista Diagnóstica MINI PLUS e confirmada pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), pelas entrevistas da Gestação e Parto e sobre a Experiência da Maternidade. Todas tinham um companheiro ou marido quando do início da psicoterapia. A escolaridade dessas mães variou de curso técnico completo a pós-graduação e renda de R\$ 2.700 a R\$ 3.500. Os bebês tinham idade entre 2 e 10 meses, sendo três meninos e uma menina. Todos os bebês possuíam sintomas psicofuncionais.

Contudo, ao longo do desenvolvimento do grupo houve desistências. Em um primeiro momento havia quatro duplas mãe-bebê, em seguida passou para duas duplas e após a oitava sessão restou apenas uma dupla. Sendo assim, apenas uma dupla mãe-bebê participou de todas as sessões da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo, por isso foi a selecionada para o presente estudo.

A mãe participante desse estudo soube da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo por indicação de uma amiga que viu a divulgação da pesquisa em uma rede social. A dupla participante deste estudo, Ana Paula e Francisco, compareceu a todas as sessões assiduamente. A psicoterapia ocorreu semanalmente, com exceção de uma pausa de três semanas devido a questões institucionais. Dessa forma, a psicoterapia se desenvolveu de maio

até agosto de 2015, totalizando 11 sessões. Na primeira sessão, as terapeutas explicaram o funcionamento da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo e realizaram o contrato terapêutico. Foi possibilitado um espaço para que as participantes do grupo contassem sua história. Ana Paula, a mãe, tinha 24 anos, ensino superior completo e na ocasião da psicoterapia estava desempregada, pois havia sido demitida após o término da licença maternidade. O bebê estava com 9 meses quando se iniciou a psicoterapia. Ana Paula vivia junto com seu companheiro há 5 anos, recentemente o casal havia noivado, decidiram morar juntos e poucos meses depois ela engravidou. Ela referiu que a gestação não foi planejada, que não desejava engravidar naquele momento, pois se considerava muito jovem. Teve uma gravidez com muitas oscilações de humor e após o nascimento do bebê seu humor ficou marcado por sintomas deprimidos, como tristeza, labilidade emocional e irritabilidade. No entanto, ficou evidente em sua fala que os sintomas depressivos iniciaram ainda durante a gravidez:

“Durante a gravidez eu fui bem oscilando. Tinha dias que eu chegava em casa e eu chorava muito, muito, muito. Tinha dias... Eu vou começar a chorar (Segue falando emocionada, chorando) Porque eu não queria... Não era a hora. Eu me achava muito nova pra ter filho...Foi assim...”

Assim, através do discurso de Ana Paula, percebeu-se que essa possível depressão gestacional evoluiu para uma depressão pós-parto após o nascimento do filho:

“A gravidez era dias bons e dias ruins... Ai ele nasceu... O primeiro mês foi bem punk. Porque tava bem, bem punk assim. Eu não agüentava mais, eu tinha vontade de jogar ele pela janela...De verdade assim!”

Foi possível identificar na fala de Ana Paula que havia uma ambivalência em relação a gestação que se perpetuou após o nascimento do bebê:

“É que nem na gravidez eu tenho dias que eu... tô bem com ele, a gente tá superbem, eu adoro ficar com ele, amo, ai, que coisa maravilhosa, que tudo de bom, que não sei o que. E aí eu começo a, a entrar numa fase de irritação: “Ai que saco! Por que que eu fui ter filho? Que merda!” Não sei o que. E aí eu entro numa fase de tristeza profunda... E é assim que eu tô levando deesde o início”

Essa ambivalência da mãe também apareceu frente aos cuidados com o bebê. Conforme ela referiu, por um lado existia um desgaste físico e emocional, mas por outro também era gratificante acompanhar o desenvolvimento do filho:

“Mas ao mesmo tempo... é muito cansativo. É muito estressante, é muito desgastante, mas nada paga tu acompanhar o crescimento dele. Eu vejo de perto. Eu vi ele

engatinhar, eu vi ele caminhar. E tudo comigo em casa. Não foi outra pessoa que ensinou!”.

Paralelo aos seus sintomas depressivos, Ana Paula também se queixou sobre problemas no sono do filho Francisco. Embora no instrumento Symptom Check-List também tenha aparecido sintomas de alimentação e de separação, nessa primeira sessão apenas as dificuldades no sono do bebê estiveram muito presentes no discurso materno:

“Eu acordava muito irritada de noite, porque até hoje ele não dorme. Ele tem nove meses e ele não dorme a noite inteira. Se acorda... Ele resmunga a noite inteira. Essa noite eu fui dormir... além das três horas, porque me deu insônia. Ele resmungou a noite inteira! “Ãhn! Ãhn!”(imita os sons do bebê). Resmunga. Ou então ele acorda de duas em duas horas chorando... O que mais me estraga é a falta de sono”.

A mãe demonstrava dificuldade em lidar com a dependência do bebê e em compreender que naquele momento do desenvolvimento ele precisava dos seus cuidados constantemente, conforme pode ser ilustrado na fala abaixo:

“Era a fase que eu mais queria jogar pela janela. Me irritava, sabe. A dependência dele comigo me irritava. Eu não conseguia fazer xixi! Era uma coisa que me deixava extremamente louca assim, sabe? Teve um dia de eu pegar ele um dia e sacudir assim “Pááára! Chega!”.

Já na segunda sessão, o destaque foi para um relato de melhora no sono do bebê, um dos sintomas psicofuncionais relatados pela mãe e manifestados pelo bebê. Ela relatou a mudança demonstrando felicidade e surpresa:

“E ele tá dormindo, gente... ele tá dormindo a noite inteira. Eu nem acreditei. Tipo, ele não dormia nada, nada, nada. Ele acordava de duas em duas horas... E daí agora ele tá dormindo. Ela tá bem tranquilo...E eu também. Isso mudou a minha vida”.

Além disso, Ana Paula conseguiu associar a mudança no sono do bebê com o início da psicoterapia, talvez evidenciando que ela possuía uma boa capacidade de insight, conforme ilustrado no trecho a seguir:

“Olha, eu não sei se coincidiu, mas foi quando eu comecei a me tratar. Então, semana passada eu até falei, né? Que eu vim ruim e fui embora tri bem. Então eu não sei se pode ter sido isso. Mas melhorou assim, sabe? Eu e ele. Eu to mais calma! Aí ele começou a dormir e eu comecei a dormir daí melhora noventa por cento”.

Também apareceram no relato de Ana Paula dificuldades dela em identificar e lidar com o choro do seu bebê:

“No início eu testava de tudo. Se tava chorando, eu dava remédio para cólica, eu dava peito. Dava tudo! Tudo! O que viesse. Trocava fralda. Tudo! Mas tem vezes que ele chora, chora, chora e eu não sei”.

Frente a essa dificuldade, observou-se a irritabilidade materna, que caracterizou-se como um dos principais sintomas da depressão pós-parto manifestados por essa mãe:

“Ah, eu fico muito irritada. Fico muito irritada porque eu não consigo descobrir, tipo. Primeiro, eu tento, tento, tento. Daí tem uma hora que aquilo, assim, começa a me irritar e eu não consigo. Ele não quer mamar, ele não quer bico, ele não quer peito. Ele não quer nada. Assim, me tira do sério o fato dele não falar ainda o que que ele quer. E eu não descobrir... eu não consigo lidar”.

Ainda nessa sessão, a mãe relatou que, por vezes, tinha dificuldade em atender as demandas do bebê e expressou culpa por esse funcionamento. No trecho a seguir é possível identificar que a responsividade materna estava prejudicada, possivelmente devido à depressão pós-parto:

“Eu fico com preguiça, fico em casa e deixo ele chorando. Boto no berço, deixo. Daí saio para me acalmar, tomo uma água, respiro, dou uma rezada e... conto até dez, pensa um pouco. Sabe? Tipo, ele não fala ainda. Aceita isso. Ele não fala. Tu é a mãe dele, tu tem que ir ali. Ai eu vou e fico com aquela culpinha, assim, né?”.

Ana Paula pode também expressar as dificuldades que estava enfrentando com a maternidade apontando que a vivência estava sendo mais difícil do que ela imaginava:

“Eu esperava que... Tudo é mais intenso. Tudo é mais difícil. Tu já sabe tudo o que vai acontecer, mas tu imagina. Mas tu não sabe como é fazer aquilo ali. Acaba sendo mais intenso, mais difícil, né?”.

Embora tenha expressado tais dificuldades, identificou-se que a mãe tinha recursos para lidar com elas, como o uso da canção infantil “A Dona Aranha” que ela utilizava quando ele chorava:

“Eu cantava “A Dona Aranha” quando ele tá chorando”

“A Dona Aranha subiu pela parede

Veio a chuva forte e a derrubou

Já passou a chuva

O sol já vai surgindo

E a dona aranha continua a subir

Ela é teimosa e desobediente

Sobe, sobe, sobe e nunca está contente”.

Se pensarmos no simbolismo da letra dessa canção pode-se compreender porque Ana Paula utilizava essa música. A chuva forte que derruba a Dona Aranha pode ser entendida como a Depressão Pós-Parto que deixava essa mãe triste, chorosa, irritada e desesperada frente às exigências da maternidade. Contudo, identificou-se também que, assim como na música “o sol já vai surgindo”, existia esperança e força em Ana Paula para superar esse momento de maior fragilidade, por isso, assim como a Dona Aranha, essa mãe persistia e continuava a “subir”, ou seja, buscando auxílio na psicoterapia para melhorar.

Na terceira sessão identificou-se que a questão do sono do bebê seguia bastante enfatizada no discurso da mãe. Ana Paula referiu que a parte mais difícil dos cuidados com o bebê era lidar com o sono:

“Ah... O sono é bem complicado. Essa parte do fazer dormir mesmo assim... Depois que dorme ele vai, mas o fazer dormir é muuuito... Bah, muito birrento”.

Apesar da queixa, referiu que o sono de Francisco estava melhor, havendo dias melhores e deixava implícito que ainda existiam dias mais difíceis:

“Mas... Tendo tido tipo cinco dias de sono bom e só um... Eu acordo mais tranqüila, né? Não é toda noite querendo matar ele... mas tá indo melhor assim. Bem melhor o sono dele”.

Pode-se inferir que nesse momento no tratamento estava acontecendo uma melhora no mundo interno de Ana Paula, que foi se organizando com o auxílio da psicoterapia e assim houve uma diminuição da irritabilidade e de uma leitura negativa da mãe sobre os sintomas do bebê. A partir disso, houve um espaço para que a ambivalência dessa mãe em relação ao bebê pudesse aparecer, já que esse aspecto perpassa a maternidade e é esperado. Associado a melhora no sono do bebê, identificou-se que mãe estava conseguindo atribuir significados a essas dificuldades do bebê. A mãe compreendeu que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo, conforme ilustra a vinheta abaixo:

“É, essa noite ele já levantou a noite inteira, mas eu não sei se é o dente que tá saindo, né? Porque ele tá com esse já pra fora, o outro tá saindo (?) com a gengiva toda inchada”.

Entende-se que a mãe passou a ler o bebê como ele próprio, como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. A partir do momento em que essa mãe começou a ser vista e cuidada na psicoterapia, abriu-se um espaço em seu psiquismo para que ela pudesse fazer outra leitura sobre seu bebê e assim dar conta das necessidades dele. Além disso, essa nova leitura permitiu que a mãe percebesse que as

alterações no seu humor repercutiam no seu bebê e que havia uma sintonia e uma interação entre eles:

“Eu acho que ele sente muito assim, porque no dia que eu tô bem, ele é assim ó, sorrindo o dia inteiro, brincando o dia inteiro... Eu beijo ele, ele me beija. Ele gosta de ficar perto. E quando eu tô irritada... Ele tá terrível também”.

Observou-se ainda nessa sessão que a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, aspectos que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista somente de forma pessimista e negativa, nessa sessão Ana Paula conseguiu identificar que existem aspectos bons e ruins na maternidade, apresentando assim um olhar mais integrado assim como uma nova leitura acerca da maternidade:

“Ai... Quando ele dá o sorriso dele. Ele beija... Ele é muito carinhoso. Tudo eu gosto. Eu acho que a parte difícil faz parte também, né? É difícil, choro e tudo... Ah, mas é muito bom... Ah, é que eu reclamo muito, muito, muito. Eu acho muito difícil, mas é muito, muito, muito gratificante”.

Por fim, Ana Paula deu uma devolução sobre a Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo apontando como estava se sentindo frente ao tratamento:

“...eu tô gostando bastante... quarta-feira pra mim, tipo, é sagrado vim porque é a forma que eu tenho de conversar... Porque é que eu tenho. Eu acho que tá... Que tá fazendo muito bem assim...Pra mim e pra ele principalmente, né... Se eu tô bem, pra ele fica melhor, né?”.

Na quarta sessão identificou-se no discurso de Ana Paula que ainda havia uma leitura ambivalente quanto ao sono do seu filho. Embora nas sessões anteriores já tenha aparecido uma leitura mais positiva sobre o sono do bebê, nesta sessão ela relatou de forma queixosa e negativa várias situações sobre o sono do bebê, conforme exemplificado abaixo:

“Ele dorme, tipo assim, até umas três, três e meia. Daí depois ele acorda e não dorme mais. Não dorme! Ele pega o bico e eu tento colocar no berço, mas não adianta. Daí eu boto ele na cama com a gente. E aí ele se mexe muito. Porque por mais que ele esteja dormindo, ele fica em mim [faz gestos no próprio rosto e corpo como se os estivesse beliscando]. Daí ele mexe no meu pescoço, ele me belisca, ele vira para o meu marido... Quando a gente vê ele tá com os pés na nossa cabeça...”.

Havia também uma dificuldade de separação que era expressa através de um sintoma pelo bebê. Através da fala a seguir, Ana Paula expressou dificuldade em aceitar a necessidade do bebê em buscar contato com ela, conforme ilustrado abaixo:

“...tem vezes que eu abro o olho pra ver se ele tá acordado, porque ele tá com a mão assim, ó (mão abanando). Tá dormindo e fazendo isso. Aí ele pega e... Ele tem que me sentir, hoje de manhã eu tava do meu lado da cama, daí normalmente quando o meu marido sai, eu vou pro lado dele, porque daí tem um espaço maior, né. Porque ele fica mais grudado em mim. Eu fui me virar, ele já (estica o braço) direto, botou a mão assim e segurou o meu pijama. Pra ver se eu tava ali”.

Entende-se que o bebê precisava desse toque a fim de ter um aconchego perto da mãe, para se tranquilizar e assim conseguir dormir. No entanto, a mãe fazia uma leitura de invasão sobre o contato do bebê com ela, como se ao solicitar e pedir por ela através do toque, ele estivesse invadindo o seu espaço, quando, no entanto, ele simplesmente precisava desse contato com a figura materna.

Na fala abaixo pode-se ver que, ainda que a mãe tenha identificado uma mudança no padrão de sono do bebê, possivelmente devido a uma evolução no desenvolvimento dele, tais mudanças ainda foram encaradas por ela como negativas:

“Tá começando a mudar já o sono. Eu to percebendo assim. Antes ele tirava dois cochilos depois do almoço e no final do dia. Agora ele tá tirando só um no meio da tarde. Ontem, por exemplo, ele dormiu meia hora depois do almoço. Acho que era umas duas e meia. Duas horas! Ele dormiu meia horinha ou nem isso... Só que ele tem, e eu não sei se é por causa disso, ele tem demorado muito para dormir. Ele tá caindo de sono. Caindo! Caindo de se deitar na gente. Ele deita em mim e se levanta. Deita no meu marido, e se levanta. Deita nas coxas, e levanta. Deita no travesseiro e levanta! Aí ele levanta, tira o bico e brinca, brinca, brinca e aí deita de novo. Bota o bico. E assim ele fica. Fica uma hora assim. Ele vai dormir meia-noite, uma hora da manhã”.

Pode-se inferir ainda que havia uma dificuldade da mãe em estabelecer um momento tranquilo e continente para que o bebê pudesse relaxar para dormir e provavelmente por isso ainda não havia uma rotina de sono estabelecida para este bebê. E então, diante dessas dificuldades em fazer o filho dormir, Ana Paula mostrava-se bastante irritada:

“Ai, daí nisso eu já me levanto e grito: “Para! Vai dormir! Chega!”.

“Às vezes eu falo: “Tá com sono? Fecha os olhos e dorme!”.

Ainda nessa sessão, um dos temas abordados foi sobre o diagnóstico de Depressão Pós-Parto. Através do relato de Ana Paula ficou evidente que, antes do tratamento, havia uma dificuldade em identificar que ela estava vivenciando um episódio depressivo e que não eram apenas dificuldades inerentes ao puerpério. Possivelmente isso se deu porque seria muito

difícil para essa mãe reconhecer sozinha, sem um suporte emocional, as suas dificuldades frente a maternidade, já isso seria um confronto com as suas expectativas maternas. Acredita-se que a partir da psicoterapia houve um espaço continente para que ela pudesse refletir e falar sobre isso:

“Na verdade eu nem imaginava que poderia ser. Até imaginava, mas eu pensava que Depressão Pós-Parto fosse uma coisa muito mais tipo de realmente jogar o bebê pela janela. Assim, que fosse uma coisa extrema, assim. Daí eu só falava... assim, que tava triste tudo e tal. Mas nunca imaginei que a minha situação fosse isso. Eu imaginava que deveriam ser os hormônios, assim, da gravidez, que muda tudo. Mas eu não pensava que pudesse ser realmente alguma coisa desse tipo. Do Pós-Parto, assim. Daí eu só falava assim, que não tava legal que não sei o quê. Aquela coisas assim, sabe? De ir guardando, guardando, guardando que não podia falar mais”.

Ana Paula identificou que tinha dificuldades em dar conta dos cuidados do bebê. Pode-se compreender que, naquele momento, a mãe não estava conseguindo dar conta das suas próprias necessidades provavelmente devido ao quadro de depressão pós-parto e por isso era muito difícil dar conta das necessidades do bebê. Conforme a fala abaixo, Ana Paula referiu que cumpria os cuidados do bebê como uma obrigação:

“Ah eu levantava obrigada, né? Só porque tinha ele, assim, mas tipo “Ah, tem que trocar a fralda! Tem que fazer mamã!” Sabe? Na obrigação, assim. Tipo “Ah, meu Deus que saco!”. Não queria levantar MESMO. Tipo “Que saco! Não quero nem sair da minha cama hoje”. Sabe? Parece que tem um peso morto em cima de mim que não me deixa sair dali, sabe?”.

Novamente, conforme a fala a seguir, Ana Paula referiu que ainda na gestação os sintomas depressivos já estavam aparentes, embora ainda não identificados por ela como tal. Além disso, também foi possível identificar a presença da ambivalência já durante a gestação:

“Na verdade já na gravidez eu tive vários períodos, assim. No início da gravidez eu chorava muito, muito, muito porque não foi planejado, né? Não era o que eu queria, tudo. Daí eu fiquei bem mal. Aí depois eu aceitei, curti bastante não sei o quê. Aí já no final: “Ah, que saco, não sei o quê, né?”. Então eu ficava nessa assim. Daí quando ele nasceu eu curti ele, assim, mas não sei. Sempre foi oscilando muito, assim. Sabe? Desde o dia em que eu engravidei até agora é só oscilação, assim. Tem períodos em que tudo é lindo e maravilhoso e que Deus me deu um presente e que isso é tudo bom,

não sei o quê. Mas tem períodos em que é “Ai, que merda por que eu deixei isso acontecer?”.

Na fala abaixo, identificou-se através do discurso da mãe que os sintomas depressivos apresentados na gestação eram lidos por ela como estresse e que, naquele momento, ainda não havia uma leitura de que se tratava de sintomas depressivos:

“E na barriga, no final da gravidez principalmente assim, eu tive muitas crises de estresse. Muitas, muitas, muitas. . Porque eu tava num trabalho que eu não queria. E coisas assim. Era para eu ser demitida e não fui, daí eu acabei ficando por causa dele. Então eu fui levando com a barriga. Então foi horrível, horrível, horrível, horrível!”

Apesar do quadro de depressão, percebeu-se na fala da mãe que havia um potencial para a melhora e uma capacidade de reparação na medida em que ela sentia-se culpada quando pensava nas repercussões do seu estado depressivo para o desenvolvimento do bebê:

“E daí eu tinha muito medo de que na barriga eu acabasse afetando ele por isso. Por estar irritada, estressada, por estar chorona. Foi bem assim, de acordar chorando e chorar para não ter que ir trabalhar, sabe? Chegava no trabalho chorando. Passava o dia inteiro chorando” pensando: “eu odeio estar aqui. Eu odeio estar fazendo isso. Por que que eu engravidei?”. Então, tipo, eu acabava colocando toda a culpa na gravidez... “Será que a minha irritação pode passar para ele? Será que essa perturbação do sono que ele tem hoje é porque eu fiquei estressada no gravidez?”. Tipo, sei lá. Eu fico pensando essas coisas”.

Após o nascimento do bebê, a mãe identificou uma piora nos seus sintomas depressivos, conforme ela referiu:

“Eu acho depois que ele nasceu piorou porque durante a gestação eu era bem ativa, né? Eu imaginava que depois que ele nascesse as coisas seriam de tal jeito... Mas daí depois que o bebê nasce tu vê que ele te toma vinte e cinco horas por dia, que tu não consegue nem fazer xixi, que tu não consegue nem fazer nada. E daí que eu vi que a minha vida deixou de ser a minha vida e [passou a ser] a dele. E foi aí que deu aquele estalo de que agora já não é mais a Ana Paula. A Ana Paula agora é a mãe do Francisco. Aí foi quando eu fiquei mais, assim, abalada, assim... A mãe agora é a mãe, né? Antes de ser tu, tu é a mãe. Daí foi quando eu fiquei mais... Agora sim, até to melhor. To tentando me convencer de que é uma coisa boa”.

A partir da fala acima, pode-se compreender que após o nascimento do filho Ana Paula identificou que passou por uma mudança de identidade visto que deixou de ser apenas mulher e filha e se tornou mãe. Essa mudança ocorreu concomitante a outra mudança que foi na

relação conjugal, já que ela e o companheiro recentemente haviam noivado e foram morar juntos. Pode-se inferir, portanto, que essas mudanças de papel, associadas ao quadro de depressão pós-parto sobrecarregaram psicologicamente essa mãe. Além disso, Ana Paula referiu que acreditava que as pessoas ao seu redor não percebiam o seu sofrimento e assim faziam julgamentos contra a psicoterapia, por isso a mãe evitava falar sobre o tratamento:

“Eu nem falo que é terapia de Mãe-Bebê, que é de Depressão Pós-parto porque se não... Só falo que é terapia que é terapia! Que to indo no Psicólogo. Porque ficam: “Ah, para quê? Tu tá ficando louca?”. Tu nem precisa disso”. Sabe? Nem entro, assim, muito. As pessoas não...As pessoas ficam falando então é melhor nem... Se no momento em que tu fala que tu vai fazer as pessoas dizem: “Ai, para quê?”. “Que loucura!”. “Que besteira!”. Tipo, ah, eu não vou ficar dizendo: “Bah, to gostando, tá bem bom! Tá me fazendo tri bem!”. Para dizerem: “Claro que tu tá tri bem. Tu não tava com problema nenhum!”.

Como já havia aparecido anteriormente em outra sessão, Ana Paula conseguiu identificar que havia uma repercussão do seu estado depressivo no humor do bebê. Já o bebê, por sua vez, respondia a sua maneira expressando-se através do choro e da irritação, provavelmente a fim de denunciar o sofrimento psíquico que a mãe estava passando:

“Acho que ele percebe e fica tão incomodado quanto eu. Tipo, se eu to irritada eu vejo que ele fica mais agitado, assim. Sabe? Mais chorão. Mas daí se eu trato ele bem... Se eu encho ele de beijo, ele me enche de beijo. Se eu ficar dando abraço e carinho, ele fica também, mas se eu tiver mais quietinha, assim, ou mais irritada, principalmente irritada. Porque para mim o que pega mais é a irritação, né? Mais se eu ficar mais borocoxô, ou mais irritada, eu vejo que ele fica mais agitado. Fica mais... Ele fica diferente também. Eu acho que ele sente tudo o que eu sinto. Daí eu sei que isso é ruim, né, para ele. Eu não queria, né? Ficar assim. Eu queria ficar sempre bem. Ele nem deve imaginar o que que acontece, mas eu imagino que ele sente, né?”

No fim dessa sessão foi proposta uma tarefa em que foi solicitado que as mães fizessem um desenho sobre experiência delas com a depressão pós-parto. A seguir tem-se a descrição do desenho que Ana Paula fez:

“Eu desenhei quatro monstros. Um chorando, um alegre, um irritado e um praticamente beirando à loucura, assim. Que é como eu me sinto, assim. Tipo, uma semana eu to feliz, na outra eu to triste; ou até no mesmo dia amanheço de bom humor, fico irritada no meio da tarde e depois de noite vou dormir de bom humor ou chorando.

É o que eu sinto, assim. Que pode acontecer tanto num mesmo dia, quanto numa semana, quanto num mês. Assim que eu me vejo, assim”.

Pode-se compreender que o desenho refletia claramente como essa mãe estava se sentindo e as oscilações de humor que vinha enfrentando no quadro de depressão pós-parto.

Cabe ainda assinalar que, nessa sessão, o bebê dormiu durante todo tempo. Pode-se pensar ainda que, a partir do momento em que a mãe conseguiu usufruir de um espaço para falar a respeito dos seus “monstros” internos, como apareceu no desenho, o bebê pode ficar tranquilo e conseguiu dormir.

Na quinta sessão, o bebê estava com 10 meses e a mãe mencionou uma nova aquisição do filho, contou que ele aprendeu a caminhar. Contudo, conforme apareceu no relato da mãe, esse progresso no desenvolvimento do bebê foi visto por ela com ambivalência, pois apesar de estar feliz pela conquista do bebê, ela também expressou cansaço para lidar com essa nova habilidade do bebê:

“Francisco aprendeu a caminhar ontem. Então, isso tá muito bom. Ontem ele aprendeu a caminhar sozinho. Mas, bah, assim, eu tô muito cansada... Bem ruim. Tô bem... Nem eu tô me aguentando, de tão... Irritada e estressada”.

Em seguida Ana Paula também voltou a queixar-se acerca do comportamento do bebê frente ao sono:

“Ai ta horrível (o sono). Ele tá muito agitado, muito, ele não dorme mais no berço dele. Na nossa cama, ele... Antes ele... Ele dormia sempre no berço dele e a partir de tal hora, umas quatro, acho que cinco horas, vinha pra cama, porque daí eu não aguentava mais, né. Aí depois que eu comecei a botar (?) ele dormiu uma semana e meia, dormiu direto. Aí vinha pra minha cama, tipo, sete, oito horas da manhã. E agora ele dorme, dorme de capotar, aí a gente vai tentar colocar no berço, quando bota ele acorda na hora. E daí ele só dorme sentindo a gente. E daí ele deita, de madrugada ele senta dormindo. Ele senta, aí ele deita pro meu lado, aí ele senta, daí ele deita pros pés, ele tá muito agitado durante a noite, muito, muito, muito, assim”.

Pode-se inferir que quando Ana Paula reclamava da agitação do bebê, ela também estava falando da sua própria agitação na medida em que referia que o seu estado emocional e a sua linguagem corporal repercutiam no bebê. Portanto, pode-se pensar que Francisco ficava agitado na hora de dormir possivelmente porque não havia um ambiente continente e tranquilo que favorecesse o seu sono. Frente a dificuldade da mãe em manejar a situação do sono do bebê, Ana Paula expressou que costumava agir de forma mais irritada:

“Pra mim tá ficando mais difícil agora... Daí, tipo, ai invés de eu ser... Carinhosinha, assim, “Ai, filhinho, vamos dormir, não sei o que”. Não, “Vamos dormir! Chega! Tá na hora!””.

Ana Paula expressou ainda o seu desejo e a necessidade de dormir já que sofria com a privação de sono:

“De sete dias na semana, uma ele dormisse inteira pra mim já seria o suficiente, sabe””.

Ana Paula também falou nessa sessão sobre o que entendia acerca do cuidado com o bebê. Conforme pode ser observado na fala abaixo, ficou implícito que, ao mesmo tempo em que existia um cuidado com o filho, também existia uma ambivalência que era expressa através de episódios de descuido, conforme o relato dela abaixo:

“...acho que o cuidado, pra mim, em relação a ele é questão de preciosidade, assim, sabe. Ele é muito precioso pra mim, então eu vou cuidar dele de toda a forma que eu puder. Só que, pra mim, o cuidado é... É... Tem graus, né, tipo, óbvio que eu cuido se ele vai botar o dedo na tomada, mas eu não saio me descabelando assim, se botar e levar um choquezinho, levou, porque eu não acho que a criança vai morrer se botar... Não sei, depende também. Eu cuido tudo lá em casa, assim, mas se eu vejo, assim, não é uma coisa, tipo “Ah, meu Deus, e agora?!” vou me descabelar, sabe. Tipo, ele já caiu da cama, ele já botou o dedo na tomada, ele já botou a ponta do carregador na boca... tava ligado na tomada. Tipo, ele já fez um monte de coisa e, tipo, eu tomo muito cuidado em casa””.

Pode-se compreender que essa mãe fez um adequado uso do espaço terapêutico já que pode expressar seus conflitos, como a ambivalência, através de momentos de cuidado e outros de descuido com o bebê. Possivelmente esse conflito gerava muita angústia para a mãe e ela sentiu-se a vontade para expressar sua ambivalência na terapia.

Também apareceram outros sentimentos da mãe frente ao cuidado com o bebê, como a culpa por nem sempre cuidar do filho como ela gostaria e ainda fantasias, como a ideia de que se atendesse a todas as demandas do bebê ele ficaria “mimado”:

“Eu tento tomar cuidado...Eu tenho um... Né... Hã... Eu me esforço pra ter muito cuidado com ele, pra... pra... Cuidar bem dele, mas nem sempre eu consigo, assim. Eu não me sinto culpada em ser... porque eu acho que se eu... fizer tudo pra ele, sempre a hora que ele quiser, eu vou acabar mimando ele. Isso é na minha cabeça, né””.

Ainda sobre suas concepções sobre a maternidade, Ana Paula expressou através da fala abaixo o tipo de mãe que ela julga ideal, mas que não consegue ser, colocando em evidência as suas próprias exigências quanto ao papel materno:

“ Até queria ser uma mãe de novela, que eu tô com a casa arrumada, tudo de maravilhoso, mas aí tu tem que ter uma babá, uma empregada, um dinheiro, um, né... Não dá, né. É, quem me dera se eu fosse assim, né, mas...”

Nessa sessão novamente identificou-se uma dificuldade dessa mãe em lidar com a dependência do bebê, evidenciando o quanto era difícil para Ana Paula perceber que naquele momento do desenvolvimento Francisco precisava ser cuidado e ser dependente para que ao longo do seu crescimento fosse aos poucos fazendo movimentos rumo à independência:

“Ah, eu fico cansada, né. Ele precisa de mim vinte e quatro horas por dia, mas tem vezes que cansa, tem... Eu entendo, mas não entendo. Tem vezes que eu fico, tipo “Ai, por que, por que tanto?! Vai ser independente”. (risos) “Ai, tá com sono, fecha os olhos e vai dormir”, sabe... Tem vezes que tira do sério essa, essa dependência, assim, total sabe, ainda. Agora, assim, eu não imaginava que fosse tanto assim, né”

“Tipo, eu não consigo nem fazer xixi, porque antes eu até fazia xixi e botava ele na porta sentado. Agora ou eu faço com ele em cima do meu colo... Ou então eu tenho que fazer muito rápido pra ir atrás, porque quando eu vejo ele tá no meio da sala fazendo alguma coisa”

Complementar a esse discurso, a mãe também se queixou sobre ter que abdicar das suas próprias demandas a fim de atender as necessidades do bebê:

“Daí depois que tu faz tudo, que tu vai fazer as coisas pra ti, que tu vai, né, tomar banho, aí tu te lembra que tu tem que fazer xixi, que tu não fez xixi o dia inteiro...Aí tu te lembra de escovar os dentes, tu te lembra de fazer tudo, assim. Tem vezes que eu esqueço de escovar os dentes e fazer xixi. Coisa básica, assim...Eu esqueço.

Além disso, nesse momento de tratamento identificou-se pela primeira vez que Ana Paula passou a se questionar acerca do autocuidado, possivelmente já evidenciando uma melhora da depressão pós-parto:

“Eu levanto, às vezes, com... Rezando pra que ele continue dormindo pra eu poder tomar um café da manhã em paz, poder escolher a minha roupa e me vestir, mas é óbvio que isso nunca acontece... , toma banho com ele, arruma ele, tudo é ele primeiro, né. Arruma ele, aí depois que tu arrumou ele, tu tem que te arrumar cuidando dele...Hoje se eu tivesse tempo eu teria me vestido mais, teria arrumado meu cabelo, de

repente passado uma maquiagem, teria feito uma coisa assim. Brinco, colar, sempre esqueço”.

Nessa sessão, Ana Paula também contou sobre uma situação de adoecimento sua e expressou como foi conciliar o cuidado do bebê com a sua condição enferma:

“E, tipo, o cuidado comigo assim... segunda-feira eu tava de cama. E aí? Quem é que ia cuidar de mim?...Mãe não pode ficar doente. Porque tu tem que cuidar de casa, tu tem que cuidar do filho, tu tem que cuidar de ti, tu tem que cuidar de tudo. Mãe não... Deveria ser proibido ficar doente...Eu cuidando do Francisco, de cama, passei o dia de cama com ele na cama comigo. Se eu botasse no chão, eu ia ter que ficar atrás e eu tava, assim, dor no corpo inteiro, não conseguia me abaixar e ele... A mil em cima da cama, pulando em cima de mim...”.

A mãe atribuiu seu adoecimento a uma somatização visto que ela entendeu que adoeceu, pois identificou que estava muito estressada:

“Tipo, eu acho que eu peguei essa gripe, porque a minha imunidade deve tá lá embaixo, meu estresse deve tá lá em cima. Tudo misturou, assim. E ainda... Além de cuidar dele, agora ainda tenho que cuidar de mim. Olha a frase, né, eu AINDA tenho que cuidar de mim. Não! Eu tenho que cuidar SÓ dele”.

Ao falar sobre a sua relação com o bebê, a mãe fez uma crítica sobre o seu comportamento e a maneira como age com ele, apontando o que considerava que poderia ser diferente. Novamente a mãe identificou que o seu comportamento e seu humor têm influência no bebê já que percebeu que quando ela estava mais irritada o bebê se mostrava mais agitado:

“Ai, eu acho, porque eu sou muito grosseira. Eu sou muito irritada, muito, muito, muito, muito. Eu acho que eu podia ser mais carinhosa com ele, assim... eu acho que afeta mais agora do que no início. Porque agora ele já entende mais... Então, ele vê, assim. Eu... Eu ando muito cansada, muito cansada, eu tô muito irritada ultimamente e daí eu sou grosseira com ele daí, tipo, querendo ou não ele já tá vendo, ele já entende essas coisas, né... É tudo na gritaria, assim. E daí eu vejo que, tipo, tem vezes que ele tá no meu colo e ele pega e se agita e bate, bate, bate(encena com tapas no rosto), tipo... Eu acho que já é uma forma dele demonstrar uma certa agressividade, sabe. Não sei se sou eu já, que to, fico tão noiada com isso que já to imaginando coisa, mas eu acho que de tão agitada que eu tô, de tão irritada, tudo... ele tá ficando assim também, agitado, irritado”.

Ao se dar conta da suas dificuldades a mãe sentiu-se triste e culpada, conforme exemplificado no trecho abaixo:

“Ai, eu fico triste, né? Triste, triste, triste...Daí eu virei pro lado da cama e chorei, chorei, chorei, chorei. Chorei, porque daí eu fiquei me sentindo culpada de ser assim, de tá desse jeito, de ser irritada, de não ter paciência com ele...Daí chorei por tudo, assim... Aí virei pro lado e chorei e dormi. Só”.

Por fim, apesar das queixas e dificuldades, a mãe conseguiu retomar a nova aquisição de Francisco e identificou como positivo poder acompanhar o desenvolvimento do filho:

“É cansativo, né, é estressante. Eu reclamo, reclamo, reclamo, reclamo, reclamo, mas é que é bom, imagina, eu peguei os primeiros passos dele. Tem mãe que não vê isso acontecer... Eu vi na hora, assim”.

Na sexta sessão a mãe identificou que o comportamento do filho é diferente em casa e na terapia conforme expressou no relato abaixo:

“Aqui tudo fica maravilhosamente bem. Até parece que tudo que eu tava falando é mentira... Aí eu sinto que eu sou louca, né? Falo que o guri chora, que isso, que aquilo. E na frente dos outros é: “Ah, que maravilha!” Tu já pensou em ficar assim em casa? Não fica. É diferente! Isso eu já vi. É muito diferente! Ele adora ficar sentada brincando com os brinquedos aqui. Lá em casa eu posso virar todos os brinquedos. Ele não brinca. Ele não brinca! Ele quer outra coisa. Ele quer o Bombril, quer a escova, quer a garrafa de água. Ele quer tudo o que é diferente”.

Além disso, Ana Paula também falou a respeito do comportamento de outra criança quanto ao sono:

“...tem a filha de uma amiga minha que é a coisa mais querida. Ela simplesmente troca fralda. Esses dias lá em casa ela trocou a fralda e deixou a gurria deitada. E quando a gente voltou para dar a mamadeira ela já tava dormindo”.

Pode-se inferir que, a partir desse exemplo de outra criança, a mãe estava expressando o seu desejo de que também fosse assim com seu filho. Apesar da comparação, Ana Paula expressou novamente gratificação por acompanhar o desenvolvimento do filho, apesar do desgaste físico e emocional, conforme o trecho abaixo:

“Olha, é muito cansativo, mas é muito gratificante tu acompanhar todo o desenvolvimento dele. Tipo, eu vejo tudo, tudo. Vejo ele caminhando, ele engatinhando, ele falando. Eu peguei tudo desde o início. Não foi alguém que me contou”.

Pode-se pensar que, nesse momento do tratamento, já era possível identificar aspectos positivos na maternidade. Na fala a seguir pode se identificar que a mãe já conseguiu fazer uma leitura diferente sobre o sono do filho, compreendendo que existem outros fatores que repercutem na hora de dormir como a fase do desenvolvimento:

“Tu sabe que agora vai sair mais seis dentes, né? Ele nunca teve nada! Nem febre, nem diarreia. Só de noite que ele fica mais chatinho, assim, no dormir. Depois que ele dorme ele fico mais agitado. Mas a pediatra também falou que agora nessa fase ele fica bem agitado. E que agitação, né, filho? Tu fica, né?”

Abaixo, a mãe descreveu um momento sobre a hora de dormir do filho e manifestou que fazia uso da amamentação como recurso para fazer o filho dormir:

“Porque é muito estressante porque ele não para no colo. Então é muito cansativo, assim. Tipo, tem vezes em que ele tá caindo de sono, caindo de sono. Tu tenta fazer de tudo para ele dormir. Tu dá mamá. Faz nanar deitado. Faz nanar de pé. E nada! Daí eu pego e dou o peito, e eu já mal tenho leite, né? Aíele pega e tem vezes que ele mama e sai. Não faz nada. E tem vezes em que ele mama e dorme. Tipo, é a válvula de escape que eu tenho para fazer ele dormir. Eu acabo dando o peito para fazer ele dormir, sabe?”

Na fala abaixo, observa-se o seguimento da descrição sobre a hora do sono:

“Eu poderia muito bem deixar ele chorando no berço e fazer a ruim e deixar ele dormir sozinho, sabe? Mas não! [Falando com Francisco] Eu ainda te pego no colo, te aconchego, dou bico e mesmo assim tu não te entrega? É muito difícil. É muito cansativo. Porque, tipo, eu já to cansada. Então essa mais hora é mais esgotante...Ele vai a mil. Não tem o que fazer”.

Pode-se identificar a ambivalência materna no discurso da mãe quando ela expressou o que “poderia fazer” e o que faz efetivamente com o bebê na hora de dormir.

No sétimo encontro, um familiar de cada dupla mãe-bebê foi convidado a participar somente desta sessão da psicoterapia em grupo. Foi nessa oportunidade que conhecemos Rafael, o pai de Francisco e marido de Ana Paula. As terapeutas explicaram o objetivo do grupo e como era seu funcionamento. Rafael expressou suas ideias acerca da Depressão Pós-Parto:

“A primeira imagem que eu tinha em mente da depressão pós- parto era renegar o bebê, sabe? Não quero chegar perto”.

Durante a fala do pai, o bebê Francisco ficou bastante agitado e fez bastante barulho com os brinquedos, inclusive prejudicando a nossa escuta. Pode-se compreender que através dessa manifestação Francisco também estava querendo se expressar. Nessa situação foi possível observar que Ana Paula conseguiu ser mais continente com o filho, pois foi até o chão, deu atenção para o bebê, lhe oferecendo alguns brinquedos na tentativa de acalmá-lo, o que evidenciou uma mudança na interação entre mãe e filho.

A questão do sono do bebê Francisco também foi trazida pelo pai, que apesar de reconhecer as dificuldades, identificava uma mudança e melhora:

“Com a gente falavam “Não, isso aí é até os três meses, depois vocês vão ver que vai melhorar”. Passou os três meses em não melhorou. “Não, seis meses! Depois dos seis meses ele vai dormir a noite inteira”, tá com um ano aí e nada (risos)... Mas até melhorou um pouco agora, eram quatro, cinco horas, às vezes, já dá uma diferença...É mais fácil, bota o bico, dá a mamadeira. Mas antes não tinha isso”.

Já o discurso da mãe, nessa ocasião, evidenciava somente uma queixa frente às dificuldades com o sono do filho:

“Ai, ele tá muito agitado agora, né? Ele dorme no berço até a metade da noite e do berço a gente bota com a gente, quando a gente vê, o guri tá de cabeça pra baixo. E nos chuta, dá tapa... Bem agitado”.

Também foi possível identificar que pai e mãe tinham percepções diferentes sobre a personalidade do bebê já que a mãe referiu que o bebê era agressivo e pai surpreendeu-se com a percepção dela:

Mãe: Às vezes eu acho ele muito agressivo.

Pai: Agressivo?(o pai questiona surpreso)

Mãe: Não sei se é o meu gênio, assim. É, ele fica, ele faz assim (*imitando tapas com a mão*) na gente. E ele é muito birrento, a gente diz não e ele já chora, tu não acha? (*perguntando para o pai do bebê*)

Pai: Mas ele tá sempre rindo, sempre...

As exigências da maternidade foram trazidas por Ana Paula que se queixou, por exemplo, por ser a única a amamentar o filho:

“No início dava um resmungo “É mama, tá com fome”. Dava vontade de tirar a teta e botar “Ai, dá tu então” e o Rafael sempre falou assim: “Se eu tivesse, eu dava”.

Já o marido mostrou que compreendia a situação de outra forma já que fez uma leitura diferente sobre a dificuldade expressada por Ana Paula. Através de sua fala identificamos um pai sensível, continente e atento as necessidades do bebê:

“Eu, muitas vezes eu falava até pra Ana Paula, que não era de... Da gente dar de mamar, assim, mas pegar no colo, sei lá, só botar ele encostado no peito, eu acho que acalmava ele. Não sei se era o cheiro da Ana Paula...Quando ele era menorzinho, ficava no berço, às vezes eu tentava... Fazia ele dormir, colocava no berço, começava a se mexer, a chorar, eu botava um sutiã dela ou uma blusa que ela tava usando, ele

parava. Não sei, se é o cheiro... não é que eu não quero ficar com ele, é... Ele quer mesmo... Quer a mãe”.

Nessa sessão, Ana Paula relatou uma situação de maior descontrole frente aos cuidados com o bebê em que agrediu fisicamente o filho:

“Ontem eu saí de mim. Ontem... Nossa, dei uns tabefão na mão dele que chegou a doer em mim. Porque eu fiquei muito, muito, muito, muito irritada. Eu tava tri bem...aí daqui a pouco ficou aquele silêncio e daí eu “Tenho que ver o que ele tá fazendo!” E daí quando eu cheguei na sala, ele tava segurando um livro e no outro tava a capa do lado. Ai!”

Apesar dessa situação, a mãe referiu que tentava manter um cuidado com o ambiente em que o bebê circulava. Além disso, diferentemente do que havia aparecido em uma sessão anterior, não se identificou mais uma ambivalência quanto ao cuidado:

“Eu tento cuidar muito, assim, pra não deixar as coisas perto dele, principalmente coisa pequena, porque eu morro de medo dele engolir alguma coisa. Morro de medo. Então, coisa pequena eu tiro tudo de perto. E daí, tipo, eu não sei se eu tô tomando o cuidado... Necessário, assim. (choro)”.

Na oitava sessão, Ana Paula identificou uma melhora no seu humor que repercutiu nas atividades diárias e nos cuidados com o bebê que estava com 11 meses nessa ocasião. A mãe apontou ainda que apesar da prescrição de um antidepressivo pelo pediatra do filho, ela optou por não tomar:

“Eu nem comecei a tomar o remédio. Até fiquei com medo de tomar... Sei lá, da semana passada pra cá eu tô bem ativa assim, sabe? Saio, passo o dia inteiro estudando com ele. Aí chego em casa, ainda arrumo a casa, faço comida. Coisa que é inédito. Aí faço tudo e ainda dou banho, boto ele não sei o que, sabe... Tipo eu tô me sentindo tri bem, porque eu me sinto útil, sabe? Ao invés daquele pensamento de estar sobrecarregada...”.

Ana Paula também descreveu uma situação em que conseguiu fazer uma leitura mais adequada das necessidades do filho e que conseguiu atendê-lo e resolver a situação, como no exemplo abaixo:

“Daí tipo, por mais que eu fique lavando a louça tenho que ficar né, em volta. Dou uma cuidadinha nele. E aí tem vezes que eu noto que ele começa a ficar chorão. Aí esses dias que eu reparei isso e entendi. Eu tava começando a fazer a janta e ele começou chorando, chorando, ali nas minhas pernas e daí eu: “Bah, será que é sono?” Daí eu peguei ele, sentei no sofá, botei o bico com ele no colo e um episódio

dum desenho dele lá, tipo, foi o tempo que ele, tipo, parecia que ele, “ah, queria ficar um pouquinho contigo”, sabe aí ele ficou bem quietinho, viu TV no meu colo, daí depois se soltou, brincou mais e daí eu fui, consegui terminar a janta”.

A própria mãe conseguiu identificar que anteriormente costumava reagir de forma negativa frente ao choro e as necessidades do filho e que agora tem conseguido fazer diferente:

“Em outra época eu já ia ficar “Ai, que merda!” de ficar com ele ou ter que “Que saco, ele não pára! Não consigo fazer a janta!”. Tipo, eu ia ficar preocupada com a janta, sabe? E daí quando eu percebi “não, ele só quer ficar comigo”. Então, tipo, a janta que espere. Daí eu fiquei... Daí agora sempre que ele fica mais choroso assim, eu pego ele e fico um pouquinho, fico um tempo com ele assim. Daí eu dou um tempo, ele pára e já volta ao normal... Mas pra mim era tipo “Não! Ele tem que entender que eu tenho que fazer minhas coisas”. E daí agora eu tô entendendo que não é bem assim, né? Tá bem mais fácil mesmo. (Francisco vira para a mãe e caminha em direção a ela) Né, filho?(a mãe pergunta se dirigindo ao bebê)”.

Associado a essa leitura materna mais adequada das necessidades do filho, identificou-se uma mudança na interação mãe-bebê. Nessa sessão observamos um momento em que Francisco tropeçou no chão e começou a chorar. Prontamente a mãe foi acolher ele e de forma continente e carinhosa, o colocou no seu colo, conversou, esperou ele parar de chorar, ofereceu um brinquedo para distraí-lo e logo o bebê se acalmou. Só assim a mãe retomou sua fala na sessão. Essa situação também pode ser evidenciada através do discurso da mãe em que ela descreveu como sua relação com o bebê está melhor no dia a dia:

“E a gente tá tri bem também assim... Ele tava rindo pra mim e daí eu disse: “Ai, muito bom! Me divirto horrores com ele em casa. A gente passa o dia inteiro brincando, dando risada!”. Claro, às vezes ele tira do sério, né? Mas olha, nem parece aquela mãe que queria matar o bebê... Agora a gente tá se entendendo, né?(fala olhando para o filho)”.

Pode-se dizer que a interação dessa dupla tornou-se mais saudável e harmoniosa conforme o relato da mãe abaixo:

“A gente tá bem mais, muito mais amigo assim, sabe? Eu e o Francisco. Não sei, tá mais agradável de ficar com ele em casa, sabe... Eu fico assim tipo “ai, que vontade de ficar um dia em casa só eu e ele”, sabe? Tipo nunca que isso ia acontecer... Ficava em casa e ficava assim “Meu Deus, eu preciso sair”... E agora não, ao contrário, tipo ontem eu passei o dia fora aí quando eu cheguei com ele de noite, tipo, “ai tô louca pra me abafar debaixo das cobertas com ele e ficar”, porque agora com esse frio,

né... A gente brinca, brinca muito assim. Não de lutinha, mas ah, de eu pegar ele e passar de um lado pro outro, brinca de se esconder. Ele brinca assim... Deita em mim, levanta. Várias coisas. “Parabéns”. Várias coisas a gente... Eu tento assim, pra ficar na cama com ele, né? Mas aí quando ele... Quando eu vejo que ele tá enjoando eu boto no chão e tudo. Tipo ontem de noite a gente tava vendo o programa e aí eu sento e boto ele ou do lado ou no meio das minhas pernas ele fica bem deitadinho, coisa mais amada. Daí não tem... Melhor coisa que tem.

Quando questionada acerca do sono do bebê, Ana Paula conseguiu novamente identificar uma melhora e inclusive conseguiu atribuir um significado a dificuldade do bebê, mostrando-se mais compreensiva e sintonizada com as necessidades do filho:

“Essa noite eu vou te dizer que eu não... Eu não... Se eu não lembro eu acredito que ele não acordou. Essa noite eu acho que não. Noite passada foi terrível. Foi bem, bem ruim. Ai, ele tem chorado muito. Eu não sei... A impressão que eu tenho é que ele tem pesadelo. Porque ele chora assim tipo... Não parece ser um choro de dor, sabe? Daí fica “aaaahhhn ahhhn” (imita Francisco), resmungo assim, tateando a gente. Aí eu boto o bico, tipo, conforto ele e daí ele segue dormindo”.

Identificou-se que a mãe já conseguia manejar diferente as situações que envolviam o sono do bebê:

“Daí brincou, brincou, brincou, daí quando eu peguei ele de novo ele se aquietou e daí quando ele tava quase dormindo e... Acordava. E queria sentar. E daí quando ele queria sentar eu cortava o barato, né? “Não! Tá na hora de dormir. Fecha os olhos e vai dormir”. Daí ele ficou deitado e quando eu vi ele só fechou os olhos e dormiu. E assim que tem sido, sabe? Ele vira pro lado, se acomoda do jeito que ele quer e dorme. Tá mais fácil agora”.

Ainda com relação ao sono, identificou-se que no momento em que o bebê passou a dormir, apareceram dificuldades no sono de Ana Paula:

“Eu não consegui dormir essa noite, fui dormir duas horas da manhã. Ah! Eu tenho muita dificuldade pra dormir. Muita, muita, muita. Sempre tive assim”.

Além da melhora na sintomatologia do bebê e da interação entre a dupla mãe e bebê, Ana Paula novamente verbalizou uma melhora no seu humor e atribuiu, entre outros fatores, à psicoterapia:

“Eu tô achando que é tudo assim, sabe? Eu tô tomando floral, eu tô fazendo aqui, eu tô fazendo passe, tudo... E daí assim ó, tô uma nova pessoa. Tô bem, tranqüila assim... Eu me sinto bem melhor assim”.

No entanto, apesar de identificar uma melhora, Ana Paula referiu que se sentia insegura, com receio de voltar ao estado deprimido quando ficar sem psicoterapia:

“Eu tenho medo assim de parar e voltar... De parar com qualquer coisa assim, sabe? Porque eu acho que é o conjunto de tudo assim que tá me ajudando. Eu tenho medo de parar e ah, voltar a ficar ruim. Eu voltar a ficar pra baixo e ficar me sentindo sobrecarregada e não sei o que... O meu medo é de parar e eu voltar a ficar. Ah, tipo, eu nunca mais... Agora até falando que eu pensei, que eu nunca mais tinha pensado de “Ai, meu Deus o que que eu fiz com a minha vida? Agora que eu tenho filho”, não sei o que”

Na nona sessão, Ana Paula já assumia, ainda que inconscientemente, que as dificuldades com o sono eram dela e não do seu bebê, conforme pode-se identificar no discurso abaixo:

“Eu tô bem, eu tô bem. Continuo bem. Só nessas duas últimas noites assim que foram beem difíceis... eu tenho dificuldade pra dormir, né? Eu não tomo remédio pra dormir nem nada... e eu demoro muito pra dormir. Muito, muito, muito. Então eu acho que foi segunda... Eu acho que eu fui dormir era... Pegar no sono meesmo assim, acho que era umas três e meia, quatro horas da manhã. Então eu tô muito cansada”.

A mãe já atribuía as queixas sobre o sono à dificuldades suas e não mais do bebê. Associado a isso, foi possível identificar que Ana Paula mostrava-se uma mãe mais continente com as necessidades do bebê:

“Ele tava doente, ele tá doente. Eu tenho que ficar com ele. Tenho que por mais que, tipo, não dê remédio, não... Eu não possa fazer nada, pelo menos um colo eu posso dar, porque quando eu tô doente eu gosto de ter um colo, um cuidado também”.

A própria mãe conseguiu identificar uma diferença no seu comportamento quando nos apontou como funcionava anteriormente através da seguinte fala:

“Antes eu ficava no lugar “Ana Paula egoísta”. Então quando ele fazia alguma coisa eu ficava tipo “ai que saco, ai que não sei o que, ai tá querendo me irritar”...Tipo, se ele tivesse doente e eu tivesse que ficar o dia inteiro na cama com ele, eu ia ficar me sentindo muuito culpada de... De ter louça na pia, de ter coisa pra fazer. Eu não ia conseguir ficar, sabe?”.

Na fala seguinte Ana Paula contou como tem funcionado atualmente, deixando ainda mais evidente a sua mudança:

“Agora tipo eu fico tentando me colocar no lugar dele... Agora eu fico pensando assim, tipo, que nem ele doentinho, tipo, ai, não é que ele tá manheiro. Mas tipo,

qualquer pessoa que fica doente quer um colo, quer ficar deitado, quer ficar mais tranqüilo, não sei o que. Então por que que ele, que é um bebezinho não vai querer? Eu vi que ele tava mal, tipo, eu passei o dia inteiro na cama com ele”.

Ana Paula também expressou que agora conseguia valorizar o seu bebê, algo que antes não acontecia:

É outra coisa, é outra... Parece que assim ó... A Ana Paula antes e a Ana Paula depois. Eu nunca mais pensei as coisas que eu pensava assim, tipo, é muito diferente agora tipo eu olho pra ele assim com um sentimento muito de admiração, de orgulho assim, sabe? De... “É meu”, “Olha ali que amor”, tipo, “ele tá rindo!”. “Olha que lindo o que ele faz!”. É um sentimento muito mais amoroso do que o que eu tava tendo antes.

Além disso, Ana Paula referiu que o marido também percebeu sua melhora e a repercussão disso nas relações familiares. Segundo a mãe, seu esposo considerou como positivo a ida na sessão de psicoterapia, conforme a fala abaixo:

“Conversei com o Rafael. Ai ele disse que achou bem legal a consulta e tal e aí eu perguntei o que que ele tava achando de mim, né? Daí ele disse que notou bastante diferença que eu tô bem mais compreensiva com ele, com Francisco. Bem mais tranqüila lá em casa. Eu tô mais fácil assim, mais controlada. E daí ele acha que isso tá melhor pra convivência da casa, sabe? Daí ele achou bem legal, ahn, a consulta aquela que ele veio”.

Com a proximidade do término da psicoterapia Ana Paula novamente expressou insegurança já que apontou seus receios de voltar a ter sintomas de depressão. Ao mesmo tempo, essa mãe demonstrava estar fortalecida, pois conseguiu identificar sua própria evolução:

“Eu tenho muito medo... Meu medo é eu ter, ahn, pequenos momentos de explosões, sabe? É meu medo assim, de voltar a ser explosiva, a ficar irritada, de novo... Eu tenho esperança de que continue tudo bem. Mas eu tenho medo de que... Possa voltar a ser a Ana Paula lá da primeira sessão. Na verdade eu... Olha, pra vocês verem como eu tô otimista, a Ana Paula da primeira sessão eu acho muito difícil eu voltar a ser”.

No décimo atendimento, Francisco mostrou na sessão as habilidades adquiridas. O bebê, que sempre se mostrou muito cativante, atraiu os olhares de todos através das brincadeiras e descobertas no *setting*. A mãe comentou e exibiu orgulhosamente as aquisições do filho, como caminhar e gesticular para se expressar e ainda contou ainda que

o filho tem falado “mamama” ao dirigir-se para a mãe. As terapeutas identificaram nessa sessão muitas interações entre na dupla mãe e bebê, observando uma sintonia positiva entre mãe e filho. Ana Paula fez uma importante reflexão mostrando que conseguia fazer uma leitura diferente sobre si e sobre o bebê e identificou que anteriormente haviam questões e dificuldades que eram suas e não do bebê, conforme a vinheta abaixo:

“Eu comecei a conversar comigo mesma, percebi que, tipo, todo o meu problema no início, claro, tinha, ah o Francisco, não sei o que, mas é muito mais, tipo, toda a mudança que eu tive. Só que eu acabava descontando isso nele. Tipo, ele que era o meu problema, ele que causava tudo, que se não fosse ele não sei o que. E não! Tipo, o que eu imagino é que com ele vai ser muito difícil eu ter, eu voltar a ter problemas, voltar àqueles pensamentos... Tudo eu descontava no Francisco. “Tudo é o Francisco! Que saco Francisco! A minha vida mudou por causa do Francisco”, não sei o que. E daí agora eu notei que não. E eu não tenho que deixar isso, eu descontar nele”.

Ao longo da sessão a mãe identificou que o bebê estava sonolento e podemos observar uma conduta e um tom de voz mais continente e acolhedor por parte da mãe frente ao sono do bebê:

“Agora tu vai dormir? Vai voltar e vai dormir, né? Ele vai tirar o soninho dele da tarde. Vem! Tá batendo o sono que eu te conheço...(Francisco se aproxima da mãe aos choramingos)”.

Ana Paula pode ainda expressar suas inseguranças e medos sobre os cuidados do bebê e desenvolvimento do filho, conforme ilustrado nas vinhetas abaixo:

“Tem momentos assim que eu tenho medo mais de me descontrolar. Porque é muito cansativo ficar com ele assim o tempo inteiro, sabe? É o que eu tenho mais medo assim...”.

“Eu tenho medo dele ir... Agora assim nem tanto assim, mas tipo, se eu continuasse sendo, que nem eu tava, sempre de ah, brigar e tudo e tal, meu medo é que ele, sei lá, se revoltasse. Ficasse uma criança revoltada assim e daí chutasse o balde. Então eu acho que eu tenho que ser muito mais tranqüila pra mostrar pra ele que da pra lidar com as coisas calmamente, sem ter que brigar e explodir”.

Ainda nessa sessão, Ana Paula contou que teve a oportunidade de fazer um programa sem o filho pela primeira vez e dividiu conosco seu sentimento:

“Mas sábado agora até fui no cinema. E deixei ele com o Rafael. E daí eu deixei. Com o coração na mão, né? Fiquei desesperada. Ai, porque eu fiquei com medo! Eu nunca

deixei tanto tempo sozinho assim. E daí eu fiquei com medo, tipo, tem que dar a janta, que cuidar ele em casa... Eu ficava o tempo todo pensando, mas eu não liguei! Tipo, eu fiquei pensando assim, “eu não vou ligar, pra... Porque ele tem que aprender a se virar também!”.

Através da fala materna, identificou-se que a experiência foi positiva:

“Pra mim foi ótimo, né? Porque daí eu saí, aproveitei, tudo. A gente chegou em casa, daí é tanto tempo junto que se eu ficar três horas longe dele eu já fico morrendo de saudade. Morrendo de saudade! Eu olho qualquer criança e me lembra ele. Tudo, tudo! Eu fico longe dele, mas o meu pensamento é nele o tempo inteirinho.

Ana Paula inclusive mostrou-se animada a repetir a programação e sentiu-se segura por contar com a rede de apoio, como os cuidados do marido com Francisco:

“E daí ele agora assim, tipo, eu até quero ver de combinar mais pra deixar com o Rafael. Porque eu acho que é bom assim pra ele ver como é que é também, sabe?”.

Ana Paula também compartilhou os planos dela e do marido de passar um final de semana viajando a sós, sem o filho e refletiu na sessão sobre como ela imaginava que o filho iria reagir:

“Eu até espero assim que, tipo, seja bom pra ele ficar um pouco longe de mim, sabe? Passar um final de semana sem me ver. Ele nem deve ter noção de tempo assim, mas tipo, vai ficar um bom espaço de tempo sem nem me ver. Então eu não sei se quando eu voltar vai ser um grude maior, porque tipo: “Meu Deus eu nunca mais quero ficar longe da minha mãe” ou se vai ser uma coisa tipo: “Ai, tranqüilo. Ela vai, mas ela volta”. Sabe?”

Nessa sessão foi realizada uma atividade com a dupla em frente ao espelho. As terapeutas sugeriram que mãe e filho se posicionassem frente ao espelho e descrevessem o que viam, oportunizado mais um espaço de reflexão para as questões da dupla. Através da técnica do espelho Ana Paula pode se expressar acerca da sua relação com o filho e expressou que havia agora uma maior sintonia entre a dupla:

(Ana Paula fala com Francisco olhando-o pelo reflexo). “A gente tá bem mais juntinho, a gente tá mais amigo agora, né? A gente até saiu combinando hoje, eu nem tinha percebido isso... de cinza os dois. E agora eu tô mais cuidadosa assim com ele também. É né, bebê? Hein, gordo? (Ana Paula puxa Francisco de volta para seu colo de forma carinhosa – ele estava de pé diante do espelho – e o beija)”.

Ao invés de queixar-se sobre a dependência do bebê, identificou-se mais uma mudança na leitura da mãe na medida em que ela conseguiu aceitar a dependência do bebê, os

cuidados que eram exigidos e a importância de concomitante permitir o desenvolvimento da autonomia do filho:

“Ele ainda tem muita necessidade de ficar comigo e é dependente... A questão de comer, tudo eu que tenho que ajudar e tal. Mas ao mesmo tempo eu gosto de deixar ele mais solto assim. Tipo, se cair, caiu. Levanta e vai de novo, sabe? Porque ele tem que aprender a explorar. Ele tem que aprender a fazer as coisas sozinho. Então por mais que ele ainda seja dependente de mim, eu quero que ele vá aprendendo a ser independente pra que isso não prejudique ele lá futuramente, de virar muito dependente de mim”.

Ana Paula falou ainda sobre a melhora no sono do filho e que percebeu que seu humor deprimido influenciava no comportamento do bebê. Além disso, identificou-se que Ana Paula lidava agora com maior tranquilidade frente ao sono do bebê, fazendo uma nova leitura dos seus comportamentos:

“Eu vejo assim que tipo, muito de eu ter me acalmado assim reflete do sono dele. Porque agora ele tá, nossa, a gente deita, ele vira pro lado e dorme! Que nem ontem, a gente tava vendo TV, daí ele mamou, se agitou um pouquinho, brincou, aí deitou, quando eu vi ele só virou pro lado assim, pra minha frente, e dormiu. Né? Bem lindão! Aí ele só acorda de madrugada assim, dá um resmungo, eu boto o bico e eu vejo que ele tem que ficar perto de mim... Aí ele sente o meu cheirinho e volta a dormir”.

Na última sessão da psicoterapia mãe bebê, Ana Paula expressou serenidade ao falar sobre a relação com o filho, que nesse momento do tratamento, já estava com 12 meses:

“A gente tá super bem, né, filho?”

“Sabe que ele tá bem mais entendendo, assim, as coisas que a gente fala. Se a gente diz “não” ele já sai. Às vezes ele dá umas desafiadinhas, assim, mas, né... Dá para ver que ele já tá entendendo”.

Pode-se inferir que quando a mãe referiu que o bebê estava “entendendo”, na verdade ela estava falando de uma mudança que havia acontecido com ela, já que ela estava conseguindo compreender melhor o seu bebê e fazer uma leitura mais adequada dos seus comportamentos e necessidades. Como consequência, isso repercutia na interação da dupla mãe-bebê.

Ana Paula falou também sobre o sono do bebê e contou uma mudança que havia ocorrido na rotina dele. Através da fala materna, ficou evidente que o bebê já não apresentava mais sintomas no sono:

“Esta noite, eu acho que pela primeira vez desde que ele nasceu, a gente dormiu a noite inteira juntos e ele ficou no berço. Ele dormiu eu acho que era umas onze e meia...Daí eu ia virar para o lado e dormir, daí eu: “Ah, vou botar ele na cama para eu pelo menos ter a primeira hora de sono mais esparramada”. E daí quando eu me dei conta...daí eu acordei ainda assim: “Ai, tá faltando alguma coisa aqui!”. Daí eu olhei para o lado e disse “Olha só, o Francisco tá no berço!”. Ele dormiu a noite inteira no berço!”.

A mãe contou como se sentiu após essa situação:

“É tudo mais relaxante. Hoje eu acordei com um humor três mil vezes melhor do que nos outros dias. Porque daí tu consegue dormir bem. Porque por mais que ele tenha dormir a noite inteira com a gente, ele se mexe muito, resmunga muito. Faz aquele “nhem, nhem, nhem”. Então é sempre aquele sono alerta, digamos assim. E não aquele sono relaxante”.

E mostrou-se motivada a seguir investindo no novo hábito de sono de Francisco:

“Mas eu acho que eu vou conseguir sim. Porque essa noite foi muito boa! [risos] Foi muito boa! Então eu acho que a gente vai conseguir manter”.

Sobre a viagem a sós do casal, sem o filho, a mãe contou que foi bem sucedida e refletiu na sessão o quanto sua vida havia se modificado após a maternidade:

“Ah, fiquei meio sentida de pensar que a gente não tem mais essa liberdade agora, né? Tipo, fiquei com um pouquinho de saudade da nossa vida sem cachorro e sem filho”.

Para o fechamento da psicoterapia as terapeutas separaram dois trechos de vídeos de sessões que ilustravam diferentes momentos de interação entre mãe e filho. O primeiro trecho mostrava Francisco explorando alguns brinquedos do tapete da sala de atendimento na primeira sessão. Ele aproxima-se da mãe, numa tentativa de convidá-la a brincar com ele, mas a reação da mãe é um olhar vazio e sem afeto. Sem direcionar o olhar para o filho, a mãe o pegou pelas costas e de forma automatizada apenas espalhou mais alguns brinquedos no chão e assim o filho seguiu brincando sozinho. Ao ver o trecho a mãe relatou:

“Ah, a forma, né? Como eu tava com ele! Ai, muito seca! Caramba! O jeito que eu tava olhando para ele? Parecia uma babá que não tinha relação nenhuma, assim. Simplesmente pegava ele e colocava assim... Pom! Pegando ali, botando aqui, juntando brinquedo...”

E complementou a fala, mas agora referindo-se ao seu filho:

“A mãe é uma grossa, né, filho? Uma seca...Nossa! Muita diferença. Antes parecia que eu fazia de conta que ele nem tava ali. E era como eu sentia, assim, tipo, a minha [vontade] era ignorar ele. Quando eu tava no início do grupo e eu quis procurar ajuda até era de que eu tava renegando ele. Tipo, a culpa era dele. Tudo o que tava acontecendo a culpa era dele e eu via e era tipo: “Ai, que saco!”. “Que saco!”. “Meu Deus, ele tem que comer, ele tem que brincar. É uma droga eu tenho que fazer as coisas!”.

Já o segundo trecho ilustrava uma situação ocorrida na oitava sessão de psicoterapia. Mostramos um momento da sessão em que Francisco tropeçou no chão e começou a chorar. Prontamente a mãe foi acolher ele e de forma continente e carinhosa, o colocou no seu colo, conversou tranquilamente dirigindo seu olhar a ele, esperou ele parar de chorar, ofereceu um brinquedo para distraí-lo e logo o bebê se acalmou. Só assim a mãe retomou sua fala na sessão. Ao ver o trecho Ana Paula prontamente identificou a diferença na sua conduta e interação com o filho nos dois momentos e verbalizou:

“E daí no último já dá para ver que é outra pessoa, né, além de olhar para ele, de conversar com ele, eu sentei no chão...Acalmei ele... Distraí! Tipo, duas pessoas completamente diferentes, né? Porque na primeira ali o guri tava no pé, no pé. Tipo, eu nem olhei para ele! Eu nem olhava para ele! Meu Deus do céu que diferença. Eu nunca iria imaginar que seria assim”.

Pode-se perceber que essa intervenção foi positiva já que a mãe pode evidenciar sua melhora, conforme a fala abaixo:

“Bah, assim, eu já tinha percebido que eu já tinha melhorado, mas eu não tinha imaginado que tava tão ruim assim o ponto que eu cheguei”.

A partir da visualização dos trechos ilustrativos, Ana Paula reforçou a ideia de que a relação entre mãe e bebê estava melhor e que a interação estava mais positiva. É o que mostra o discurso abaixo:

“Eu to me sentindo muito mais tranquila com ele, assim. Muito mais! Nossa! A gente fica na cama, fica juntos. Tipo, ele é o meu parceirão, assim. [Ana Paula fica com a voz embargada e com olhar lacrimejante] Nossa, muita diferença! Tipo, eu olho e não imagino a minha vida sem ele. Ficamos na cama, a gente levanta, a gente brinca, a gente dança juntos. De noite eu boto no TVZ para a gente dançar a gente brinca”.

No trecho abaixo a mãe conseguiu identificar que as dificuldades eram suas e não do bebê:

“Era aquele estresse que era ficar vinte e quatro horas por dia... Mas eu causava aquele estresse! Sabe? O estresse tava na minha cabeça! Não era culpa dele. Nunca vai ser culpa dele. Porque não foi ele que veio, assim, sabe? Foi uma escolha minha e do Rafael. Então a gente é que tem que aceitar. Então não é uma coisa de aceitar obrigatoriamente. E hoje eu consigo aceitar e amar, e é, meu Deus, não consigo mais ficar longe dele de jeito nenhum... Eu não me imagino sendo de novo aquele pessoa... a mãe que eu tava sendo. Não me imagino!”

Ana Paula lembrou o momento em que ela e o marido apresentaram divergências sobre como percebiam o filho:

“Tipo, até naquela sessão em que o Rafael veio, e eu falei que eu tava achando ele meio agressivo, né? Daí bah nos últimos dias como ele tá carinhoso! Muito, muito, muito, muito! Ele deita, assim. Deita em mim. De manhã é uma lambeção eu e ele. Daí ele passa a mão, assim. Aí eu deito nele e a gente fica. Se eu estou deitada e faço assim e estico o braço, ele direto vem e deita. É direto! É eu abrir o braço e ele já sabe que é vir para deitar. Faz carinho no Tobias, né, filho? Ele tá muito carinhoso! Né, meu amor?[Ana Paulafalando com Francisco] Vem cá! Vem aqui! Vem aqui, filho![Ana Paula dá um beijo e um abraço em Francisco]. E eu dizia que ele fazia tudo de propósito! Olha, só o pobrezinho! Quem vai pensar em que ele vai fazer as coisas de propósito, né? Né, filho? É arteiro um pouquinho, né?”

Pode-se pensar no possível impacto que a ida do marido na psicoterapia teve para a mãe, pois agora a mãe já fazia uma leitura diferente sobre o bebê, compatível com a do marido.

Por fim, o fechamento da sessão de psicoterapia foi realizado. As terapeutas reforçaram para a mãe a ideia de melhora nos seus sintomas depressivos e nos transtornos anteriormente apresentados pelo bebê, principalmente o de sono. Identificamos que a intervenção realizada com a técnica do vídeo empoderou essa mãe que pode encerrar a terapia mais fortalecida e segura da melhora na relação entre mãe e bebê. O trecho abaixo ilustrou essa ideia:

“Bah, só de ver o vídeo agora eu me já me achei três vezes melhor do que eu tava imaginando, assim. Porque nas últimas eu tava bem apavorada, assim. Ficava pensando: “Bah, e como é que vai ser?”. Mas daí no fim tendo esse recesso eu pude ver, assim, que “ok”, dá para seguir em frente tranquilamente! Foi bah, muito bom! Deu para perceber muito, assim, sabe? Porque na semana eu fiquei bem meio que meio assim, não sei o quê. Mas conforme foi passando eu percebi que a gente tá,

assim, super bem... agora eu to tranquila, assim. Bah, eu to bem aliviada! Vou sair agora muito feliz!”.

Dias após o fechamento da psicoterapia foram realizadas as entrevistas finais, por outras psicólogas da equipe, que evidenciaram que Ana Paula não tinha mais indicadores de depressão pós-parto e Francisco não apresentava mais sintomas psicofuncionais.

3.2 Discussão

Este trabalho teve por objetivo investigar a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê em um contexto de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Para tanto, foi realizada uma análise qualitativa das 11 sessões de psicoterapia e das entrevistas iniciais e finais do caso a fim de identificar as mudanças na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e dos sintomas psicofuncionais do bebê ao longo do tratamento.

Com relação aos sintomas maternos de depressão, foram identificados como predominantes a tristeza, labilidade emocional e irritabilidade na mãe participante do estudo. Já os sintomas psicofuncionais identificados no bebê foram os distúrbios no sono, alimentação e separação. Assim como apontado em estudos anteriores (Cramer, 1993; Lopes et al., 2010; Silva, 2014), este trabalho também identificou uma associação entre a depressão pós-parto e os sintomas psicofuncionais do bebê na medida em que ambos os problemas foram detectados na dupla participante no início do tratamento, configurando essa a principal demanda para a psicoterapia proposta.

Sobre a depressão pós-parto, identificou-se que os sintomas depressivos dessa mãe iniciaram ainda durante a gestação, o que alguns autores apontam como um fator de risco para o desenvolvimento posterior da depressão pós-parto (Iaconelli, 2005; Camacho et al., 2006; Field et al., 2010; Rodrigues e Schiavo, 2011; O’Hara e McCabe, 2013). Além disso, pode-se pensar que o fato de ter sido a primeira gestação dessa mãe e de esta não ter sido planejada, também podem ter influenciado no desenvolvimento da depressão após o parto (Clark, 2000; Iaconelli, 2005). Estudos também esclarecem que não é comum que a mãe deprimida reconheça seus sintomas como depressão (Stein, 2001; Piccinini, Frizzo, Brys & Lopes, 2014). Tal como pode ser identificado na mãe participante desse estudo, há uma tendência a considerar que os sintomas apresentados devem-se ao cansaço e desgaste natural do puerpério, causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao bebê (Bydlowski, 1997; Cruz et al., 2005; Nonacs & Cohen, 2005; Frizzo et al., 2010).

A literatura tem sido consistente em apontar o quanto a depressão pós-parto pode ser prejudicial para a relação mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Frizzo & Piccinini, 2005; Carlesso, Souza & Moraes, 2014; Motta, Lucian & Manfro, 2005; Schwengber & Piccinini, 2003; Letourneau et al., 2011; Laurent & Ablow, 2013; Frizzo et al., 2012; Silva, 2014; Lopes et al. 2010). Um exemplo disso, que apareceu no caso estudado, foi que a mãe tinha muitas dificuldades em lidar com o choro do bebê. Esse dado é corroborado por recentes estudos que apontam que mães deprimidas têm dificuldades em identificar os sentimentos dos seus filhos e distinguir os diferentes choros expressos pelo bebê (Frizzo et al., 2012; Laurent & Ablow, 2013). Sobre esse dado, pode-se compreender que o bebê expressava através do choro a sua angústia frente ao adoecimento materno já que essa é uma das maneiras que o bebê pode manifestar os seus conflitos. A mãe, por sua vez, se angustiava por ter dificuldade em identificar o significado do choro do seu bebê e conseqüentemente em nomear isso para ele, o que causava um desencontro na dupla.

A análise também mostrou que a mãe apresentava dificuldades em atender as demandas do bebê. A partir do estudo de Schwengber e Piccinini (2003) pode-se compreender que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente no que se refere ao prejuízo na responsividade materna. De acordo com Catão (2002) uma mãe deprimida não consegue investir narcisicamente o seu bebê, pois está ocupada demais consigo mesma para poder atender as exigências implicadas no cuidado de um bebê. Pode-se pensar que frente ao contexto de depressão pós-parto, as exigências normais da maternidade ficaram ainda mais intensas e assustadoras para essa mãe, o que por sua vez, dificultava sua interação com o bebê.

Ainda acerca da depressão pós-parto, pode-se entendê-la como uma manifestação sintomática do conflito da mulher diante da maternidade que tem importantes conseqüências para o bebê, pois perturba, dificulta e às vezes impossibilita a relação com ele, na medida em que o bebê percebe a pobreza de interação, a ausência ou a pouca harmonização afetiva (Schwengber & Piccinini, 2003; Moraes & Crepaldi; 2011). Por esse motivo que Cramer e Palacio-Espasa (1993) entendem a depressão pós-parto como uma doença da interação já que está relacionada à presença do bebê. Nesse sentido, no caso analisado, a depressão pós-parto pode ser entendida como uma impossibilidade da mãe em exercer sua função naquele momento, já que sabe-se que os estados depressivos do pós-parto incapacitam as mães, temporariamente, para o exercício da função materna (Catão, 2002). No entanto, ainda que temporária essa impossibilidade é determinante, pois um bebê não pode esperar já que sua

constituição psíquica está em risco (Spitz, 1958; Stern, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Mazet & Stoleru, 1990; Catão, 2002).

Nesse sentido, pode-se pensar que frente às dificuldades maternas descritas anteriormente no caso analisado, a depressão pós-parto foi prejudicial na medida em que dificultou a mãe de exercer adequadamente a maternidade, bem como a tarefa de fazer uma leitura adequada do bebê, sobretudo na tarefa de interpretar ao bebê o que seu corpo manifestava, já que se percebeu uma dificuldade da mãe em fazer uma compreensão sobre as questões que envolviam o bebê (choro, sono, dependência). Possivelmente isso ocorreu porque sua percepção estava prejudicada e contaminada pela depressão pós-parto. Portanto, na ausência dessa tradução materna, o bebê defendeu-se expressando seu sofrimento por meio de sintomas.

Além das dificuldades na relação mãe-bebê, estudos apontaram que a depressão tem impacto em todo o contexto familiar (Frizzo & Piccinini, 2005; Piccinini, Frizzo, Brys & Lopes, 2014). Por esse motivo, considerou-se importante que um familiar da dupla estivesse presente em uma das sessões de psicoterapia. Embora o manual da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo (Clarke, 2000) já preconizasse que haveria esse encontro com o marido ou um familiar, ao longo da intervenção esse momento foi bastante trabalhado. Identificamos que essa conduta foi positiva, visto que constatou-se um marido preocupado com o adoecimento da esposa, mas principalmente muito atento às questões do bebê. Identificamos que num momento em que a mãe estava com dificuldades de conectar-se às necessidades do bebê e que a relação da dupla mãe-bebê estava empobrecida, o pai estava emocionalmente presente e disponível para auxiliar, o que se configurou com um fator de proteção tanto para mãe quanto para o bebê. Estudos prévios (Piccinini, Frizzo, Brys & Lopes, 2014; Frizzo, 2008, Silva, 2007) reforçam esse achado apontando que a participação do pai em situações de depressão pós-parto pode ser de grande ajuda, especialmente nas intervenções destinadas a tratar a depressão. Se a presença e o apoio do pai não impede o aparecimento de sintomas depressivos da esposa, ele ainda pode ajudar na identificação e remissão desses sintomas. Além disso, na sessão em que o pai participou, o diagnóstico de depressão pós-parto pode ser esclarecido e desmistificado, o que contribuiu para a melhor compreensão do quadro e facilitou um maior suporte familiar, como a mãe relatou em sessões posteriores.

Com relação aos sintomas psicofuncionais do bebê, destacou-se ao longo do tratamento as queixas da mãe sobre a dificuldade do bebê em dormir, sobretudo nas primeiras sessões. Esse dado é corroborado pelo estudo de Robert-Tissot et al. (1996) que apontou que os sintomas de sono estavam entre os mais sintomas psicofuncionais mais prevalentes. Sobre

as queixas maternas, Cramer e Palacio-Espasa (1993) sugerem que desde as primeiras palavras ditas pela mãe para descrever os problemas que percebe no filho, pode-se identificar a dimensão projetiva do investimento materno. Os autores indicam que isso fica ainda mais evidente quando simultaneamente se vê a criança e as interações entre mãe e bebê.

Como pode ser observado na análise do caso, ao longo das sessões o padrão de sono do bebê foi se modificando, inclusive, essa mudança no sono já pode ser observada na segunda sessão. Sobre isso Cramer e Palacio-Espasa (1993) enfatizam que as mudanças em geral ocorrem na segunda ou terceira sessão, em que é possível identificar mudança subjetiva na mãe e também mudanças objetivas na criança e na interação. Sendo assim, no decorrer das sessões de Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo, foi se identificando uma melhora tanto dos sintomas depressivos da mãe (tristeza, labilidade emocional e irritabilidade) quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Pode-se compreender que a partir do momento em que a mãe encontrou na psicoterapia um espaço que acolheu as suas angústias e ambivalências com relação à maternidade, seu mundo interno foi se reorganizando. Conforme ela pode usufruir desse espaço para falar a respeito de seus conflitos, foi havendo uma melhora da depressão pós-parto e uma alteração na leitura que a mãe fazia sobre seu bebê. Dessa forma, o bebê foi sendo descontaminado das projeções maternas, se aliviou e conseguiu dormir, e assim, pode-se observar uma melhora no sintoma do sono expresso pelo bebê.

Moraes e Crepaldi (2011) alertam que na medida em que os conflitos da díade podem ser melhor compreendidos com o auxílio do terapeuta, a mãe consegue reduzir as suas projeções sobre o bebê. Por isso, cabe estar atento à transferência em relação ao bebê e à vivência da maternidade, possibilitando o reconhecimento de projeções e identificações sobre a criança à luz da história interior dos pais. Cramer e Palacio-Espasa (1993) explicam que na Psicoterapia Mãe-Bebê ocorre a modificação dos investimentos e representações que a mãe tem do filho e isso se dá no nível de redução das projeções maternas sobre ele, o que vai modificando a leitura que a mãe faz de si e do bebê.

Identificou-se ainda que a partir de um trabalho psíquico que ocorreu com a mãe na psicoterapia, as modificações na sua leitura agiram diretamente sobre a criança (Jerusalinsky & Berlinck, 2008). Essas modificações produziram mudanças não só em nível das representações maternas e na relação da dupla, mas também nos sintomas e no comportamento do filho, e por isso pode se identificar no caso uma melhora nos sintomas do bebê. De acordo com Cramer (1993) tanto a depressão pós-parto quanto os sintomas da criança tendem a cessar quando a psicoterapia está focada na relação mãe-bebê. Pode-se entender que essas modificações foram obtidas rapidamente, pois nas terapias conjuntas mãe-

bebê não se visa modificar todo o funcionamento psíquico da mãe, apenas o setor de investimentos em relação ao filho. E isso é possível porque estamos lidando com um sistema diádico flexível, relativamente instável e por isso, sensível a transformações, já que o puerpério e os primeiros anos de vida do bebê se constituem como o momento mais favorável a mudanças (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Watillon, 1993; Stern, 1997; Teperman, 2005; Prado et al., 2009).

Cramer e Palacio-Espasa (1993) apontam que uma das mudanças mais frequentes refere-se a uma mudança de uma representação persecutória do bebê para uma versão mais atenuada. As modificações vão no sentido de uma libidinização, permitindo que trocas afetivas entre mãe e bebê sejam retomadas. Um exemplo disso identificado no caso é que o bebê que antes era visto como agressivo pela mãe tornou-se carinhoso, conforme ilustrado na fala da mãe na décima sessão. Inicialmente ele também era visto como agitado e passou a ser visto por ela como tranquilo já na segunda sessão. Essa mudança é possível porque ocorreu uma mudança na leitura da mãe sobre o bebê. Os autores reforçam que essa transformação é um fator curativo, pois assim o filho torna-se mais investido de amor devido a uma transformação a nível representacional na mãe.

Ao mudarem os investimentos e representações que tem do filho, alterações no comportamento manifesto dos pais podem ser observadas já ao longo das primeiras sessões e conseqüentemente ocorre uma mudança na interação pais-bebê e nos papéis parentais, o que alivia o bebê e assim tem-se uma diminuição dos sintomas (Cramer & Palacio-Espasa, 1993). Como se pode observar no caso, as interações entre mãe-bebê tornaram-se menos defensivas e com mais trocas gratificantes. Na quarta sessão a mãe passou a identificar aspectos positivos no comportamento do filho, que anteriormente não haviam aparecido. Se antes a maternidade era vista por ela somente de forma pessimista e negativa, carregada de irritabilidade, com a evolução do tratamento, a mãe conseguiu identificar que existem tanto aspectos bons quanto ruins na maternidade, apresentando assim um olhar mais integrado e uma nova leitura acerca da maternidade, com mais flexibilidade para lidar com a ambivalência e menos rigidez cognitiva.

De acordo com Winnicott (1987/2006) a melhor forma de auxiliar as mães é reforçando a sua confiança em si mesma, ou seja, a sua capacidade de ser mãe daquele bebê. O mais importante não é instruir as mães no que elas têm de fazer, mas sim mostrar-lhes como são os seus bebês e o que se passa na relação entre eles, habilitando elas a descobrir a maternidade em si própria. Gutman (1993) complementa a ideia apontando que ao invés de conselhos, as mães precisam de apoio para sustentar suas próprias referências internas, sua

essência e jeito de matinar. Para entrar em harmonia com seu bebê, ela precisa ser sincera consigo mesma, admitindo seus sentimentos ambivalentes e hostis. Nesse sentido, acredita-se que quando a psicoterapia proporcionou um espaço para que esses sentimentos acerca do bebê pudessem aparecer, abriu-se também um espaço para que essa mãe fizesse outra leitura acerca da maternidade, e como consequência pode-se identificar mudanças na relação entre mãe-bebê.

Cramer e Palacio-Espasa (1993) esclarecem que após essa mobilização dos investimentos e representações que a mãe faz do filho pode-se identificar modificações das interações entre mãe-bebê mais harmoniosas e saudáveis e a criança passa a ser investida de forma diferente, sendo descoberta como fonte de afeição e coberta de qualidades, tornando-se fonte de gratificações. Entende-se que no caso, a mãe passou a ler o bebê como ele próprio, como um indivíduo, compreendendo que ele tem suas próprias necessidades e demandas. A partir do momento em que essa mãe começou a ser vista e cuidada na psicoterapia, e que lhe foi proporcionada uma nova forma de ver seus conflitos, abriu-se um espaço em seu psiquismo para que ela também pudesse fazer outra leitura sobre seu bebê. Essa nova leitura permitiu que a mãe desse conta das necessidades do seu filho de uma maneira menos defensiva e mais gratificante, e então, ela passou a compreender que as dificuldades no sono do seu bebê poderiam estar associadas a algum desconforto, como dor ou fome ou ainda a um dente que estava nascendo no bebê, e assim ela passou a nomear e atribuir significados às dificuldades do bebê. Dessa forma, pode-se perceber que a psicoterapia desaloja a representação materna inconsciente ao mesmo tempo em que libera a representação do filho como vítima vulnerável.

Cramer e Palacio-Espasa (1993) também fazem uma leitura do “filho como sintoma da mãe”. Ao reforçarem a ideia de que nas terapias conjuntas mãe bebê o principal fator terapêutico é uma modificação das projeções, dos investimentos e das representações relacionadas entre mãe e filho, ou seja, uma modificação da leitura pode-se observar que a sintomatologia do bebê cede logo após as primeiras intervenções terapêuticas dirigidas à mãe. Para os autores, quando a mãe se dá conta dos conteúdos psíquicos que havia investido no filho, sobretudo os projetivos, ela deve metabolizar essa reintrojeção. Isso se dá num curto espaço de tempo devido a rapidez com que a projeção cede nas terapias mãe-bebê. Contudo, essa reapropriação provoca um abalo nas mães, deixando-as mais emotivas, causando um sentimento de impotência e de ter errado em alguma coisa. Esse fenômeno pode ser observado a partir da quarta sessão quando a mãe começou a expressar culpa por ao perceber as repercussões do seu humor deprimido para o desenvolvimento do bebê. Contudo, pode-se

pensar que havia um potencial para a melhora e uma capacidade de reparação nessa mãe na medida em que ela tinha consciência das repercussões do seu estado depressivo para o bebê.

Além disso, Cramer & Palacio-Espasa (1993) destacam que simultaneamente à cura do filho, a mãe adocece a seu modo podendo apresentar uma sintomatologia transferencial, psicossomática ou sintomatologia funcional, sobretudo distúrbios do sono. Um exemplo disso no caso é que conforme as projeções da mãe sobre o bebê foram diminuindo e o sono do bebê foi melhorando, foi então aparecendo dificuldades no sono da própria mãe, fato que ficou evidente a partir da oitava sessão quando a mãe verbalizou isso. Nesse sentido, pode-se inferir que a dificuldade do sono da qual a mãe sempre se queixava era na verdade dela e não do bebê. Inclusive, na décima sessão a mãe verbalizou que identificava que anteriormente haviam questões e dificuldades que eram suas e não do bebê, ou seja, ela conseguiu descontaminar e aliviar o filho das suas projeções e pode fazer uma leitura diferente de si mesma e do bebê. Uma manifestação dessa hipótese pode ser ilustrada já na quarta sessão quando o bebê dormiu durante todo tempo, enquanto a mãe ainda falava de forma ambivalente sobre o sono do bebê. Pode ser entender essa manifestação do bebê como uma denúncia sobre a sua “in”capacidade de dormir. Por isso, vários autores (Watillon, 1993; Debray, 1999; Gutman, 2014) reforçam a importância de estar atento as manifestações não-verbais dos bebês, já que o bebê é capaz de manifestar aspectos do psiquismo dos pais que não são reconhecidos conscientemente, como a questão do sono nesse caso. Também se pode entender que além de ter apresentando uma sintomatologia psicofuncional, a mãe também expressou uma patologia psicossomática já que na quinta sessão a própria mãe atribuiu seu adoecimento (uma gripe) a uma somatização visto que ela entendeu que adoeceu, pois identificou que estava muito estressada naquele momento.

Uma outra leitura que pode-se fazer é no sentido de que os sintomas de sono manifestados pelo bebê eram um alerta para as dificuldades da mãe, e que estavam representando um sofrimento e desencontro da díade naquele momento. De acordo com Jerusalinsky e Berlinck (2008) o sintoma comparece no corpo como uma resposta ao que acontece no contexto. Nesse sentido, frente à falha materna, umas das formas do bebê reagir é através da manifestação de sintomas psicofuncionais, que sinalizam dificuldades na interação entre pais-bebê (Kreisler, 1978; Brazelton & Cramer, 1992; Winnicott 1956/2000; Winnicott, 1960/1990). Esse processo consiste na manifestação de conflitos e angústias por meio de sintomas corporais já que quando um bebê apresenta um sintoma, que coloca em risco a sua constituição psíquica, o sofrimento aparece em sua organização corporal. No caso identificado, a reação do bebê frente à falha da mãe, foi a manifestação de sintomas no sono

já que devido a imaturidade do seu aparelho psíquico, é o corpo que funciona como via de expressão dos seus conflitos. Portanto, o sintoma psicofuncional pode ser visto como uma resposta do bebê às dificuldades maternas de compreender suas manifestações corporais e interpretá-las, atribuindo sentidos (Silva, 2014; Coelho & Ávila, 2007; Jerusalinski & Berlick, 2008).

Também apareceram dificuldades da mãe em lidar com a dependência do bebê. Pode-se inferir que os sintomas de separação expressados pelo bebê também apontavam para problemas na relação entre ele e a mãe. Entende-se que naquele momento do desenvolvimento o bebê precisava constantemente dos cuidados maternos porque ainda era dependente e por isso a dependência não se configura como um problema nesse estágio do desenvolvimento. Sendo assim, pode-se inferir que a dificuldade de separação era da mãe e não do bebê. Como o bebê é extremamente dependente dos cuidados que recebe, acredita-se que tais problemas tenham sua origem nas trocas interacionais entre pais e bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Marty, 1993; McDougall, 1996; Robert-Tissot et al., 1989).

Debray (1999) esclarece ainda que um sintoma é uma manifestação de uma disfunção da díade está alterando o desenvolvimento psicossomático da criança em um determinado momento. Entende-se, que a existência da sintomatologia precoce da criança, destaca, ainda que de maneira transitória, o sistema parental. Sendo assim, tanto os distúrbios de sono quanto os de separação manifestados pelo bebê podem ser entendidos como sinais de alerta que indicavam problemas na relação da mãe com o bebê.

Ainda com relação aos sintomas do bebê, cabe apontar que um distúrbio de alimentação também foi identificado através da avaliação realizada pelo Symptom CheckList. Contudo, este sintoma não foi referido pela mãe no decorrer da psicoterapia, possivelmente porque os outros sintomas expressados pelo bebê eram mais significativos para essa mãe. Embora o instrumento tenha detectado o sintoma de alimentação como um distúrbio, para essa mãe talvez não fosse considerado um problema relevante. Além disso, outro ponto a ser considerado, é que ainda não há consenso quanto às propriedades psicométricas do instrumento SCL, principalmente no que diz respeito ao ponto de corte e esse dado pode ter influenciado na detecção do sintoma de alimentação.

Outra importante mudança que pode ser observada no caso foi a flexibilização de um ideal materno demasiado exigente. Na quinta sessão a mãe expressou o tipo de mãe que ela julgava ideal referindo-se sobre a “mãe de novela”, colocando em evidência as suas próprias exigências quanto ao papel materno. Ao longo do tratamento, identificou-se que a mãe conseguiu abandonar as expectativas altas que tinha sobre a maternidade. Essa flexibilização

era prevista como um importante objetivo a ser alcançado com a Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo (Clark, 2000). Se anteriormente ela se frustrava por idealizar um tipo de mãe que não conseguia ser, aos poucos ela pode se descobrir como uma mãe suficientemente boa, tal como preconizado por Winnicott (1956/2000), conseguindo se colocar no lugar do filho e atender as necessidades corporais e emocionais dele. Cramer e Palacio-Espasa (1993) apontam que esse é um dos principais efeitos do tratamento, já que essa flexibilização permite que a mãe se redescubra na sua função e que tenha maior prazer na sua relação com o filho.

Cabe refletir acerca do uso do vídeo utilizado como recurso pelas terapeutas na última sessão de psicoterapia. Essa estratégia tem sido utilizada e recomendada por diversos autores (McDonough, Sameroff & Rosenblum, 2004; Cramer et al., 1990, Guedeney & Guedeney, 2010) como técnica em psicoterapia pais-bebês. A intervenção utilizada nessa última sessão mostrou-se importante e válida na medida em que reforçou para a mãe as mudanças que ocorreram ao longo do tratamento na leitura que ela fazia sobre seus sintomas e sobre os do seu filho. Além disso, tornou concreto os aspectos subjetivos que foram trabalhados nas sessões e empoderou a mãe sobre sua melhora, tornando-a mais confiante dos ganhos adquiridos na psicoterapia. Nesse sentido acredita-se que a intervenção proposta mostrou-se terapêutica.

Cabe ainda destacar o papel terapêutico da criança para a melhora do caso. Francisco sempre mostrou-se um bebê muito cativante e sedutor já que se expressava através de trocas constantes com todos os participantes do *setting*. Conforme foi referido acima, os próprios sintomas psicofuncionais que ele manifestava denunciavam o sofrimento e desencontro dele com a mãe. Sobre isso Cramer e Palacio-Espasa (1993) explicam que o bebê desempenha um papel análogo ao psicoterapeuta, atraindo olhares sobre ele através das suas manifestações verbais e não verbais, focalizando e evidenciando os conflitos maternos. Nesse sentido, entende-se que esse bebê funcionou como um mobilizador e um catalizador que favoreceu a elaboração dos conflitos maternos, já que através dele, apresenta-se uma oportunidade de segunda edição, revisada e corrigida da neurose materna, fator que os autores apontam ser um potencial terapêutico real.

Outros fatores foram identificados como importantes para a melhora do caso, como a capacidade da mãe em desenvolver uma aliança terapêutica, sua implicação e motivação frente ao tratamento. Sobre isso, Cordioli e Giglio (2008) explicam que existe um consenso entre fatores comuns que funcionam como agentes de mudanças nas psicoterapias, destacando a relação paciente-terapeuta, que engloba a aliança terapêutica, o vínculo afetivo, a identificação com o terapeuta, o apoio e a catarse. Nesse sentido, acredita-se que foi

estabelecido um vínculo afetivo entre mãe-bebê e terapeutas e que no *setting* foi proporcionado um ambiente de confiança e apoio que propiciou o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, aspectos considerados fundamentais para a mudança, segundo os autores. Além disso, todas as psicoterapias provocam algum grau de mobilização afetiva, permitindo a expressão de afetos, reduzindo resistências, desfazendo defesas, tornando o paciente mais receptivo a mudanças. É esse desbloqueio torna possível a catarse, o que produz um intenso alívio em um curto período de tempo. Tal aspecto também foi identificado no caso, já que as mudanças na relação da mãe com o bebê foram verbalizados pela própria mãe e também observadas pelas terapeutas. A mãe ainda mostrou-se bastante implicada na terapia, sendo assídua e participativa nas sessões, o que os autores também apontam como indispensável, que o paciente reconheça a necessidade de mudança e que faça um esforço pessoal para atingir esse resultado.

Sendo assim, frente a todos os aspectos discutidos, pode-se considerar que o tratamento psicoterápico conjunto entre pais e bebê pode trazer uma melhora significativa tanto nos sintomas do bebê quanto para a depressão pós-parto, como pode ser observado no caso. Além da melhora dos sintomas, outros processos curativos foram instituídos, tais como: a leitura materna sobre os seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê, as modificações das representações que a mãe tinha do filho, onde elementos do mundo interno da mãe foram descontaminados, permitindo que ocorressem modificações nos investimentos sobre o filho e como consequência pode-se verificar modificações nas interações entre a dupla mãe-bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1996).

PARTE 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma geral, identificamos que a intervenção utilizada, a Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo, mostrou-se eficaz para o caso analisado já que nesse estudo houve uma melhora tanto dos sintomas depressivos maternos quanto dos sintomas psicofuncionais do bebê. Apesar de terem sido realizadas adaptações⁴ no modelo preconizado por Clark (2000), esse achado corrobora com o que foi apontado nos estudos anteriores da autora acerca da eficácia

⁴ Sobre as adaptações realizadas no modelo de Clark (2000), foi apresentado um trabalho que discute essas questões no III Encontro Internacional e X Encontro Nacional sobre o Bebê, em 2015 e um artigo sobre o tema está sendo produzido pelo grupo de pesquisa.

do tratamento em grupo (Clark, Tluczek & Wenzel, 2003; Clark, 2000; Clark, 1994). Além disso, estudos anteriores já haviam apontado a melhora da depressão pós-parto (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Cooper, Murray, Wilson & Romaniuk, 2003; Frizzo, 2008; Prado et al., 2009; Silva, Prado & Piccinini, 2007; Stern, 1997; Trad, 1997) e dos sintomas psicofuncionais do bebê (Cramer & Palacio-Espasa, 1993; Pinto, 2004) com a utilização da psicoterapia breve pais-bebê, ainda que não no modelo grupal.

Destaca-se que o principal resultado obtido nesse estudo foi a mudança na leitura da mãe acerca dos seus sintomas depressivos e sobre os sintomas psicofuncionais do bebê que pode ser verificada ao longo das sessões da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Essa mudança propiciou que o relacionamento entre mãe e bebê se tornasse mais harmônico e sadio, permitindo que a partir da intervenção a dupla pudesse seguir o ciclo normal do desenvolvimento.

Sobre a modalidade de tratamento escolhida, reforça-se a importância deste estudo que proporcionou um espaço, a partir da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo, para que as mães pudessem falar e serem ouvidas, buscando alívio dos sintomas e a possibilidade de dar sentido a sua experiência com a maternidade. As sessões de psicoterapia se configuraram com um momento em que as mães puderam se sentir cuidadas e amparadas por terapeutas que estavam embasadas em teorias e técnicas específicas, e que mantiveram uma postura empática, sem julgamentos ou acusações acerca das suas vivências. Além disso, por se tratar de um tratamento em grupo, as mães tiveram a oportunidade de usufruir de trocas e interações com outras mães e bebês, identificando que sua realidade era comum a de outras mulheres, o que tornou o espaço mais continente para que pudessem falar abertamente sobre seus conflitos, ambivalências e dificuldades na relação com o bebê.

Refletiu-se ainda sobre o uso do manual da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo realizado por Clark (2000). Identificou-se como vantajoso a indicação de temáticas focadas na depressão pós-parto e de atividades lúdicas para a mãe e bebê. Conforme proposto pela autora, estas eram definidas por sessão para serem trabalhadas na psicoterapia e isso se mostrou como uma possibilidade para nortear o tratamento. Contudo, reforça-se a importância de que os temas e as tarefas sejam vistas como sugestões e não como propostas a serem seguidas obrigatoriamente já que se identificou a necessidade de fazer algumas adaptações conforme o contexto e população que se apresentaram no momento da pesquisa.

No entanto, cabe assinalar algumas limitações desse estudo. Uma delas consistiu no fato de que apenas uma dupla mãe-bebê participou de todas as sessões da psicoterapia, que foi o caso escolhido para este estudo. Uma mãe desistiu devido ao fim de sua licença maternidade,

comparecendo somente na primeira sessão, outra mãe não se sentiu confortável com a proposta em grupo e compareceu apenas na segunda sessão e outra mãe abandonou a psicoterapia após a oitava sessão referindo que já estava bem. Portanto, houve dificuldade em constituir um grupo com um número mínimo de participantes e de manter a constância das participantes quando estas já estavam no grupo. Pode-se pensar que essa dificuldade se deu devido às características da população atendida, já que mães deprimidas têm dificuldade em identificar seus sintomas de depressão e de forma geral estão desmotivadas, o que pode repercutir na procura e na manutenção de ajuda psicoterapêutica.

Em função disso, cabe refletir sobre como acessar essas mães deprimidas de forma que elas possam buscar a ajuda necessária. Uma questão que deve ser pensada é sobre a forma de divulgação da Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo, já que se identificou que a divulgação virtual não foi suficiente. Uma alternativa seria firmar parcerias mais efetivas com profissionais e serviços de saúde a fim de sensibilizá-los quanto a importância de difundir as implicações da depressão pós-parto. Dessa forma, nas consultas de pré-natal essa temática já poderia ser abordada, o que se acredita que auxiliaria as mães a identificarem mais facilmente seus sintomas depressivos e assim elas poderiam recorrer a auxílio psicológico.

Outra limitação foi que este trabalho não buscou realizar uma análise dinâmica do processo psicoterápico em si, o que envolveria analisar as interações entre terapeuta e pacientes, entre as participantes e ainda nas duplas mãe-bebê. Entende-se que para fazer uma análise das interações isso exigiria realizar uma análise dos vídeos das sessões de psicoterapia e não somente das transcrições. Embora a psicoterapia breve pais-bebê pressuponha a existência de conteúdos não verbais nas trocas interativas entre mãe-bebê, assume-se que tais aspectos não puderam ser analisados nesse trabalho. Nesse sentido, é importante apontar que a análise realizada neste trabalho é apenas uma das possíveis formas de se avaliar as mudanças na leitura materna, assim como as teorias escolhidas para embasar este estudo. Nesse sentido, entende-se que outras compreensões acerca do caso são válidas, bem como outras maneiras de se fazer a análise dos dados. Além disso, ao descrever o caso, tornou-se necessário escolher alguns aspectos para serem relatados e posteriormente analisados e, sendo assim, naturalmente outros foram omitidos. Sabe-se que essa escolha implicou em ganhos e perdas ao trabalho, contudo entende-se que esse processo é inerente à análise qualitativa.

Portanto, sugere-se que futuros estudos possam contemplar as análises que não puderam ser realizadas no presente trabalho, como por exemplo, investigar a leitura materna sob diferentes perspectivas. Sugere-se ainda o desenvolvimento de novas intervenções que possam replicar o modelo utilizado nesse trabalho a fim de sustentar a eficácia e verificar

outras potencialidade e limitações da técnica. Além disso, reforça-se a importância de estudar a relação mãe-bebê, principalmente com um olhar voltado para o conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto e a detecção precoce de problemas na primeira infância. Entende-se que quanto antes ocorrer a identificação desses problemas, aumenta-se a possibilidade de que a intervenção aconteça ainda num momento inicial e assim, pode-se atuar visando benefícios para a saúde mental materna e a prevenção de psicopatologias ao longo do desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS

- Alves-Mazzotti, A.J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36 (129), 637-651. doi: 10.1590/S0100-15742006000300007
- Amorin, P. (2000). Mini Internacional 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
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Azevedo, E. C. & Moreira, M. C. (2012). Psiquismo Fetal: um olhar psicanalítico. *Diaphora*, 12(2), 64-69. Retrieved from <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/73>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. 3.ed. Lisboa: Edições 70.
- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457. doi: 10.1590/S1413-294X2004000300007
- Bion, W. R. (1988). Uma teoria do pensar. In *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1962).
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- 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.
- Breakwell, G.M., Five-Schaw, C., Hammond, S., & Smith, J.A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Bydlowski, M. (2000). *Eu sonho uma criança*. Paris: Éditions Odile Jacob.

- Calil, R. C. C., & Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits & J. A. V. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação* (pp. 173-213). São Paulo: Vetor.
- Camacho, R. S., Cantinelle, F.S. Ribeiro, C.S., Cantilino, A., Gonsales, B.K., Braguittoni, E., & Rennó Jr., J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102. doi: 10.1590/S0101-60832006000200009
- Cantilino, A. Zambaldi, C.F., Sougey, E.B. & Rennó Jr. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 278-284. doi: 10.1590/S0101-60832010000600006
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Moraes, A. B. de. (2014). Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(2), 500-510. doi:10.1590/1982-0216201418812
- Carlesso, J. P. P., Souza, A. P. R., & Souza, A.P.R. (2011). Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 13(6). doi: 10.1590/S1516-18462011005000085.
- Caron, N.A. (2000). Terapias breves das relações pais-bebê. In *A relação pais-bebê: da observação à clínica* (pp. 310-328). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Capitão, C. G., & Carvalho, E. B. (2006). Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. *PSIC –Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(2), 21-29. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- Casetto, S. J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê*, 10(17), 121-142. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Catão, I. (2002). A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In *Novos Olhares sobre a gestação e a criança até os três anos* (pp. 221-231). Brasília: LGE Editora.
- Clark, R. (1994). *Manual for postpartum depression group therapy for mothers and infants: A relational approach*. Madison, WI: Author.
- Clark, R. (2000). Maternal depression and the mother-infant relationship. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 27, 1-4.
- Clark, R., Tluczek, A. & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454. doi: 10.1037/0002-9432.73.4.441
- Coelho, C. L. S., & Ávila, L. A. (2007). Controvérsias sobre a somatização. *Revista Psicologia Clínica*, 34(6), 278-284. doi: 10.1590/S0101-60832007000600004
- Cooper, P.J. & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195. doi: 10.1192/bjp.166.2.191
- Cooper, P.J. Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short and long term effect of psychological treatment of post-partum depression: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419. doi: 10.1192/bjp.182.5.412
- Cordioli, A.V. & Giglio, L. (2008). Como atuam as psicoterapias: os agentes de mudança e as principais estratégias e intervenções psicoterápicas. In *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 42-57). Porto Alegre: Artmed.

- Cramer B. (1985). Psychothérapies du nourrisson. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé, *Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*. Paris: PUF.
- Cramer, B & Stern, D.S. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 20-45. doi: 10.1002 / 1097-0355 (198821) 9: 13.0.CO; 2-E
- Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health*, 14, 283-297. doi: 10.1002/1097-0355(199324)14:4<283::AID-IMHJ2280140404>3.0.CO;2-I
- Cramer, B. & Palacio-Espasa, F. (1993). *Técnicas psicoterápicas mãe-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D.N., Serpa-Rusconi, S., DeMuralt, M., & Besson, G. (1990). Outcome evaluation in brief mother psychotherapy: A brief report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L, & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, 181-188. doi: 10.1590/S0100-72032005000400004
- 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. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00368.x
- Debray, R. (1999). Os princípios das consultas e das terapias dos bebês com distúrbios somáticos. In *Intervenções Psicoterápicas Pais/Bebê* (pp. 57-62). Porto Alegre: Artmed.
- Delassus, J. M. (2003). *Tornar-se mãe: o nascimento de um amor*. São Paulo: Edições Paulinas.

- DSM-IV-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (2002). 4 ed.rev. Porto Alegre: Artmed.
- Edhborg, M., Seimyr, L., Lundh, W & Widström, A.M. (2000). Fussy child - difficult parenthood? Comparisons between families with a 'depressed' mother and non-depressed mother 2 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(3), 225-238. doi: 10.4236/health.2013.52032
- Faivre, F.L; Rossignol, A.S, Rusconi Serpa, S., Knauer, D., Palacio Espasa, F., & Robert-Tissot, C. (2005). Troubles du comportement entre 18 et 36 mois : symptomatologie et psychopathologie associées. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(4), 176–185. doi: 10.1016/j.neurenf.2005.04.001
- Favez, N., Frascarolo, F., Carneiro, C., Montfort, V., Corboz-Warnery, A., & Fivaz-Depeursinge, E. (2006). The Development of the Family Alliance from Pregnancy to Toddlerhood and Children Outcomes at 18 Months. *Infant and Child Development*, 15(1), 59-73. doi: 10.1002/icd.430
- Ferraz, F. C. (2007). A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 66-76. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2007000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Fielda, T., Diegoa, M., Hernandez-Reifc, M., Figueiredo, B., Deedsa, O., Ascencioa, A., Schanberge, S., & Kuh, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*. 33, 23–29. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.004
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.

- 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.
- Frizzo, G.B. & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10, 47-55. doi: 10.1590/S1413-73722005000100007
- 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 & Crítica*, 23(01), 46-55. doi: 10.1590/S0102-79722010000100007
- Frizzo, G.B., Vivian, A., Piccinini, C.A. & Lopes, R.S. (2012). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 569-581. doi 101007/s10826-012-9612-2
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de contato inicial*. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a gestação e o parto*. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre experiência da maternidade*. Instrumento não publicado.
- Golse, B. (2004). O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo (apego, psicanálise e psiquiatria perinatal). In R. O. de Aragão (Ed.), *O bebê, o corpo e a linguagem* (pp. 15-40). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Gomes, A.G., Piccinini, C.A. & Prado, L.C. (2009). Psicoterapia em casos de malformação do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000200003>
- Guedeney, A., & Guedeney, N. (2010) The era of using video for observation and intervention in infant mental health. *Newsletter of the World Association for Infant Mental Health*, 18(02), 1-14. Retrieved from www.waimh.org/files/Signal/Signal_2_2010.pdf

- Guex, M. F., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2014). Early Dyadic Patterns of Mother-Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. *Pediatrics*, *118*(1). doi: 10.1542/peds.2005-1145
- Gutman, L. (2014). *A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos*. Rio de Janeiro: Best Seller.
- Hervé, M. J., Paradis, M., Rattaz, C., Lopez, S., Evrard, V., White-Koning, M., & Maury, M. (2009). Predictors of outcome in infant and toddlers functional or behavioral disorders after a brief parent-infant psychotherapy. *European Child Adolescent Psychiatry*, *18*(2), 737-746. doi: 10.1007/s00787-009-0032-9
- Hervé, M. J., Jaussent, A., Paradis, M., Rattaz, C., Lopez, S., Evrard, V., Picot, M. C., & Maury, M. (2013). Troubles du comportement et troubles fonctionnels du nourrisson: caractéristiques, interactions mère-enfant, alliance et évolution après une psychothérapie brève parent-enfant. Étude pilote. *L'Encéphale*, *39*(1), 29-37. doi: 10.1016/j.encep.2012.02.003
- Hilliard, R.B. (1993). Single case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of consulting and clinical psychology*, *61*(3), 373-380. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.373
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, *41*(4), 210-213. Retrieved from http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3063
- Jerusalinsky, J., & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, *13*(24), 122-131. Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282008000100009
- 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.

- Klein, M. (1982). *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar Kon. (Obra original publicada em 1952).
- Klier, C.M; Muzik, M., Rosenblum, K.L., Lenz G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124-31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330643/>
- Kreisler, L. (1978). *A Criança Psicossomática*. Lisboa: Estampa.
- Kreisler, L.; Fain, M. & Soulé, M. (1974). *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laurent, H.K. & Ablow, J.C. (2013). A face a mother could love: Depression-related maternal neural responses to infant emotion faces. *Social Neuroscience*, 8(3), 228-239. doi: 10.1080/17470919.2012.762039
- Leão, L.C.S. (2012). *Tornar-se mãe de um bebê prematuro na adolescência: uma condição de dupla imaturidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Lebovici, S. (1987). *O Bebê, a Mãe e o Psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leterneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., Hegadoren, K., & Tryphonopoulos, P. (2011). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal–infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 439-459. doi: 10.1002 / dev.20511
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. de A., Vanila, R. G., Silva, R. A. da., & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88-93. doi:10.1590/S0047-20852010000200002
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do Adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Mazet, P. & Stoleru, S. (1990). *Manual de Psicopatologia do Recém-Nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDonough, S. C., Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2004). Interaction Guidance: Promoting and Nurturing the Caregiving Relationship. In *Treating parent-infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90. doi: 10.1159/000287617
- McDougall, J. (1991). *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Miller, L.M. (1997). *Postpartum mood disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Moraes, M.H.C & Crepaldi, M.A. (2011). A clínica da depressão pós-parto. *Advances in Health Psychology*, 19(1-2), 61-67. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v19n1-2p61-67
- Motta, M.G., Lucion, A.B., & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 165-176. doi: 10.1590/S0101-81082005000200007
- 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. doi: 10.1192/bjp.166.5.595
- 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.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp. 334). New York: The Guilford Press.

- O'Hara, M. W.; Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a metaanalysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816
- O'Hara, M.W.; McCabe, J.E (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- Piccinini, C. A. Frizzo, G.A, Brys, I., & Lopes, R.C.S. (2014). Parenthood in the context of maternal depression at the end of the infant's first year of life. *Estudos em psicologia*, 31(2), 203-214. doi: /10.1590/0103-166X2014000200006
- Prado, L. C., Gomes, A. G., Frizzo, G. B., Santos, C. A. dos, Schwenberger, D. D. de S., Lopes, R. S., & Piccinini, C. A. (2009). Psicoterapia breve pais-bebê: revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 1-13. doi: 10.1590/S0101-8108200900040000
- Riecher Rössler, A. & Fallahpour, M.H. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J., Palácio-Espasa, F., Knauer, D., Muralt, M., Berney, C. & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114. doi: 10.1002/SICI1097-0355(199622)17:0297::AID-IMHJ3.0C0;2-Y
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., & Palacio- Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In S. Lebovici. P. Mazet, & J.-P. Visier (Eds.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp.179-186). Paris: Eshel.
- Robila, M. & Krishnakumar, A. (2005). Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *Journal of Family Psychology*, 19, 246-251. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.246

- Rodrigues, O.M.P.R. & Schiavo, R.A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257. doi: 10.1590/S0100-72032011000900006
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E., & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280. doi: 10.1590/S0101-81082007000300006
- Scalco, M.O & Donelli, T.M.S. (2014). Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. *Temas em Psicologia*, 22(1), 55-66. doi: 10.9788/TP2014.1-05
- Schwengber, D.D.S & Piccinini, C.D. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411. doi: 10.1590/S1413-294X2003000300007
- Schwengber, D., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *Psico*, 40(3), 382-391. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/3639/4807>
- Serrano, F. G. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 133-152. Retrieved from <http://www.seypna.com/documentos/articulos/nacer-crianza-ninos-prematuros.pdf>
- 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. R. S. (2007). *Paternidade e depressão pós-parto materna no contexto de uma psicoterapia breve pais-bebê* (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, H. C. (2014). *Indicadores de depressão materna e sintomas psicofuncionais em bebês: uma compreensão psicanalítica*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre.
- Silva, M. R.; Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2013). Parent-Infant Psychotherapy and Postpartum Depression: The Fathers Participation. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 23(55), 207-215. doi: 10.1590/1982-43272355201308
- Silva, M. R & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 5-12. doi: 10.1590/S1413-294X200900010000
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2006). Minding the Baby: Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program. In J. G. Allen, & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons.
- Spitz, R. A. (1958). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stake, R. E. (1978). The case study method in social inquiry. *Educational Researcher*, 7(2), 5-8. Retrieved from: http://education.illinois.edu/circe/publications/1978_Stake.pdf
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. In N. Denzin & Y.Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). London: Sage.
- Stake, R.E. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.

- Stein, M. (2001). Selective affective response to a parent in a 6-month-old infant. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 8-14. doi: 10.1542/peds.2004-1721C
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia /bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Teperman, D. W. (2005). *Clínica Psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tissot, H., Scaiola, C. L., Frascarolo, F., Despland, J. N., Stiefel and, F., & Favez, N. (2013). Family Alliance as a Moderator of the Link Between Maternal Postpartum Depression and Child Symptoms Assessed by Both Parents. *Journal of Family Issues*, 35(11), 1520-1542. doi: 10.1177/0192513x13488522
- Trad, P. (1997). *Psicoterapia breve pais-bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Watillon, A. (1993). La dinámica de las terapias psicoanalíticas de las relaciones paterno-filiales tempranas (pp. 253-263). In *Libro Anual de Psicoanálises IX*. São Paulo: Editora Escuta.
- Wendland, J. (2001). A abordagem clínica das interações pais-bebê: Perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56. doi:10.1590/S0102-79722001000100004
- Winnicott, D. W. (1971). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. W. (1988). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1960).

- Winnicott, D. W. (1994). O medo do colapso. In *Explorações psicanalíticas* (pp. 70-76). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1989).
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1956).
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1987).
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. London: Sage.
- Zlotnick, C.; Johnson, S.L.; Miller, I.W.; Pearlstein, & Howard, M. (2001). Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 638–640. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.638

ANEXO A

TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo I)

Estamos convidando você a participar do estudo “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção” que tem como finalidade investigar a ocorrência e algumas possíveis causas da depressão pós-parto em famílias que tenham o primeiro filho com até um ano de idade. Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a ocorrência ou não de depressão pós-parto nas famílias e formas de como evitá-la.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito de seus dados de identificação pessoal, demográficos, da maternidade e do desenvolvimento do seu bebê. Seus dados de identificação serão confidenciais e reservados, não sendo divulgados na publicação dos resultados, já que servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. As gravações serão utilizadas somente para este estudo, sendo armazenadas pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e, após este período, serão deletadas.

Não são conhecidos riscos aos participantes desta pesquisa, mas poderá haver desconforto ao responder algumas perguntas feitas pelo entrevistador. Os valores gastos em passagens de transportes públicos para deslocamento até o local das entrevistas serão ressarcidos. Neste momento, você pode não ter benefícios diretos desta pesquisa, mas através de sua participação, futuras mães, seus bebês e suas famílias poderão ser beneficiados. Não há remuneração prevista por sua participação.

Você terá a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para sua vida pessoal e para o atendimento prestado a você e ao seu filho. Você receberá informações sobre este projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Giana Bitencourt Frizzo, no Instituto de Psicologia da UFRGS. Caso queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5338 ou 9712-9343.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que pode ser contactado pelo fone 3308-5698 ou e-mail cep-psico@ufrgs.br. Também foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que pode ser contactado pelo fone 3359-7640 ou e-mail cep@hcpa.ufrgs.br ou na sala 2227, 2º andar do HCPA, das 8 às 17 horas. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre também revisou e aprovou esse documento e pode ser contactada pelo fone 3289-5517 ou e-mail cep-sms@sms.prefpoa.com.br das 9-12 e das 14-16h.

Você receberá cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa.

Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo II)

Estamos realizando um estudo denominado “Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção”. O estudo tem por finalidade investigar os efeitos de uma psicoterapia pais-bebê em grupo. Você está sendo convidada a participar deste Estudo II por haver participado do Estudo I e ter apresentado algumas características que serão estudadas no Estudo II. No Estudo II será oferecida a possibilidade de participar de uma Psicoterapia Mãe-Bebê em Grupo. Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito da maternidade, do relacionamento do casal, de sua gestação e do desenvolvimento do seu bebê. Também será feita uma filmagem da interação mãe-bebê e uma avaliação do desenvolvimento de seu filho(a). Após, será iniciada a psicoterapia, que terá duração de 12 encontros de 90 minutos cada e ocorrerá nas dependências do Instituto de Psicologia da UFRGS. As observações, o próprio tratamento (psicoterapia) e o acompanhamento do desenvolvimento do bebê serão gravados em áudio e vídeo.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões sobre a depressão pós-parto e a melhor forma de auxiliar as mães e facilitar o desenvolvimento da criança e do vínculo mãe-bebê. Não são conhecidos riscos aos participantes da pesquisa, mas poderá haver desconforto ao responder algumas perguntas feitas pelo entrevistador, mas esperamos beneficiar você e sua família com a psicoterapia. Os valores gastos em passagens de transportes públicos para deslocamento até o local das entrevistas serão ressarcidos. Não há remuneração prevista por sua participação.

Seus dados de identificação serão confidenciais e reservados, e não serão divulgados na publicação dos resultados, já que servirão apenas para caracterizar o público que está colaborando com a pesquisa. As gravações obtidas serão utilizadas somente para este estudo, sendo armazenadas pela coordenadora da pesquisa durante 5 (cinco) anos e, após este período, serão deletadas.

Você terá a liberdade de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para sua vida pessoal e para o atendimento prestado a você e ao seu filho. Você receberá informações sobre este projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e, em caso de dúvida ou novas perguntas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Profa. Dra. Giana Bitencourt Frizzo, no Instituto de Psicologia da UFRGS. Caso queira contatar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone 3308-5338 ou 9712-9343.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que pode ser contactado pelo fone 3308-5698 ou e-mail cep-psico@ufrgs.br. Também foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que pode ser contactado pelo fone 3359-7640 ou e-mail cep@hcpa.ufrgs.br ou na sala 2227, 2º andar do HCPA, das 8 às 17 horas. O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre também revisou e aprovou esse documento e pode ser contactada pelo fone 3289-5517 ou e-mail cep-sms@sms.prefpoa.com.br das 9-12 e das 14-16h.

Você receberá cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a equipe de pesquisa. Porto Alegre, ____, de _____ de 20__.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

ANEXO B

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 C

FICHA DE CONTATO INICIAL

(Adaptado de GIDEP/NUDIF, 2003)

Data do contato: ____ / ____ / 201__

Preenchido por: _____

Nome da mãe: _____

Idade da mãe: _____ anos (mães adolescentes não serão incluídas nesse momento)

Nome do bebê: _____

Sexo do bebê: () menina () menino Idade do bebê: ____ meses

Data de nascimento do bebê: ____ / ____ / ____ (somente participarão bebês de 6 a 12 meses, se bebê não completou idade ainda, pode participar quando completar. Se passou da idade agradecer e dizer que nesse momento iremos priorizar bebês de 6-12 meses)

Ele nasceu dentro do tempo esperado? () sim () não. Quantas semanas: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone residencial: () _____ Telefone celular: () _____

Telefone de contato: () _____ Telefone recados: () _____

E-mail: _____

Disponibilidade de horários para pesquisa (dia da semana/fim de semana e horário/turno melhor – pegar 2 ou 3 alternativas preferencialmente):

Como soube da pesquisa? _____

Nesse momento estamos priorizando casos em que o bebê não tenha maiores problemas de saúde, então gostaria de te perguntar se teu bebê tem:

() síndrome de down () alguma outra síndrome () alguma malformação

() problemas cardíacos () problema neurológico

() atraso no desenvolvimento diagnosticado pelo médico ou outro profissional

(Caso bebê tenha algum dos problemas acima, explicar para mãe que nesse momento esses casos não serão incluídos na pesquisa)

Caso puder participar, agradecer o interesse e a disponibilidade e dizer que vai combinar com a equipe o melhor horário para o encontro e retornar a ligação nos próximos dias.

ANEXO D
MINI PLUS

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	Recurrent 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 HIPOMANÍACO	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 HIPOMANÍACO 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 HIPOMANÍACO 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
	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	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
M TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
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 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

Patricia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 n° 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)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO 'M' (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral		
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 **A3c** É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e **A3a** É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Assinale tudo que se aplica

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

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

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

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

→
NÃO SIM 30

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

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

CRONOLOGIA

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

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
<p>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).</p> <p>SE D1a = SIM:</p>					
	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
<p>SE D2a = SIM:</p>					
	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 :

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

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>				
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10		
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11		
D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?		NÃO	SIM	→ NÃO	SIM			
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.								
SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.								
D4	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim							
<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>								
D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM	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 HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM** OU **INCERTO**
E **D5 = NÃO**, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM** OU **INCERTO**
E **D5 = SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = NÃO**
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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)? Alguna vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
	c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
	d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
	e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
	f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
	g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

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

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

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

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA 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”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

Assinalar

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

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


L2	<p>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:</p> <p>a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?</p> <p>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).</p> <p>c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?</p>	NÃO	SIM	1
		NÃO	SIM	2
		NÃO	SIM	3

- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS 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? NÃO SIM 9
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS).
- 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 SUSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

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

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

		COLUNA A Resposta do(a) entrevistado(a)			COLUNA B Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
		NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	BIZARRO SIM	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?		NÃO	SIM	SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?		NÃO	SIM	SIM	3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.		NÃO	SIM	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?		NÃO	SIM	SIM	7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?		NÃO	SIM →M6	SIM →M6	8
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. 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?	NÃO	SIM	SIM	SIM	11
		COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?					
	b	SE SIM : Ouvia essas coisas/vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
		COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIU VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.					
M7	a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	SIM		13
		COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.					
	b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM	SIM		14
JULGAMENTO DO CLÍNICO							
M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b?			NÃO	SIM	
		SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.					

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

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

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

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM 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	<i>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).</i>																		
		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																
d	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA??	NÃO	SIM	INCERTO															
	SE M12d = NÃO:	COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE																	
	SE M12d = SIM:	COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
	SE M12d = INCERTO:	COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
M13a																			
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?																		
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:																		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRANITORNO 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	TRANITORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>		
NÃO	SIM	22																	
TRANITORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
M13b																			
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?																		
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:																		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																		
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRANITORNO 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	TRANITORNO PSICÓTICO induzido por substância			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>		
NÃO	SIM	23																	
TRANITORNO PSICÓTICO induzido por substância																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	_____		24															
M15 a	Durante ou depois desse (de um deseos) 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? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.	_____		26															
c	Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experjências, 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 PSQUIÁTRICO (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 MARCANTES DE VIDA E COTAR M20 A M23 EM FUNÇÃO.

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

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), ASSINALAR 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	Destruíu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Machucou animais ou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6
				➔
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM Q1?				NÃO SIM

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

Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

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

R6 Esses problemas foram investigados pelo seu médico? NÃO SIM32

R7 Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? 33
 Não Sim

R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM

R8 Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença? NÃO SIM 34

R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM? NÃO SIM

R9 Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO)? NÃO SIM 35

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	SIM ³⁶
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO 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 ADIACINAIS 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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

Episódio Único/F32.x

296.20/F32.9	inespecificado
296.21/F32.0	leve
296.22/F32.1	moderado
296.23/F32.2	severo sem aspectos psicóticos
296.24/F32.3	severo com aspectos psicóticos
296.25/F32.4	em remissão parcial
296.26/F32.4	em remissão completa

Episódio Recorrente/F33.x

296.30/F33.9	inespecificado
296.31/F33.0	leve
296.32/F33.1	moderado
296.33/F33.2	severo sem aspectos psicóticos
296.34/F33.3	severo com aspectos psicóticos
296.35/F33.4	em remissão parcial
296.36/F33.4	em remissão completa

Transtorno Distímico

300.4/F34.1

Mania

Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x

296.00	inespecificado
296.01/F30.1	leve
296.02/F30.1	moderado
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos
296.05/F30.8	em remissão parcial
296.06/F30.8	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x

296.40/F31.0	Hipomaníaco
296.40	inespecificado
296.41/F31.1	leve
296.42/F31.1	moderado
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos
296.45/F31.7	em remissão parcial
296.46/F31.7	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x

296.50	inespecificado
296.51/F31.3	leve
296.52/F31.3	moderado
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos
296.55/F31.7	em remissão parcial
296.56/F31.7	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x

296.60	inespecificado
296.61/F31.3	leve
296.62/F31.3	moderado
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos
296.65/F31.7	em remissão parcial
296.66/F31.7	em remissão completa
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE
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
---------------	--------------------------------------

Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de Substâncias

303.90/F10.2x	Dependência do Álcool
305.00/F10.1	Abuso do Álcool
305.20/F12.1	Abuso de Cannabis
305.30/F16.1	Abuso de alucinógenos
305.40/F13.1	Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
305.50/F11.1	Abuso de opióides
305.60/F14.1	Abuso de cocaína
305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
305.90/F15.00	Intoxicação por cafeína
305.90/F18.1	Abuso de inalantes
305.90/	Abuso de outras substâncias
F19.00-F19.1	Abuso
305.90/F19.1	Abuso de Fenciclidina

Transtornos Psicóticos

295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Disorganizado
295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
297.10/F22.0	Transtorno Delirante
297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE

Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

Transtornos Somatoformes

300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
300.70/F45.2	Hipocondria
300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal

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	" "	
U Transtorno Doloroso	" "	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr. Psicótico, Dispareunia
V Transtorno da Conduta	" "	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e com TDAH
W Tr. de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH)	" "	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da Conduta
X Transtorno de Ajustamento	" "	Qualquer transtorno do eixo I
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual	" "	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um Transtorno de Personalidade
Z Tr. Misto de Ansiedade e Depressão	" "	Qualquer outro transtorno psiquiátrico

REFERÊNCIAS

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

Translations

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

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

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
O. Osman, E. Al-Radi
Em preparação
H. Banerjee, A. Banerjee
L.G.. Hranov
Em preparação
P. Zvlosky
L. Carroll, K-d Juang
Em preparação
Em preparação
P. Bech, T. Schütze
M. Kocmur
L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
T. Calligas, S. Beratis
M. Patel, B. Patel
R. Barda, I. Levinson
C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
E. Griez, K. Shruers, T. Overbeck, K. Demyttenaere
I. Bitter, J. Balaz
D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan,
M. Sheehan
J.G. Stefansson
L. Conti, A. Rossi, P. Donda

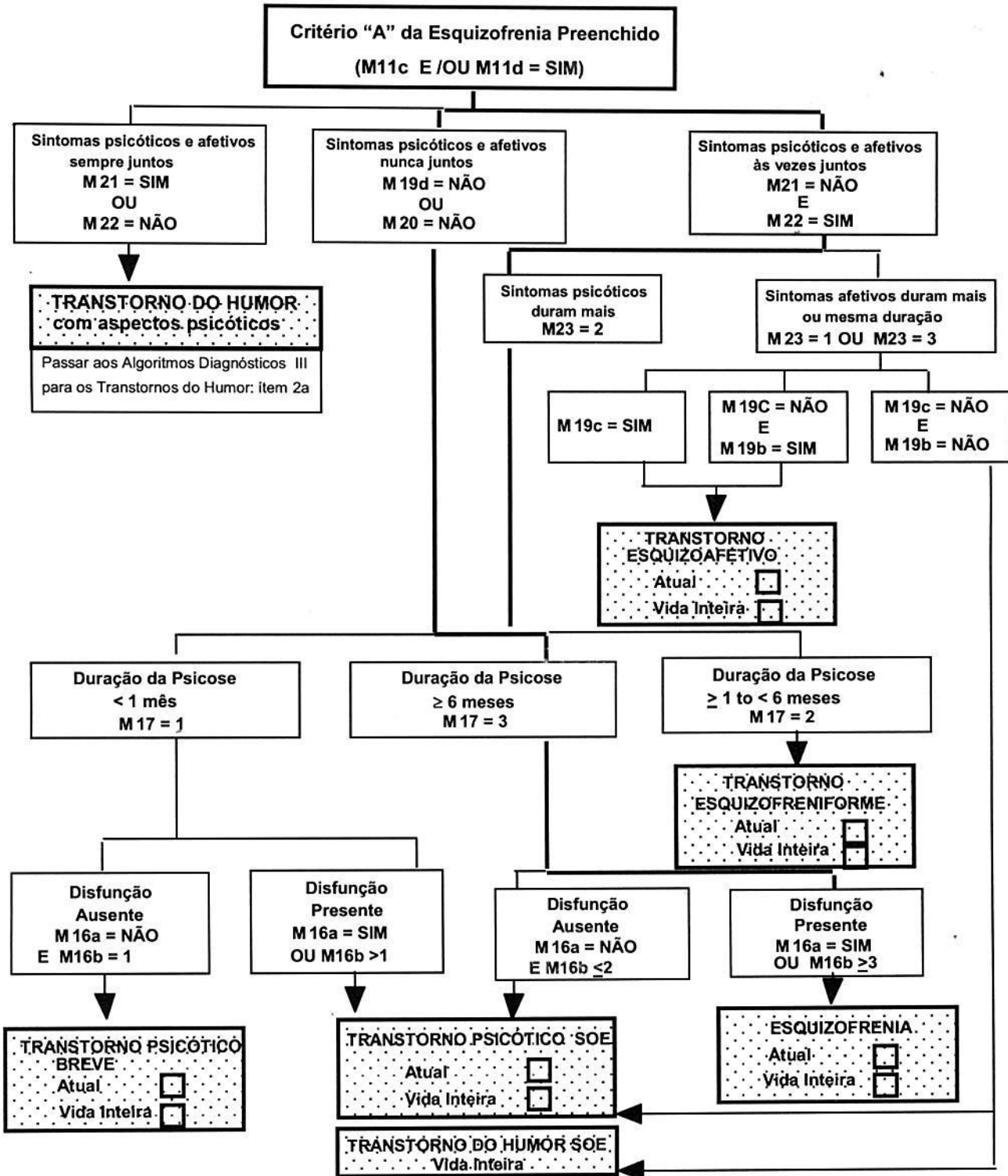
T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima,
J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
V. Janavs, J. Janavs
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
M. Masiak, E. Jasiak
P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
P. Amorim
A. Gahunia, S. Gambhir
O. Driga
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
I. Timotijevic
K. Ketlogetswe
C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
T. Örnek, A. Keskiner
A. Taj, S. Gambhir

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

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

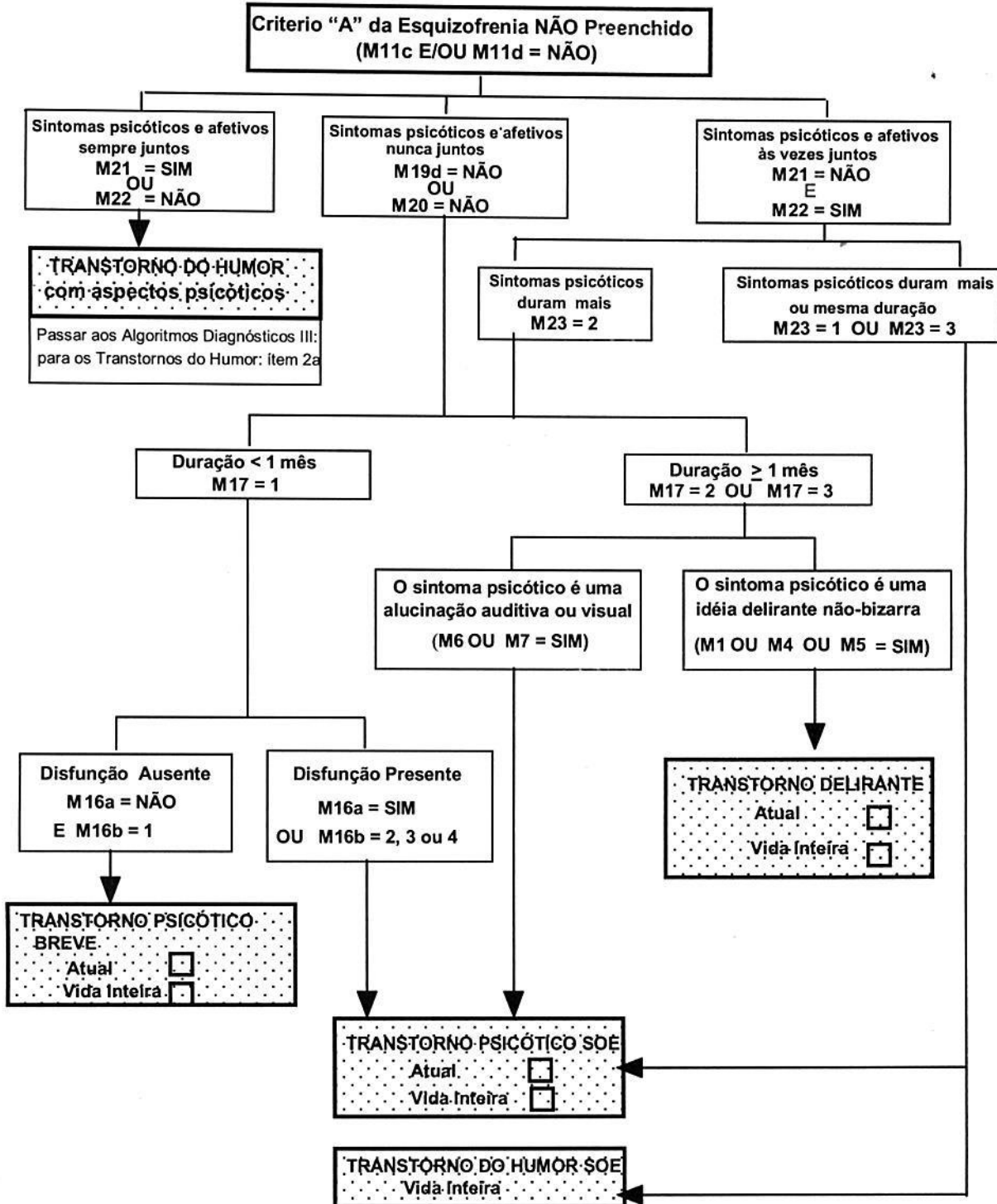
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



ANEXO

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

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

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

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

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

ANEXO E**EPDS**

(Santos et al.,2004)

Participante: _____

Data: __/__/____

Caso: _____

Entrevistador(a):

-

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 F

OBS: Antes de a 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): _____

INVENTÁRIO DE SINTOMAS-“SYMPTOM CHECK-LIST”

(Robert Tissot et al., 1989)

Avaliação dos Distúrbios Psicofuncionais da Primeira Infância⁵

SONO

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

1	2	3	4	5
Com variação de menos de 15min		Com variação de menos de uma hora		Com variação de mais de uma hora

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Quase que imediatamente	Em menos de 15 minutos aproximadamente	Em menos de 30 minutos aproximadamente	Em menos de uma hora aproximadamente	Em mais de uma hora aproximadamente

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

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

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

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

3. *(Se a criança tem dificuldades para dormir)* Por que você acha que seu(sua) filho(a) tem dificuldades para dormir?

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

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

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

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

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

5. b) Como se manifesta este medo?

5. c) Quando começaram os medos?

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

6. a) Como aconteceu?

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

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

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dar chupeta | <input type="checkbox"/> Levar para a cama dos pais |
| <input type="checkbox"/> Embalar | <input type="checkbox"/> Falar em um tom bravo |
| <input type="checkbox"/> Murmurar gentilmente | <input type="checkbox"/> Brincar |
| <input type="checkbox"/> Dar mamadeira/ seio | <input type="checkbox"/> Bater |
| <input type="checkbox"/> Cantar | <input type="checkbox"/> Acariciar |
| <input type="checkbox"/> Não fazer nada e esperar | Outro:
<input type="checkbox"/> _____ |

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

1	2	3	4	5
Todas as noites ou quase todas		Noite sim, noite não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Quase que imediatamente	Em menos de 15 minutos, aproximadamente	Em menos de 30 minutos, aproximadamente	Em menos de 1 hora, aproximadamente	Em mais de 1 hora, aproximadamente

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

1	2	3	4	5
Todas os dias ou quase todos		Dia sim, dia não		Nunca ou raramente

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

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

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

QUESTÃO PARA O

1 *. Avaliação do sistema mãe-criança com (completar com base nas respostas às questões) 4, 9, 10, 11

Variações dentro da normalidade	Tensões importantes, com certa desarmônica na regulação da atividade	Sistema claramente disfuncional
---------------------------------	--	---------------------------------

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

EM CASA	1	2	3	4	5
	Todos os dias		Dia sim, dia não		Nunca ou raramente

NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5
	Todos os dias		Dia sim, dia não		Nunca ou raramente

13. a) Se seu(sua) filho(a) fez “soninho” durante o dia, quanto tempo durou em média?

EM CASA	1	2	3	4	5
	Aproximadamente meia hora		Menos de uma hora		Mais de uma hora
NA CRECHE / NO BERÇÁRIO	1	2	3	4	5
	Aproximadamente meia hora		Menos de uma hora		Mais de uma hora

13. b) (Se não) Há quanto tempo seu(sua) filho(a) não faz mais um soninho?

14. Em que lugar da casa seu(sua) filho(a) dormiu à noite no último mês?

Em um quarto com o irmão ou irmã	No quarto dos pais	Na sala	Em seu próprio quarto	Na cozinha	No hall

15. Quando vocês não estão em casa (nas férias, visitas), seu(sua) filho(a) vai dormir e dorme como em casa? () Sim () Não

15. a) (Se este não é o caso) Como acontece?

16. Indique os períodos (noite e dia) durante os quais seu(sua) filho(a) dormiu habitualmente no

último mês manhã | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | noite

6 9 12 15 18 21 24 3 6

No caso de distúrbios de sono:

17. Há quanto tempo seu(sua) filho(a) tem problemas de sono?

17. a) Como os problemas de sono começaram?

17. b) Estes problemas são maiores em determinados dias da semana?

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

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Não suficiente

ALIMENTAÇÃO

19. a) Seu filho já está comendo outros alimentos além do leite?

() não () sim. Quais? () suco () chá () fruta () sopinha ()

outro. _____

19. b) (Se apenas leite) O que ele mama? () leite materno () leite materno e mamadeira () mamadeira

19. No último mês, seu(sua) filho(a) comeu?

Bem	Mais ou menos	Pouco

20. Indique os horários que seu(sua) filho(a) foi habitualmente alimentado no último mês.

manhã |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| noite
 6 9 12 15 18 21 24 3 6

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

05 a 30 minutos	30 a 60 minutos	Menos de 05 ou mais de 60 min

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

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

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

Frequentemente	Às vezes	Nunca

23. b) Em quais circunstâncias isto ocorre?

--	--	--	--	--	--	--	--

Quando ele(a) chora	Quando ele(a) está cansado(a) ou enjoado	Para distraí-lo(a) de algo	Durante a refeição da família	Para que não fique incomodado(a)	Como recompensa	Como brincadeira	Outros. Descreva: _____
---------------------	--	----------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-----------------	------------------	----------------------------

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

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

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

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

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

Segurando sua mamadeira	Bebendo na xícara ou no copo	Levando a colher cheia à boca	Comendo sozinho com uma colher	Comendo com as mãos

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

29. Este ritual para comer ocorre:

Em todas as refeições, senão a criança não come	Apenas na refeição principal	De tempos em tempos, como brincadeira

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

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

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

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

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

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

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

33. a) RECUSA A LÍQUIDOS

1	2	3	4	5
Em todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, refeição não		Nunca ou raramente

33. b) RECUSA A SÓLIDOS

1	2	3	4	5
Em todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, refeição não		Nunca ou raramente

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

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

- () Faço muitas pausas durante a refeição () Deixo-o(a) só em sua cadeira com o prato até que tenha terminado
- () Tento distraí-lo(a) e alimentá-lo(a) brincando () Reprendo-o(a) severamente
- () Forço-o(a) de tempos em tempos a abrir a boca () Prometo-lhe uma pequena recompensa
- () Pego(a) de surpresa () Aviso(a) que será punido(a)
- () Peço a uma outra pessoa (pai, irmão, irmã, etc...) para alimentá-lo(a) () Outro: _____

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

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

Um momento agradável	Um momento difícil	Um momento como outros

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

QUESTÃO PARA O AVALIADOR:

35*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação à alimentação (complete com base nas respostas às questões 19, 21, 28, 33, 34 e 35) +29 (sugestão da tradutora)

Variações dentro da normalidade	Tensões importantes, com certa desarmonia na regulação da atividade	Sistema claramente disfuncional

36. Seu(sua) filho(a) coloca “coisas” (não comestíveis) na boca?⁶ () Não () Sim. Quais?

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

No caso de distúrbios alimentares⁷:

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

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

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Não suficiente

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

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

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Uma semana ou mais Nunca ou raramente

Informações gerais

47. Peso ao nascimento: _____ kg

48. Peso atual: _____ kg

49. Estatura ao nascimento: _____

50. Estatura atual: _____

cm

51. O peso é verificado regularmente?⁹ () Sim () Não

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

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

DIGESTÃO

54. Seu(sua) filho(a) tem dor de barriga antes ou depois da refeição?

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

1	2	3	4	5
Todas as refeições ou quase todas		Refeição sim, outra não		Nunca ou raramente

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

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

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

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

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

RESPIRAÇÃO

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

1	2	3	4	5
Frequentemente		De tempos em tempos		Nunca ou quase nunca

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

- Qual o problema respiratório que seu(sua) filho(a) tem¹⁰? () asma () bronquite () otite () faringite () laringite () sinusite () rinite

- Desde quando ele tem esse problema?
 - É necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?¹¹

60. Estas crises de asma/problemas respiratórios são:

1	2	3	4	5
Muito intensas		De intensidade média		Pouco intensas

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

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

Tratamento hospitalar	Tratamento médico em casa	Outro tratamento em casa	Sem tratamento

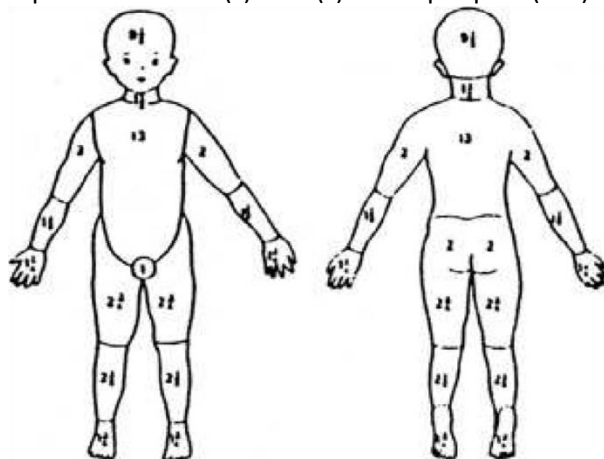
63. Seu(sua) filho(a) tem crises nas quais fica sem ar e/ou muda de cor e/ou perde a consciência?

1	2	3	4	5
Frequentemente		De tempos em tempos		Nunca ou quase nunca

PELE

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

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



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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¹⁰ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

¹¹ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

1-2 dias		Aproximadamente uma semana.		Crônica
----------	--	-----------------------------	--	---------

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

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

1	2	3	4	5
Sem medicamento		Medicamento simples		Cortisona, antibiótico

ALERGIAS

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

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

69. a) Alimentos

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69. b) Respiratória

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69. c) Cutânea/de pele

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

69.d) Outras:

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS

70. Quantas vezes ao longo do último mês você consultou um médico pelas razões? E que tipo de tratamento foi necessário?

	Número de Consultas	Tratamento sem medicação	Tratamento com medicação	Hospitalização	Regime alimentar	Outro
Sono						
Alimentação						

Digestão						
Asma						
Pele						
Alergias						
Controle de rotina						
Acidentes						
Doenças benignas						
Doenças sem diagnóstico						

COMPORTAMENTO

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

71. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

71. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

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

Ao longo das últimas quatro semanas seu(sua) filho(a) apresentou estas atitudes?

74. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

74. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

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

75. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

75. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

75. Nas últimas quatro semanas seu(sua) filho(a) apresentou comportamento agressivo?

- Com você ou a sua família?
- Com outras crianças?

76. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

76. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Leve

*No caso de distúrbios de comportamento:*⁸

- Desde quando seu(sua) filho(a) tem problemas de comportamento?
- Como é que os problemas de comportamento começaram?
- Estes problemas de comportamento são maiores em determinados dias da semana?

⁸

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?⁹

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Insuficiente

MEDOS/TIMIDEZ

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

Do escuro	De certos animais	De máquinas	De barulhos súbitos	De pessoas estranhas	De situações novas	Outro. Descreva: _____

77. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

77. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

78. a) Quando?

Manifestação?

_____ Intervenção?

78. b) Quando?

Manifestação?

_____ Intervenção?

78. c) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

QUESTÃO PARA O AVALIADOR:

79. Fobia com evitação sistemática da situação? *(Avaliação a partir das respostas à questão 77)* () Sim () Não

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

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

9

80. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

sEPARAÇÃO

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

81. a) Frequência

1	2	3	4	5
Muito	Frequentemente	De tempos em tempos	Raramente	Nunca ou quase nunca

81. b) Intensidade

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

Com relação a estas dificuldades, você considera que o pai da criança lhe dá apoio?¹⁰

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Insuficiente

MUDANÇAS

82a. Nos últimos meses houve mudanças importantes com relação às pessoas que cuidam da criança, seu plano de vida (mudança de casa, de quarto, de cama) e/ou seus horários (por ex.: horário de sono, de alimentação)?

1	2	3	4	5
Numerosas mudanças		Algumas mudanças		Nenhuma mudança

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

	Mudanças	Observações
Dar o café da manhã		
Dar o almoço		
Dar o lanche		
Dar a janta		
Colocar na cama		
Acordar e tirar da cama		

Ver quando acorda		
Dar banho		
Vestir		
Despir		
Ler contos		
Brincar		
Passear		

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

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

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

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

APOIO SOCIAL¹²

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

	Nunca ou raramente		Algumas vezes		Sempre ou frequentemente
a) O pai da criança/seu cônjuge	1	2	3	4	5
b) A sua família	1	2	3	4	5
c) Os seus amigos	1	2	3	4	5
d) Outros (especifique)	1	2	3	4	5

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

¹² Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

1	2	3	4	5
Suficiente		Mais ou menos		Não suficiente

EVENTOS ESTRESSANTES¹³

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

Perda do emprego	Problemas de moradia	Problemas financeiros	Doença grave	Óbito	Problemas de alcoolismo	Problemas com drogas	Outro. Descreva: _____

REPERCUSSÕES¹⁴

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

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

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

1	2	3	4	5
Forte		Média		Fraca

¹³ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹⁴ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

ANEXO G

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?

III. 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 H

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE (GIDEP/NUDIF - 2003)

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?

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?

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).

ANEXO I DESCRIÇÃO DAS SESSÕES DE PSICOTERAPIA

Sessão 1

Objetivo: Explicar o funcionamento e metodologia do grupo e começar o estabelecimento de um vínculo com as mães, conhecendo suas histórias, incluindo o bebê.

Temas trabalhados na sessão: Foram dadas explicações referentes a proposta dessa experiência de grupo com outras mães junto com seus bebês, a equipe de atendimento se apresentou e orientou que a proposta da sessão era de conhecer as participantes. As mães foram encorajadas a se apresentarem e foi solicitado que também apresentassem seu bebê, fornecendo alguma característica da criança. Foram trabalhadas as expectativas das mães quanto ao atendimento e a história da díade mãe-bebê. Também foi feita uma acolhida de questões diversas trazidas pelas mães, em especial, ligadas às angústias da maternidade de não sentir-se bem para exercer esse papel.

Atividade desenvolvida na sessão: Foi realizada a aplicação do instrumento BDI para avaliar o nível de depressão pós-parto.

Sessão 2

Objetivo: Oportunizar que as mães pudessem expressar os sentimentos que tem com seus bebês a partir do que cada um demanda e auxiliar as mães a identificarem os estados do bebê e se sintonizarem com eles.

Temas trabalhados na sessão: Foram retomadas explicações sobre o funcionamento do grupo e proporcionou-se um espaço para a apresentação das novas mães participantes que passaram a integrar grupo nessa sessão. Foi feita uma investigação inicial sobre os sintomas psicofuncionais dos bebês e sobre a experiência dos primeiros momentos após o parto, incluindo a experiência com as figuras de apoio. Foi explorado como o choro repercute nos sentimentos maternos e como as mães conseguem lidar com a não identificação das necessidades dos bebês. Foram trabalhadas as expectativas maternas em relação a como esperavam que seriam seus bebês e a ajuda de figuras de referências.

Atividade desenvolvida na sessão: Atividade com balões. Foram disponibilizados balões vazios para as mães. Elas foram encorajadas a oferecer o balão enchido por elas a seus bebês e brincarem com eles. As terapeutas auxiliaram a traduzir sentimentos da criança frente a

proposta de interação, exploração do ambiente e do novo objeto. Também foi estimulada a interação entre os bebês. Em meio a atividade, foi também investigada a rotina das díades e as estratégias das mães com relação a possíveis dificuldades vivenciadas com o bebê, como a hora do sono e a estratégia de cantar.

Sessão 3

Objetivo: Desconstruir um modelo de maternidade ideal, possibilitar que as mães pudessem falar de situações angustiantes e difíceis inerentes à maternidade e normalizar a gama de sentimentos ambivalentes e conflitantes na relação com o bebê.

Temas trabalhados na sessão: Foi feita uma reavaliação da modalidade de atendimento em grupo em função da desistência de algumas mães. As mães que permaneceram tiveram a oportunidade de se expressar sobre como estavam se sentindo na psicoterapia. Foram explorados os sentimentos maternos e suas vivências familiares, entendendo como essas foram significadas pelas mães. Foi investigada a rede de apoio e as expectativas que as mães tinham, no sentido de quem as ajudaria e as expectativas construídas em torno do bebê. Foram também exploradas as demonstrações de afeto e as estratégias de como lidar com o bebê, mesmo nos dias mais difíceis.

Atividade desenvolvida na sessão: Não houve. Em função de um dos bebês estar dormindo, optou-se pela não realização da atividade.

Sessão 4

Objetivo: Explorar o entendimento das mães com relação a depressão pós-parto e os sintomas por elas sentidos, identificar estratégias utilizadas por elas quando estão mais deprimidas e ansiosas e tem que lidar com os cuidados do bebê.

Temas trabalhados na sessão: Foi proporcionado um espaço livre para que as mães pudessem falar sobre suas questões referentes à maternidade. Iniciou-se a exploração do tema depressão pós-parto. Investigou-se o que as mães sabiam sobre tal transtorno e quais sintomas as mesmas passaram e/ou estavam vivenciando. Também foi desconstruída as expectativas das mães quanto a ficar em casa e conseguir dar conta das atividades domésticas e cuidados do bebê. Foi explorado como é cuidar de um bebê nos momentos difíceis e quando a

sintomatologia parece estar mais intensa. O histórico de depressão pós-parto familiar também foi investigado para melhor compreender o contexto em que as mães estão inseridas e o possível esclarecimento dos familiares.

Atividade desenvolvida na sessão: Imagem de uma experiência da depressão pós-parto. As mães foram incentivadas a desenharem como é a sua experiência com depressão pós-parto.

Sessão 5

Objetivo: Investigar as experiências de cuidado a partir das vivências das mães e possibilitar que elas pudessem refletir sobre como cuidam de si mesmas e dos bebês.

Temas trabalhados na sessão: Foi realizada uma exploração do tema a fim de investigar o que cada mãe entende por cuidado. A partir de tal questão, foram exploradas as referências de cuidado maternas, através de suas vivências reais e do que as mesmas entendem como elemento faltante nessas relações.

Atividade desenvolvida na sessão: Foram disponibilizadas bonecas e solicitado que cada mãe escolhesse uma. Orientou-se que elas pudessem segurá-las da forma como gostariam de ter sido seguradas quando pequenas e também o que gostariam de ter ouvido. Foi incentivada a comunicação das mães com suas figuras de apoio, trazendo à tona a depressão e a sua relação com a dificuldade de solicitar ajuda. Foi explorado também o cuidado que as mães têm consigo próprias.

Sessão 6

Objetivo: Identificar características de dependência e independência em si própria e no bebê

Temas trabalhados na sessão: As mães foram auxiliadas a reconhecer as expressões dos bebês, tanto de dependência quanto de autonomia e se sentirem confortáveis com elas. As mães a foram estimuladas a interpretar e responder as necessidades dos bebês de ser tanto dependente quanto independente em diferentes momentos.

Atividade desenvolvida na sessão: Não houve.

Sessão 7: sessão com familiar convidado

Objetivo: Fornecer uma oportunidade para que os membros da família compartilhassem sua experiência de depressão uns com os outros, reduzir sentimentos de isolamento, aumentar sentimentos de suporte, além de fornecer um espaço de escuta livre para que as participantes possam falar abertamente sobre suas dificuldades.

Temas trabalhados na sessão: Foi explicado o funcionamento da psicoterapia mãe-bebê em grupo, esclarecido e desmistificado o diagnóstico de depressão pós-parto, discutido como a depressão de um membro da família afeta a família toda, bem como o indivíduo a vivência, foi estimulada a comunicação na família, identificado quem presta suporte para as mães e bebês na família, os membros da família foram encorajados a fornecer suporte emocional às mães, particularmente no relacionamento delas com seus bebês e foram discutidas as expectativas sobre a maternidade

Atividade desenvolvida na sessão: Foi solicitado que as famílias desenhassem suas próprias mãos e depois a mão de seu bebê no papel. Acima das mãos, foi pedido eles escrevessem ao menos um desejo ou promessa para sua família e compartilhassem este desejo com o grupo. O objetivo dessa atividade foi conectar pai, mãe e bebê, dar apoio e engajá-los em uma discussão sobre como eles podem trabalhar juntos para estabelecer metas para relacionamentos saudáveis em sua família.

Sessão 8: a partir dessa sessão apenas uma dupla mãe-bebê seguiu em atendimento

Objetivo: Promover segurança, proteção e saúde, identificar meios de satisfazer as necessidades das mães e dos filhos

Temas trabalhados na sessão: Foi realizado um resgate dos aspectos trabalhados na sessão anterior, a fim de proporcionar um espaço para que as mães compartilhassem como foi a experiência de ter uma familiar no grupo. Também foi trabalhada a melhora do relacionamento familiar, melhora da comunicação entre o casal, melhora da depressão pós-parto, melhora da interação entre mãe-bebê e fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê,

Atividade desenvolvida na sessão: Não houve.

Sessão 9

Objetivo: Ajudar a estruturar as experiências bem sucedidas das mães com seus bebês, aumentar os sentimentos de auto-estima e competência no papel parental das mães.

Temas trabalhados na sessão: Foi trabalhada a melhora da depressão pós-parto, a melhora da interação entre mãe-bebê, a melhora da comunicação entre o casal e proporcionado um auxílio na descoberta de novas formas de cuidado e disponibilidade emocional. Também foram trabalhados os sentimentos maternos frente ao término da psicoterapia mãe-bebê e fortalecimento das competências materna.

Atividade desenvolvida na sessão: Não houve.

Sessão 10

Objetivo: Expandir a percepção e capacidade da mãe de manutenção da individualidade dela mesma e do bebê dentro de um relacionamento mutuamente satisfatório e aumentar a consciência de cada mãe de suas características únicas próprias e aquelas de seus bebês.

Temas trabalhados na sessão: A mãe foi auxiliada a reconhecer e apreciar seu bebê como um indivíduo separado e único. Foi trabalhada a importância da mãe em reconhecer sua disponibilidade emocional e o fornecimento de uma base segura onde os bebês podem explorar enquanto crescem. Foi reforçada a importância de contar com o apoio familiar, aspectos do relacionamento conjugal foram trabalhados, além de um auxílio sobre como dar conta da autonomia do bebê. Também foram trabalhados os sentimentos maternos frente ao término da psicoterapia mãe-bebê e o fortalecimento das competências maternas para cuidar do bebê.

Atividade desenvolvida na sessão: Técnica do espelho. As terapeutas solicitaram que mãe e filho se posicionassem na frente do espelho de modo que ambos pudessem ver os rostos um do outro no espelho. A mãe foi encorajada a conversar com o reflexo de seu bebê, notando suas reações afetivas, espelhando esses estados emocionais, e notando os modos como as expressões de ambos afetam um ao outro. As terapeutas estimularam a mãe a descrever o que viam a fim de proporcionar uma reflexão e estimular a interação da dupla.

Sessão 11

Objetivo: Trabalhar prevenindo a recorrência da depressão, abordar as necessidades das mães e dos bebês agora e no futuro, reforçar a melhora dos sintomas da mãe e do bebê e fortalecer a mãe quanto aos cuidados do bebê.

Temas trabalhados na sessão: Nessa sessão foi realizada um escuta livre com foco nas necessidades da mãe e no desenvolvimento do bebê (autonomia). Foi verificada uma melhora no relacionamento conjugal e na interação mãe-bebê. Foram explorados os fatores que podem aumentar ou diminuir a probabilidade de depressão no futuro, foram trabalhadas as necessidades específicas, atuais e em evolução de cada criança, a mãe foi auxiliada na identificação de mudanças ambientais ou parentais específicas que podem ser indicadas, foram considerados possíveis obstáculos que podem impedi-la de satisfazer as suas próprias necessidades e as necessidades emergentes de seus filhos e foi incentivado um sentimento de otimismo e esperança em relação ao futuro.

Atividade desenvolvida na sessão: Técnica do vídeo. As terapeutas separaram dois trechos de vídeos das sessões (um minuto da 1ª e da 8ª sessão) que ilustravam diferentes momentos da interação entre mãe-filho a fim de mostrar para a mãe as mudanças que ocorreram na relação mãe-bebê.