

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LINDSAY GUIMARÃES UELLNER

**Repercussões do choro dos bebês  
durante o processo de adaptação à creche**

Porto Alegre

2017

LINDSAY GUIMARÃES UELLNER

Repercussões do choro dos bebês durante o processo de adaptação à creche

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia/Noturno da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do grau de Psicóloga.

Departamento de Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Giana Bitencourt Frizzo

Porto Alegre

2017

Nome: Lindsay Guimarães Uellner

Título: Repercussões do choro dos bebês durante o processo de adaptação à creche.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia/Noturno da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do grau de Psicóloga.

Aprovado em:

Banca Examinadora

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.** Giana Bitencourt Frizzo

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>.** Marília Reginato Gabriel

Instituição: Faculdades Integradas de Taquara, FACCAT

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Giana, minha orientadora, que junto comigo acreditou na importância deste tema, contribuindo para que este trabalho se tornasse realidade. Obrigada pelo incentivo, pelo envolvimento, por contribuir com seus conhecimentos e pela tranquilidade sempre transmitida. Para além deste trabalho, obrigada por me acompanhar ao longo de toda a minha graduação, sou muito agradecida pelas diversas oportunidades de parceria e pelas ricas trocas.

Às colegas do grupo de Pesquisa NUFABE, espaço por onde muito transitei e tanto cresci ao lado de vocês.

À Escola Despertar, obrigada pela oportunidade e acolhida. Agradeço a toda equipe pelas experiências possibilitadas, que marcaram meu percurso durante essa constante construção enquanto profissional. Um obrigada especial à equipe de psicologia, à Juliana e à Luanna. À Juliana, por ser uma grande inspiração, exemplo de pessoa e profissional. Seu amor pela profissão que escolheu é nítido e me faz perceber, cada vez mais, que o amor transforma. Obrigada por me acompanhar na minha trajetória e por compartilhar suas vivências e ensinamentos que tanto enriquecem minha prática. À Luanna, obrigada pelas suas contribuições e por, a cada retorno, sempre me brindar com suas palavras encantadoras que tanto me alegram.

À Gabriela e à Marília, obrigada pelo carinho, pela disponibilidade e pelas oportunidades. Marília, agradeço também por ter aceito o convite de participar deste momento, comentando o trabalho.

À minha família, a base de tudo: mãe, pai, mano e vó. Saray e Vilmar, muito obrigada pelo amor transmitido, pela presença e pelos pais maravilhosos que são. A emoção é grande ao falar de vocês e as palavras são insuficientes para descrever tamanha gratidão. Redmoon, mano querido, obrigada pelo carinho, pela paciência e pelos diversos momentos que vivemos juntos. Vó Eva, sei que aí de cima você está sorrindo por mim. Obrigada por me iluminar.

Ao Cristian, meu namorado, obrigada pela compreensão durante esse momento, pelo carinho e por ser esse grande companheiro de vida. É muito bom ter ao meu lado essa pessoa incrível que tanto admiro.

Às mães e aos pais, que participaram do projeto de “*Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção*”, tornando possíveis as análises presentes neste trabalho, obrigada pela disponibilidade.

## RESUMO

Lindsay, G. U. (2017). *Repercussões do choro dos bebês durante o processo de adaptação à creche*. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

O presente estudo buscou compreender a percepção das mães e dos pais a respeito do choro dos bebês no contexto de adaptação à creche, bem como a percepção das professoras a partir do relato das mães e dos pais. Utilizou-se um delineamento qualitativo e descritivo e a análise temática tornou possível a construção de dois temas: “Repercussões do choro nas mães e nos pais” e “Repercussões do choro nas professoras”. Os resultados apontaram uma preocupação quanto ao choro, considerando-o, às vezes, como uma dificuldade no processo. Contudo, também se fez presente uma escuta sensível do choro por parte de algumas professoras. A discussão fomentada, salientou a naturalidade dessa reação manifestada pela criança durante esse momento, ressaltando-se a importância de se olhar para o choro como uma forma de comunicação. Além disso, é preciso observar outros aspectos ao refletir sobre como que esse momento está sendo sentido pelo bebê, visto que a ausência do choro não garante o bem-estar. Dessa forma, compreende-se que o processo de adaptação contempla a tríade: criança, família e escola. Além disso, o choro pode estar relacionado aos diversos sentimentos vivenciados pelos envolvidos e a partir das relações estabelecidas entre eles.

**Palavras-chave:** choro, adaptação, inserimento, apego, vínculo, creche, Educação Infantil.

## ABSTRACT

Lindsay, G. U. (2017). *Repercussion of crying from babies during the process of adaptation in child care center*. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

The present study sought to understand the mothers' and parents' perception of the crying of the babies in the context of daycare adaptation, as well as the teachers' perception based on the mothers' and fathers' reports. A qualitative and descriptive design was used and the thematic analysis made possible the construction of two themes: "Repercussions of crying in mothers and fathers" and "Repercussions of crying in teachers". The results pointed out a concern about crying, sometimes considering it as a difficulty in the process. However, there was also a sensitive listening of crying by some teachers. The discussion encouraged the naturalness of this reaction manifested by the child during this moment, emphasizing the importance of looking at crying as a communication. In addition, it is necessary to observe other aspects when reflecting on how this moment is being felt by the baby, since the absence of crying does not guarantee their well-being. In this way, it is understood that the process of adaptation contemplates the triad: child, family and school. In addition, the crying can be related to the diverse feelings experienced by the involved ones and, from the established relations between them.

**Key words:** crying, adaptation, inception, attachment, bond, child daycare center, Child Education.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	16
3. MÉTODO .....	18
<b>3.1 Participantes</b> .....	18
<b>3.2 Delineamento e procedimentos</b> .....	19
<b>3.3 Instrumentos</b> .....	20
<b>3.4 Considerações éticas</b> .....	22
<b>3.5 Análise de dados</b> .....	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
<b>4.1 Repercussões do choro nas mães e nos pais</b> .....	24
<b>4.2 Repercussões do choro nas professoras</b> .....	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
6. REFERÊNCIAS .....	41
7. ANEXOS .....	44

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de adaptação à creche contempla a inserção da criança no ambiente escolar, que compreende a faixa-etária de 0 a 3 anos. Entende-se a importância desse momento para a criança, pelas mudanças significativas em sua rotina e no seu convívio (Tourinho, 2005). A criança passa a ter contato com um novo ambiente, novos adultos, novas crianças e novos cuidados. Além disso, se ressalta o caráter dinâmico da adaptação, ao se considerar que mudanças necessitam de um novo processo de adaptação, como, por exemplo, mudança de turma, de professoras e de horários (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). Dessa forma, por mais que se considere a importância desse processo, não existe um consenso entre os autores sobre o conceito de adaptação (Martins, Becker, Leão, Lopes, & Piccinini, 2014; Rapoport & Piccinini, 2001a).

Também não há consenso sobre a caracterização do “período de adaptação” (Martins et al., 2014; Rapoport & Piccinini, 2001a). Alguns autores consideram que a adaptação se estende da inserção da criança na creche até o final do primeiro mês, já outros ampliam dos três até os seis meses posteriores a entrada da criança no ambiente escolar (Rapoport & Piccinini, 2001a). Enquanto isso, outros ainda sinalizam que a adaptação se inicia já nos primeiros contatos da família com a escola<sup>1</sup>, sendo as primeiras impressões fundamentais e estendendo-se por um período indeterminado, não se resumindo aos primeiros dias e podendo inclusive durar meses (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993).

No presente estudo, não se objetivará definir a duração do processo de adaptação, pois se entende que ele é particular a cada criança e que, portanto, terá tempos diferentes e específicos. Ao encontro disso, uma pesquisa buscou averiguar as concepções de educadoras<sup>2</sup> sobre a adaptação de bebês à creche e os resultados demonstraram que 54% das educadoras entrevistadas acreditavam que o tempo depende de cada bebê. Portanto, cada adaptação é única e se faz necessário adaptar o processo às particularidades de cada caso, pois um bebê é diferente do outro (Rapoport & Piccinini, 2001a).

---

<sup>1</sup> Neste estudo, os termos creche e escola serão utilizados como sinônimos.

<sup>2</sup> Os termos educadora e professora serão utilizados como similares. Entende-se as particularidades de cada um deles, porém optou-se por utilizá-los de acordo com o estudo embasado em cada situação e por entender que tanto professoras quanto educadoras participam do processo de adaptação. Além disso, esses termos serão utilizados no feminino por essa profissão ser mais exercida por mulheres e por predominar na literatura dessa forma, porém também se ressalta que é desempenhada por homens.

A substituição do termo *adaptação* por *inserimento* vem sendo utilizada ao entender que o este último considera as individualidades e particularidades de cada criança, enquanto que a adaptação acaba sendo definida como uma adaptação da criança ao meio. (Pantalena, 2010). Nesse sentido, o inserimento, contemplaria de forma mais ampla, a acolhida da criança à nova comunidade, onde ela vai ser escutada e observada, acolhendo também a família e não se limitando a um período temporal. De forma complementar, alguns documentos que compõem as políticas educacionais brasileiras também vem modificando, gradativamente, o termo *adaptação* pelo termo *acolhimento*, podendo se perceber uma proximidade com o processo de inserimento, não considerando apenas a adaptação às novas rotinas, mas também reconhecendo a importância de receber aquela criança que está chegando, reorganizando-se tempos, espaços e relações, a fim de atender às necessidades de cada sujeito (Motta, 2014). Todavia, mais do que a palavra utilizada para se referir ao processo, salienta-se que esse momento envolve as características de cada creche, evidenciando-se que existem instituições que fazem essa acolhida a criança e que mesmo assim se utilizam da determinação *adaptação* (Pantalena, 2010).

O presente estudo entende a necessidade de se olhar cada indivíduo como único, valorizando-se a importância do acolhimento. Contudo, será utilizado o termo adaptação por reconhecer sua disseminação, visto que esse processo de entrada na Educação Infantil é mais conhecido dessa forma. Todavia, se ressalta que as teorias italianas, as quais se baseiam na ideia de inserimento, são consideradas referência mundial no atendimento à primeira infância e estão cada vez mais conhecidas, tendo muitos países se aproximando, por exemplo, dos estudos de Loris Malaguzzi, importante educador italiano (Pantalena, 2010).

Ao refletir sobre o processo de adaptação é importante considerar que ele engloba três dimensões que se correlacionam: criança - família - escola (Rapoport & Piccinini, 2001b). O modo como esse processo é vivenciado influencia as reações da criança, sendo necessário um investimento de ambas as partes envolvidas. Nesse sentido, considera-se que a adaptação decorre de uma multiplicidade de fatores, não sendo possível considerá-los isoladamente (Rapoport & Piccinini, 2001b).

Alguns autores (Amorim, Vitória, & Rossetti-Ferreira, 2000) salientam a influência das características da criança, em que destacam a saúde física e psicológica, a história pessoal, o nível de desenvolvimento, bem como a capacidade com que estabelece e mantém relações afetivas, além da capacidade de lidar com as modificações que podem vir a acontecer frente às relações preestabelecidas. Nesse sentido, também se pode acrescentar a imagem de criança que se fortalece atualmente, evidenciando-se as suas potencialidades, e assim, considerando-

as como ativas no seu processo de desenvolvimento, se fazendo essencial olhar para suas particularidades. Chokler (2003) ressalta que a criança é um sujeito de ações e não somente de reações, sendo carregada de emoções, sensações, afetos, movimentos, medos, ansiedades, pensamentos, além de ter a capacidade de tomar suas próprias iniciativas e de estabelecer vínculos.

Além disso, a idade da criança também pode ser considerada como um indicador importante no processo de adaptação, visto que algumas idades apresentam características desenvolvimentais significativas. Rapoport e Piccinini (2001a) dedicaram-se a estudar períodos específicos e seus achados corroboraram a literatura ao encontrarem algumas diferenças entre idades. Ao encontro disso, as próprias educadoras consideram a idade das crianças como um fator de interferência, ao ressaltarem que bebês de 8 a 9 meses necessitam de uma maior preparação, atenção e cuidado quando comparados a faixa etária de 4 a 5 meses (Rapoport & Piccinini, 2001a). Contudo, em outro estudo (Rapoport & Piccinini, 2001b), esses autores buscaram estudar as consequências para o desenvolvimento infantil sobre o ingresso à creche ao longo do primeiro ano de vida da criança. A partir de uma revisão teórica, os resultados apontaram inconsistências nos materiais. Enquanto algumas pesquisas sinalizaram uma influência sobre o apego estabelecido para bebês dependentes de cuidados alternativos por um período maior que 20 horas semanais, outras pesquisas não confirmaram essa associação.

A qualidade da adaptação também depende de uma inserção gradual da criança e que respeite o tempo de cada uma. As crianças possuem ritmos diferentes que devem ser seguidos sem que se imponha um período pré-determinado para esse processo de adaptação. Portanto, é importante que o tempo que a criança ficará na escola a cada dia não seja fixo, mas sensível as suas necessidades (Rapoport & Piccinini, 2001b). Infelizmente, nem todas as creches consideram a relevância do horário reduzido durante esse processo (Rapoport & Piccinini 2001a).

A influência da relação estabelecida entre família e escola é outro aspecto interessante. Percebe-se que os sentimentos dos pais quanto ao ingresso da criança no ambiente escolar também interferem na adaptação (Rapoport & Piccinini, 2001b). Muitas das emoções dos pais, ou mais especificamente da mãe, são percebidas pelas crianças e manifestadas no comportamento delas. Durante esse processo, algumas mães e pais se sentem inseguros e desconfiados, ainda mais quando é o primeiro filho. Há casos que evidenciam ser mais difícil separar-se da criança do que adaptar-se a esse novo ambiente da creche (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). Dessa forma, se faz essencial a confiança depositada na escola e nas

professoras, transmitindo assim segurança para que a criança experimente novas relações (Tourinho, 2005). Entretanto, essa relação de confiança da família com a escola fará parte de uma construção. Um dos aspectos importantes para essa construção vai se dar a partir da presença da família na escola durante esse processo, pois ao conhecerem o ambiente e a rotina, vão ter mais oportunidades de estabelecerem vínculo afetivo com as professoras e adquirir, então, confiança (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993).

Todavia, nesse contato com a família, percebe-se que algumas manifestações das crianças durante esse processo de adaptação acabam mobilizando significativamente as mães e os pais, como é o caso do choro (Martins et al., 2014; Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). De acordo com os resultados de Ferreira (2007), o choro da criança no processo de adaptação era sentido pelas mães como se algo negativo pudesse estar acontecendo, representando uma desconfiança e resultando em uma preocupação. Outros estudos (Pantalena, 2010; Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993) também demonstram que o choro é um sinal de preocupação também para as professoras. Pantalena (2010) ressalta que o aspecto que mais gera ansiedade nos pais e nas professoras é se a criança vai separar-se da mãe sem chorar.

O choro é umas das primeiras formas de comunicação que a criança encontra, utilizando-se dessa ferramenta desde seus primeiros dias de vida (Frizzo, Vivian, Piccinini, & Lopes, 2013; Tourinho, 2005). Segundo Winnicott (1966) há diversos motivos pelos quais as crianças choram, citando pelo menos quatro tipos: satisfação, dor, raiva e pesar. Cada um desses tipos possuem características que podem ser percebidas a partir do som emitido e dos movimentos corporais (Winnicott, 1966), além de uma intensidade e um padrão próprio, pois cada bebê chora a sua maneira (Bowlby, 1984a). Nesse sentido, é essencial poder dedicar-se à escuta sensível do choro das crianças para interpretá-lo de forma adequada e sanar suas necessidades (Craidy & Kaercher, 2001), pois a interpretação desse choro também diz respeito à interpretação que o adulto faz dele (Frizzo et al., 2013).

Portanto, o choro pode ser visto como um recurso da criança, sendo considerado como algo positivo, podendo inclusive, segundo alguns médicos, sinalizar um sintoma de saúde e energia nos recém-nascidos (Winnicott, 1966). O bebê, quando chora, exercita seu corpo e ao mesmo tempo encontra métodos próprios para lidar com suas dificuldades, podendo atuar como tranquilizante. Contudo, alguns tipos de choro, como o de dor, não representam ao bebê uma sensação agradável, mas através desse recurso as crianças conseguem manifestar que necessitam da ajuda do adulto (Winnicott, 1966). Com relação ao processo de adaptação se pode pensar mais detalhadamente em dois tipos de choro, que demonstram uma insatisfação por parte da criança: o choro de tristeza e o choro de raiva. Ao

comparar esses dois tipos de choro, Winnicot (1966) descreveu que choro de tristeza seria mais elaborado ao considerar que quando a criança o expressa ela já percorreu uma jornada sobre o desenvolvimento de seus sentimentos. Nesse momento, o contato físico se faz muito importante, pois a criança poderá sentir o amor da mãe. No choro de tristeza as lágrimas são mais características quando comparadas ao choro de raiva. Por sua vez, no choro de raiva o bebê mostra que está furioso e é saudável que ele possa conhecer a extensão de sua capacidade de fúria, tendo também a disponibilidade do adulto que deverá lhe inspirar confiança (Winnicott, 1966).

Rapoport e Piccinini (2001b) sugeriram nos seus achados que o choro tende a ser a manifestação mais comum entre as crianças durante o processo de adaptação, sendo manifestado principalmente na chegada e na saída. Percebe-se que o choro é visto como um importante indicativo no processo de adaptação, demonstrando se a criança está bem ou não e se ela está se adaptando (Pantalena, 2010). Contudo, mesmo que algumas professoras considerem a naturalidade do choro e o esperem, acabam por cessá-lo continuamente, utilizando-se de alguns recursos como colo, chupeta, alimento, brinquedos ou ainda reprimindo-o (Pantalena, 2010). Outras professoras também se demonstram passivas, esperando que a criança por si mesma pare de chorar através do esgotamento físico e emocional, o que pode ser bastante prejudicial (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993).

Em contrapartida a presença do choro, as mães também se mobilizam quando o choro não é uma manifestação da criança, ficando ainda mais angustiadas com a sua ausência e assim se questionam se a criança ainda gosta delas pelo fato de não terem chorado (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). Todavia, ressalta-se que o choro não é o único meio de comunicação das crianças, pois outras manifestações de insatisfação também são percebidas como passividade, apatia, resistência à alimentação ou ao sono e a ocorrência de doenças (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). Nesse sentido, entende-se que outros fatores são relevantes para avaliar o processo de adaptação como, por exemplo, a interação social, a exploração do ambiente (Martins et al., 2014; Pantalena, 2010) e a excitação (Oliveira, 2011).

No entanto, quando o choro se manifesta durante o processo de adaptação, ele também pode estar relacionado ao apego estabelecido com as figuras parentais, demarcando uma insatisfação quanto a separação. Por isso, é importante respeitar que a criança esteja preparada para essa separação. Bowlby (1989) aborda, através de sua teoria do apego, o estabelecimento de laços emocionais íntimos entre indivíduos, sendo este um componente básico da natureza humana e que, portanto, pode ser observado ao longo de todo o ciclo da vida. Nesse sentido, entende-se que a criança “é um ser que se desenvolve como sujeito a partir dos outros, com os

outros e em oposição aos outros, enquanto vai outorgando sentido e significado àquilo que vive no permanente intercâmbio recíproco com seu entorno” (Chokler, 2003, p. 2).

Durante a primeira infância, esses laços, normalmente, são estabelecidos com os pais (Bowlby, 1989). É comum que essa ligação com uma figura preferida se desenvolva ao decorrer dos primeiros meses, em direção aquela pessoa que se dedica a maior parte dos cuidados maternos (Bowlby, 1982/2006), a qual pode ser a mãe, mas que também independe do sexo e do laço sanguíneo (Bowlby 1984b/2004; Pantalena, 2010). Nesse sentido, essa relação vai se construindo com as pessoas que o bebê tem uma interação mais significativa ou que lhe respondem mais adequadamente as suas necessidades. Dessa forma, a criança também realiza uma aprendizagem do apego, embora já tenha uma tendência inata de buscar o contato com outras pessoas e de buscar se vincular (Chokler, 2003).

Ao encontro disso, Bowlby (1989; 1984a) descreveu que quando a criança passa por alguma situação que causa desconforto, a tendência é buscar aproximação com a figura de apego. Esse comportamento de apego não estaria presente nas primeiras semanas de vida, porém com o tempo, ao identificar e se familiarizar com os cuidadores, a criança vai reagindo de forma diferente as diferentes pessoas (Pantalena, 2010). Dessa forma, entre, aproximadamente, as seis semanas e os seis/setes meses, a criança começa a apresentar um apego indiscriminado, demonstrando algumas preferências quanto as figuras próximas, mas também demonstrando prazer pela atenção de outros adultos. Por volta dos sete a nove meses, esse apego se torna mais específico, tendo protestos evidentes quando separado de determinada pessoa, sua figura de apego principal (Shaffer & Kipp, 2012).

Através desse vínculo estabelecido, a criança pode explorar o mundo exterior e retornar para se nutrir física e emocionalmente. Dessa forma, há uma relação entre encorajar a autonomia e responder às necessidades da criança. (Bowlby, 1982/2006; 1989). Deve-se lembrar que o apego tem como função biológica a proteção (Bowlby, 1989), oferecendo-se conforto e suporte e estabelecendo-se uma relação de segurança, confiança, laços emocionais fortes e duradouros (Pantalena, 2010). As experiências vividas com as figuras de apego durante os primeiros anos de vida tendem a se estender para outras relações que essa criança estabelecerá, inclusive aquelas desenvolvidas na Educação Infantil com as professoras e com as outras crianças (Bowlby, 1982/2006, 1989).

Nesse sentido, é possível refletir sobre o processo de adaptação ativar esse comportamento de apego por ser um momento que desacomoda a criança, pois ela se depara com diversos novos fatores. Diante da separação da figura de apego se pode abordar a ansiedade de separação em que predomina a ansiedade de perder ou de torna-se separado de

alguém amado (Bowlby, 1989). Essa ansiedade evidencia uma disposição humana básica, mostrando-se um valor de sobrevivência ao reagir frente a um aumento do risco (Bowlby, 1989). “Isso leva à conclusão de que a ansiedade em torno de uma separação involuntária pode ser uma reação perfeitamente normal e saudável” (Bowlby 1982/2006, p.177). Segundo Bowlby (1984a), o choro é uma das formas mediadoras do comportamento de apego em que se busca aproximar-se da mãe, bem como mantê-la por perto. Além do choro, o sorrir, o balbuciar, o chamar, a locomoção e a sucção não nutritiva também são formas mediadoras (Bowlby, 1984a).

O choro pode representar um sinal de apego seguro com a figura de apego, demonstrando uma relação de confiança ao se pensar que a criança foi atendida quanto as suas necessidades através dessa comunicação que se deu pelo choro. Há indícios de que uma criança que construiu um vínculo de apego com as figuras parentais, provavelmente estabelecerá um vínculo afetivo com outros cuidadores (Bowlby 1982/2006). Portanto, considera-se que o comportamento de apego pode se dar com mais de uma pessoa. Essas figuras, a quem se dirige o comportamento de apego, não são tratadas de forma idêntica, havendo uma diferenciação entre figuras principais e subsidiárias (Bowlby, 1984a).

O processo de adaptação estará voltado para a formação de um novo vínculo que promoverá o bem-estar da criança também no ambiente escolar. O papel de quem cuida da criança será de estar disponível e atendê-la quando solicitado (Bowlby, 1982/2006).

Uma vez que passa a ser uma figura de apego para o bebê, a professora passa também a ser sua base segura na ausência da figura materna. Todo o papel desempenhado pela mãe é transferido temporariamente para a professora. Não obstante, num momento de incômodo mais intenso (doença, por exemplo), sua preferência requisitará a figura materna (Pantalena, 2010, p. 33).

Contudo, para que esse novo vínculo seja constituído, é essencial que o pai, a mãe ou outro familiar que tenha um vínculo afetivo forte, permaneça junto a criança até quando se fizer necessário, assim essa pessoa com a qual se sente segura auxilia-a no contato com esse ambiente estranho (Rossetti-Ferreira &, Vitória, 1993).

Considerando o ingresso como o momento e o movimento das primeiras semanas do bebê na creche, não é responsabilidade da professora adaptar a criança, mas acolhê-la, criar um ambiente propício e ter postura favorável à formação de novos vínculos. Também não é responsabilidade da mãe adaptá-la, mas tornar-lhe familiar o novo ambiente, para que se sinta segura e confortável. Assim, professora e mãe passam a vivenciar um momento importante e difícil para a criança, que envolve a

separação da figura materna, o estabelecimento de novas figuras de apego, aquisição de novos hábitos, rotina e conhecimento de um novo ambiente. Parafraseando Freire (1981), ninguém adapta ninguém, ninguém se adapta a si mesmo, nós nos acolhemos mutuamente, mediados pelas interações (Pantalena, 2010, p. 35).

Infelizmente, os resultados de Rapoport e Piccinini (2001a) apontaram que entre as educadoras entrevistadas nesse estudo, a presença dos familiares na escola não era prevalente. Esse processo é comum apenas para 38% das educadoras que trabalham com bebês da faixa etária de 4 a 5 meses e para 35% das educadoras que trabalham com a faixa etária de 8 a 9 meses.

Bowlby (1989) salienta que ao estabelecer uma relação de confiança com os pais, a criança passa a sentir-se segura e tende a explorar para longe deles. Portanto, pode-se pensar que esse comportamento também se estabeleça com outros cuidadores, como as professoras, com os quais a criança também vai desenvolver essa relação de confiança no ambiente escolar. Nesse sentido, Chokler (2003) salienta que durante o início de sua vida o bebê necessita da proximidade dos adultos significativos, além de muita calma e compreensão. Considerando isso, é somente diante dessa sensação de segurança, contenção e confiança que os adultos provêm à criança que ela pode, então, descobrir sobre o mundo que a rodeia (Chokler, 2003). Assim, as crianças caracterizam-se por serem curiosas e indagadoras, afastando-se da figura de ligação, quando se sentem seguras (Bowlby 1982/2006). À medida que as crianças crescem e se desenvolvem passam a se aventurar cada vez mais longe da base, aumentando, gradativamente, os espaços de tempo. Além disso, acabam por se aventurar mais quanto mais confiantes estiverem de que suas bases são seguras e que responderão quando se fizer necessário (Bowlby, 1989). Portanto, o comportamento exploratório é contrário ao comportamento de apego, sendo que os dois vão se alternando. Contudo, a criança somente demonstra esse comportamento exploratório quando sente essa segurança quanto a sua base, caracterizada pelo apego seguro que se contrapõe a dependência, na qual se faz necessária a presença da referência a todo momento (Bowlby 1982/2006).

Ao refletir sobre a relação estabelecida entre criança-mãe e criança-educadora é importante salientar que a professora não deve ser considerada como um substituto dessa mãe, mas como aquela que vai suplementar e ampliar esse papel que no início da vida foi mais desempenhado pela mãe (Winnicott, 1966). Ao encontro disso, essas relações estabelecidas da criança com a professora, perpassam as relações estabelecidas entre professora-mãe, ou de forma mais ampla professora-família, valorizando-se relações sinceras e respeitadas, que

desencadeiam um sentimento de confiança na mãe/família, bem como de tranquilidade na criança (Winnicott, 1966).

Por fim, ao considerar a importância das relações construídas no espaço escolar, se ressalta o papel significativo que esse ambiente tem sobre o desenvolvimento das crianças. É essencial que elas se sintam respeitadas, desde o momento de inserção através de um cuidado sensível e que contemple o reconhecimento da cada criança, a partir de suas individualidades, em que vai ser tratada segundo o que é e o que sente que é (Winnicott, 1966). Em vista disso, se faz fundamental o investimento na qualificação dos profissionais, o que vai representar também o investimento nas próprias crianças (Ferreira, 2007; Silva & Bosanello, 2002).

## **2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO**

Pensar sobre o processo de adaptação e suas implicações é pensar sobre a inserção da criança na Escola, inserção que está garantida na Constituição de 1988 e que caracteriza a escola como um direito da criança, opção da família e dever do Estado (Ministério da Educação, 2004). Ao encontro disso, a lei nº 12.796, que foi sancionada em 2013, tornou obrigatória a educação básica a partir dos 4 anos de idade. Nesse sentido, percebe-se que o número de crianças em creches e pré-escolas vem aumentando gradativamente, sendo esta uma escolha cada vez mais considerada pelos cuidadores. Um dos motivos dessa escolha feita pela família justifica-se pela inserção da mulher no mercado de trabalho (Rapoport e Piccinini, 2001b; Vitória, Rossetti-Ferreira, 1993). Devido ao término da licença-maternidade muitas mulheres precisam retornar aos seus empregos.

Portanto, frente a esse aumento de crianças em creches, evidencia-se ainda mais a importância de se estudar sobre a Educação Infantil e primordialmente, sobre o processo de adaptação, pensando-se em como que esse momento é vivenciado pela criança, pela família e ainda pela escola, visto sua complexidade. Faz-se fundamental investir em estudos que qualifiquem o cuidado que exige especificidades, principalmente para bebês e crianças pequenas. Nesse sentido, o presente estudo se justifica por propor pensar sobre o processo de adaptação de bebês e crianças pequenas, tema que apresenta uma produção escassa (Rapoport & Piccinini, 2001a). Além disso, não foram encontrados estudos específicos sobre o choro durante esse processo. Contudo, diante de outras pesquisas que abordavam de forma ampla esse processo de adaptação e diante desta própria pesquisa, percebe-se que o choro é um mobilizador para os adultos que convivem com as crianças durante esse momento. O objetivo geral do estudo é compreender a percepção das mães e dos pais a respeito do choro dos bebês

no contexto de adaptação à creche, estudando-se também as repercussões que o choro pode provocar diante tanto do relato das mães e dos pais quanto do relato das mães e dos pais sobre as professoras.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Participantes

Participaram deste estudo doze cuidadores, sendo dez mães e dois pais. Esses cuidadores tinham idades entre 29 e 43 anos ( $m= 34,75$ ,  $dp= 4,51$ ). A escolaridade dos cuidadores variou entre Superior Completo e Pós-graduação. Com relação ao estado civil, oito cuidadores eram casados, um estava morando junto, dois separados/divorciados e um solteiro. Destes participantes, onze trabalhavam e um não exercia a sua profissão no momento. A renda familiar variou entre R\$ 2.500 e R\$ 13.300. O bebê considerado na pesquisa era o primeiro filho(a) dos cuidadores, com exceção de duas mães em que esse era o segundo filho(a).

Quanto ao sexo dos bebês, sete eram do sexo feminino e cinco eram do sexo masculino. A idade deles foi considerada em função do período de adaptação, portanto se refere à idade que a criança apresentava durante o ingresso à creche, tendo então, uma criança de dois meses e meio; três de seis meses e meio; duas de sete meses; duas de oito meses, uma de dez meses, uma de doze meses e uma de 15 meses. Ressalta-se que os participantes são os familiares e não diretamente as crianças, pois se considerou os instrumentos de pesquisa que os cuidadores responderam, trabalhando-se a partir da percepção destes.

Todos os participantes deste estudo fizeram parte do projeto “*Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção – DEPSICO (Frizzo et al, 2012)*”. Todas as famílias eram residentes de Porto Alegre ou da região metropolitana e eram de diferentes níveis socioeconômicos. As famílias foram recrutadas a partir de hospitais, postos de saúde ou por indicação de outros profissionais da área da saúde.

Utilizaram-se alguns critérios para a inclusão na pesquisa: os bebês deveriam ser saudáveis, nascidos a termo e terem até 12 meses de idade, quando do primeiro contato com o grupo de pesquisa. Não foram incluídos bebês que apresentavam algumas questões específicas como: síndromes, problemas cardíacos, atraso no desenvolvimento diagnosticado por médicos ou outros profissionais, problemas neurológicos, malformação e deficiência visual ou auditiva. Quanto às mães, não foram incluídas aquelas que apresentavam quadros psicopatológicos severos, identificados a partir da aplicação de um dos instrumentos da pesquisa (M.I.N.I), sendo eles: esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline ou antissocial, regressão psicótica, bipolaridade, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas. Para fins do presente estudo, foram incluídos apenas os casos em que a mãe não apresentava indicadores de depressão pós-parto, pois essa condição poderia afetar a percepção

sobre o processo de adaptação à creche. Salienta-se também que os pais, utilizados na amostra, não apresentavam indicadores de depressão no momento da entrevista.

### **3.2 Delineamento e procedimentos**

Foi utilizado um delineamento qualitativo e descritivo (Gil, 2002) para compreender a percepção dos pais e das mães a respeito do choro dos bebês no contexto de adaptação à creche, estudando-se também as repercussões que o choro pode provocar diante tanto do relato das mães e dos pais quanto do relato das mães e dos pais sobre as professoras.

As mães que tinham interesse em avaliar o desenvolvimento de seus filhos, entravam em contato com as pesquisadoras e, então, eram convidadas a participar do estudo. Primeiramente era feita a Ficha de Contato Inicial (adaptado de GIDEP/NUDIF, 2003a), que visava saber se as famílias preenchiam os critérios iniciais para participar do projeto. Após a assinatura dos Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido, as mães eram convidadas a preencher os instrumentos: Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da família (adaptado de NUDIF, 2008), Mini Neuropsychiatric Interview (Sheehan, Janavs, Baker, Harnett-Sheehan, & Knapp, 1998) e Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Santos et al., 2004)<sup>3</sup>.

Posteriormente, as mães que se encaixavam nos critérios, eram convidadas a participar da Fase II da pesquisa, que se dedicava a mães que apresentavam indicadores de depressão e/ou bebês que apresentavam sintomas psicofuncionais, considerando-se a avaliação dos instrumentos aplicados na Fase I. A partir disso, respondiam a Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (GIDEP/NUDIF, 2003b)<sup>4</sup>.

Os pais também foram convidados a participar da pesquisa e após o preenchimento do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido, aplicava-se a Entrevista sobre a Experiência da Paternidade (GIDEP/NUDIF, 2003c) e o Inventário Beck de Depressão (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001)<sup>5</sup>. Com relação à aplicação, ressalta-se que todos os instrumentos foram

---

<sup>3</sup> Na fase I do projeto maior foram aplicados outros instrumentos, porém optou-se por descrever somente os que foram utilizados no presente estudo. Além dos instrumentos aplicados com os familiares, aplicou-se um instrumento que avaliava aspectos psicofuncionais nos bebês.

<sup>4</sup> Na fase II do projeto maior foram aplicados outros instrumentos, porém optou-se por descrever somente os que foram utilizados no presente estudo. Nesse segundo momento, os bebês foram avaliados a partir das Escalas Desenvolvimentais Denver II (Frankenburg & Dodds, 1990).

<sup>5</sup> No projeto maior foram aplicados outros instrumentos aos pais, porém optou-se por descrever somente os que foram utilizados no presente estudo.

aplicados por uma equipe devidamente treinada que teve em seu núcleo psicólogas, doutorandas, mestrandas e bolsistas de iniciação científica.

### 3.3 Instrumentos

- **Ficha de Contato Inicial** (GIDEP/NUDIF, 2003a): tem o objetivo de saber se as famílias atendiam aos critérios para participar do estudo e de coletar alguns dados para realizar o contato posteriormente (Anexo A).
- **Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da família** (adaptado de NUDIF, 2008): essa entrevista tem como objetivo conhecer sobre o bebê e sua família, obtendo dados demográficos como idades dos integrantes, trabalho, moradia, escolaridade, religião, situação profissional, etnia do casal, ordem de nascimento do bebê, histórico de doenças e internação, tipo de parto, etc (Anexo B).
- **Entrevista sobre a Experiência da Maternidade** (adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003b): é uma entrevista semiestruturada que investiga diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, relação da mãe com os próprios genitores, história da gestação, parto e primeiro ano de vida do bebê, expectativas sobre o bebê e a maternidade, etc. A entrevista é dividida em 7 blocos, que englobam diversos temas. O primeiro bloco investiga o cotidiano da mãe com o bebê, envolvendo aspectos do relacionamento dessa dupla e como que a mãe percebe seu filho. O segundo bloco examina como que está sendo a experiência de ser mãe, incluindo seus sentimentos, seus agrados, desagradados, suas preocupações, suas expectativas, as mudanças que ocorreram e as que não ocorreram. O terceiro bloco aborda o relacionamento com o pai do bebê, examinando, por exemplo, a percepção que ela tem dele enquanto pai e como que os pais se dividem nos cuidados com a criança. O quarto bloco examina se o bebê já foi para creche, tendo em vista o processo de adaptação e os sentimentos enquanto mãe durante esse processo e ainda os motivos desta escolha. Para aqueles bebês que ainda não estavam na creche se buscou saber se a família considerava essa opção e quais suas expectativas quanto a esse momento. O quinto bloco é dedicado a amamentação, questionando-se como que foi esse momento tanto para a mãe quanto para o bebê. O sexto bloco aborda a alimentação do bebê, incluindo questões relacionadas à introdução de alimentos, a ocorrência de dificuldades e como que esse momento acontece. Se a criança já está na creche se investiga como que é a alimentação no local e se existem diferenças entre a

alimentação na creche e em casa. Por fim, o sétimo e último bloco é dedicado a mães com indicadores de depressão pós-parto, analisados pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Santos et al., 2004). Portanto, aborda-se como que tem sido os sentimentos da mãe, como que está sendo para ela cuidar do seu bebê e se ela já chegou a procurar ajuda ou tratamento. Com relação a entrevista sobre a Experiência da Paternidade (adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003c) (Anexo D), ela é bem similar a realizada com a mãe, porém é reduzida, tendo apenas os quatro primeiros blocos e investigando os mesmos aspectos de cada bloco a partir da percepção do pai. (Anexo C)

- **Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):** elaborado por Sheehan et al. (1998) e traduzido por Amorim (2002), trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora dezessete transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) 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. No projeto maior, esse instrumento foi utilizado para excluir a participação de mães que apresentassem indicadores relacionados a risco de suicídio, transtornos de personalidade borderline e anti-social, regressão psicótica e episódio depressivo maior atual (Anexo E).
- **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)** (Santos et al., 2007): é um instrumento para rastrear indicadores de depressão após a gestação. Com a finalidade de avaliar a validade da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS) para rastreamento e diagnóstico de depressão pós-parto, a EPDS foi aplicada em 378 mães da Coorte de Nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. O melhor ponto de corte para rastreamento foi  $> 10$  (sensibilidade 82,6%, especificidade 65,4%) (Santos et al., 2007). A EPDS apenas avalia se há ou não indicadores de depressão, sem classificar a severidade dos sintomas (Anexo F).
- **Inventário Beck de Depressão - BDI-II** (Beck, Steer, & Borwn, 1996): esse inventário foi aplicado nos pais, sendo validado para a população brasileira por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (2012). Ele busca quantificar sintomas depressivos, a partir de uma escala auto-aplicada de 21 questões. A intensidade da depressão pode ser classificada em alguns níveis: mínimo (até 13 pontos), leve (de 14

a19 pontos), moderado (de 20 a 28 pontos) ou grave (acima de 29 pontos). Por ser instrumento de uso privativo do psicólogo e por questões de direitos autorais, esse instrumento não está anexo.

### 3.4 Considerações Éticas

O projeto maior utilizado para a realização do presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (CAAE: 14094213.5.1001.5334) (Anexo G) e atende à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

As mães foram convidadas a participar do estudo após uma explicação detalhada e clara a respeito dos objetivos e procedimentos e aquelas que demonstraram interesse receberam, cada uma, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto: “*Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção*” (Anexo H). Quando as mães eram convidadas para a segunda fase do estudo recebiam outro TCLE referente a “*Avaliação de Aspectos Emocionais e Comportamentais da Díade Mãe-Bebê em Bebês com Sintomas Psicofuncionais*”. Todos os TCLE descreviam os objetivos da pesquisa, os procedimentos realizados, o sigilo, a confidencialidade e a proteção à privacidade dos participantes. Os termos também apresentavam os dados do pesquisador responsável e informavam sobre o direito de retirar seu consentimento quando assim desejar, sem prejuízo no atendimento recebido na instituição de saúde para a mãe e/ou o bebê.

Quanto aos pais que demonstraram interesse em participar da pesquisa, eles receberam cada um, o TCLE referente ao Projeto: “*Depressão Pós-Parto: Prevalência, antecedentes e intervenção*” (DEPSICO) (Frizzo et al., 2012), ressaltando-se as mesmas condições. (Anexo I)

Caso fosse identificada qualquer situação de sofrimento psíquico intenso ou indícios de psicopatologia grave na mãe ou existência de risco para o bebê, eram 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. As mães que precisavam de atendimento para seus bebês também poderiam ser atendidas no Centro de Atendimento Pais-Bebê (UFRGS), coordenado por uma das pesquisadoras do estudo (Profa. Giana Frizzo).

### 3.5 Análise de dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados coletados das entrevistas semiestruturadas foram tratados por análise temática (Braun & Clark, 2006).

Examinou-se, especificamente, os dados provenientes do 4º bloco da Entrevista sobre a Experiência da Maternidade (adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003c) para as mães entrevistadas e do mesmo bloco da Entrevista sobre a Experiência da Paternidade (adaptada de GIDEP/NUDIF, 2003e) para os pais entrevistados. Através dessa análise buscou-se o que se destacava quanto ao processo de adaptação e percebeu-se que o choro se ressaltou nos relatos das mães e dos pais. Posteriormente, verificou-se que os dados apresentavam relações entre si, podendo ser agrupados em temas e, portanto, os temas extraídos partiram diretamente do material das entrevistas. Dessa forma, foram criados dois temas: *Repercussões do choro nas mães e nos pais* e *Repercussões do choro nas professoras*, os quais não são excludentes entre si, pelo contrário, se complementam e vão ao encontro do próprio processo de adaptação, que pela sua complexidade engloba três dimensões que se correlacionam: família, escola e criança e com isso os sentimentos vivenciados por cada membro envolvido.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 “Repercussões do choro nas mães e nos pais”

Nesse tema incluíram-se os relatos em que as mães e os pais mencionaram sobre aspectos que tocaram eles durante o processo de adaptação dos filhos. Dentre esses aspectos o choro se destacou, suscitando neles sentimentos e causando reações. Em algumas situações a presença do choro gerou certa preocupação, sendo às vezes relacionado a uma dificuldade no processo. Ao passo que a ausência do choro foi vista como um fator positivo. Segue abaixo, respectivamente, duas vinhetas que ilustram bem essa associação: “(...) o primeiro e o segundo dia foram os piores, que ela chorava (...), aquele choro forte, de como se ela tivesse caído, se machucado, e lágrima, e lágrima, ‘buá, buá’, e grito, e grito, e grito.” (Caso 2) e “(...) primeiro dia que eu fui buscar ela tava dormindo bem tranquila, nunca veio com aquele olhinho de choro de que chorou muito tempo assim, sabe.” (Caso 4).

O choro é, antes de tudo, uma comunicação utilizada pelo bebê, que por meio dele pode comunicar diversos sentimentos, vontades e necessidades, não demarcando, necessariamente uma dificuldade quanto ao processo de adaptação. Segundo Winnicott (1966), quando o bebê chora ele solicita ajuda, comunicando ao adulto que algo lhe desagrada e nesse sentido o bebê chora exatamente porque acredita na sua genitora, demonstrando confiança quanto aos cuidados recebidos dela. Frente a uma dificuldade o choro também pode atuar como tranquilizante, aliviando uma angústia sentida (Winnicott, 1966).

Através da primeira vinheta se pode pensar no choro que manifesta uma insatisfação da criança quanto a separação da sua figura de referência, assemelhando-se ao choro de raiva descrito por Winnicott (1966). No presente caso, o choro parece ter sido um dos recursos que a criança encontrou para expressar seus sentimentos, através de um choro com bastante energia. Cabe ao adulto manter uma conduta calma, pois assim estará transmitindo confiança ao mostrar que a sensação de destruição que a criança tem durante o choro de raiva perpassa pela sua fantasia e não, necessariamente, se manifesta na realidade (Winnicott, 1966).

Entendendo-se o choro como um meio de comunicação, se salienta a importância de buscar compreender o que cada choro pode querer comunicar. Segundo Pantalena (2010), ouvir o choro é dar voz aos bebês, no sentido de mostrar acolhimento e compreensão das necessidades da criança e respondendo a essas necessidades de forma adequada. Bowlby (1984a) salienta a existência de mais de um tipo de choro, tendo cada um deles uma intensidade e um padrão próprio e repercutindo também de forma própria sobre os companheiros do bebê.

Ao encontro disso, o choro não é facilmente ignorado e nem tolerado, pois se torna difícil habituar-se as diferentes variações no ritmo e na amplitude do choro.

Durante o processo de adaptação, se compreende que o choro pode ter relação direta com os sentimentos da criança quanto as novas mudanças, bem como com os sentimentos da família e ainda da equipe que recebe essa criança. Porém, o choro pode comunicar outras necessidades; como a fome, o sono, o cansaço. Ao encontro da escuta do choro, o adulto precisa ir observando os sinais sutis que a criança vai manifestando para demonstrar suas necessidades. Nesse sentido, a família contribui significativamente ao participar ativamente do processo de adaptação, pois por conhecer a criança, poderá passar informações importantes à equipe, favorecendo o acolhimento: “ (...) *os três primeiros dias ela dava uma choradinha quando ela sentia fome porque na verdade ela ia bem com as prof, mais por que ela mamava bastante... sempre quando ela queria tinha o mamá, daí ficou só... (...) Teve essa (dificuldade) que eu te falei só, de chorar pra mamar, mas desses três dias depois ela ficou tranquila.*” (Caso 7).

Todavia, para além do choro expresso durante esse processo de adaptação, Pantalena (2010) salienta que a ausência de choro não significa que a criança está bem. O choro não é o único meio de comunicação da criança e por isso é essencial observar outras reações como a passividade, a apatia, a alimentação e o sono (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). A comunicação quanto aos sentimentos vivenciados nesse processo também pode ser percebida através da interação social e da exploração do ambiente (Martins et al., 2014; Pantalena, 2010). A criança também pode manifestar pela via corporal o que está sentindo, apresentando, assim, alguns sintomas físicos como febre, vômitos, diarreia, alergias (Rapoport & Piccinini, 2001b). Dessa forma, informar os pais sobre possíveis reações das crianças durante esse momento pode favorecer com que a adaptação aconteça mais tranquilamente (Martins et al., 2014), evitando-se diversas fantasias que os pais possam vir a formular.

A análise dos resultados mostrou que alguns pais reconhecem a presença de outros indicadores, além do choro, para refletir sobre o processo de adaptação: “*Mas ela tá bem, ela come bem, ela dorme, tira a sonequinha, então acho que isso são bons indícios assim.*” (Caso 4).

É esperado e natural que a criança manifeste que está sentindo as mudanças que estão acontecendo e isso pode mostrar que ela está conectada com a sua rotina. Contudo, em alguns casos pode acontecer da criança, inicialmente, demonstrar curiosidade quanto ao novo espaço e, posteriormente, sentir as mudanças, como se exemplifica no relato: “(...) *lá na escolinha foi*

*uma adaptação não usual. No primeiro dia uma choradeira, não... ela já chorou lá no sexto, sétimo dia deu uma choradinha, mas já se distraiu.” (Caso 11).*

São diversas novidades que podem ser experienciadas pelas crianças durante esse momento, ficando algumas delas mais envolvidas com as explorações possíveis. Porém, quando percebem que o ambiente escolar, realmente, fará parte da rotina podem expressar seus sentimentos de variadas formas. Segundo Brazelton (1994), as crianças também podem, inicialmente, se adaptar bem a escola, e, posteriormente, vir a apresentar modificações no seu comportamento em casa, nomeadas pelo autor como sinais de regressão, expressos, por exemplo, através de alterações no sono, na alimentação, acessos de raiva e que por serem manifestadas em casa, aparentemente, não são associadas a creche. Também é possível a ocorrência de protestos e recusas para sair de casa, da mesma forma que a criança pode chorar mais e recorrer mais a objetos que a confortem, como um brinquedo ou uma mamadeira. Ao se deparar com um novo desafio, a criança pode regredir temporariamente, acumulando energia suficiente para que se adapte as mudanças que estão acontecendo, sendo estas regressões indícios de que está buscando aprender a lidar com novos sentimentos vivenciados. Nesse sentido, esse comportamento, pode estar a serviço do desenvolvimento, permitindo com que a criança retome ao seu estágio anterior do desenvolvimento e receba de suas referências o apoio que precisa para se reorganizar, o que não deve ser motivo de preocupação para os pais, a não ser que se prologue significativamente (Brazelton, 1994). Portanto, é preciso observar e acompanhar o desenrolar dessas modificações para que se possa refletir sobre elas e para que se possa dar tempo para cada criança, pois afinal, durante o processo de adaptação, ela vai precisar lidar com diversos fatores tanto em relação ao ambiente e a rotina quanto em relação aos cuidados recebidos (Tourinho, 2005). Ao encontro disso, se ressalta que esse processo não se limita aos dias iniciais, podendo, inclusive, durar meses, e por isso seu período é indeterminado (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993).

Retomando-se a manifestação do choro durante esse processo, reflete-se que ele pode sinalizar a presença de um apego seguro com as figuras de referência, caracterizadas por Bowlby (1984a;1984b/2004) como figuras de apego. Essa relação será construída com aquele adulto que se dedica aos cuidados maternos, o qual pode ser a mãe, mas que, para, além disso, independe do sexo e do laço sanguíneo (Bowlby, 1984b/2004; Pantalena, 2010). Nesse sentido, o choro atua como mediador do comportamento de apego buscando tanto a aproximação da mãe quanto o desejo de mantê-la por perto (Bowlby, 1984a). *“No segundo dia, ela dizia: “mamã, mamamã”. E eu lá embaixo, aí eu disse pra dona da escolinha: “olha*

*aqui, ó, ou tu põe uma psicóloga aqui do lado da mãe, ou tu me deixa sair e aí, na volta, tu me conta: 'olha, tua filha chorou.'"* (Caso 2).

Durante os primeiros dias de adaptação pode se fazer presente nas crianças o medo de separar-se da figura de apego. Frente a isso, a ansiedade de separação é sentida ao se vivenciar a sensação de perder a figura amada ou de se tornar separado dela, o que é considerado saudável, pois é uma reação de proteção (Bowlby, 1989). Além disso, também pode vir a se fazer presente o medo de estranhos se, por ventura, acontecer, logo no início, a separação da figura de apego principal ou subsidiária (Pantalena, 2010).

Em algumas situações, se percebe que o choro pode ser considerado como uma manifestação direcionada às professoras, como exemplifica o discurso de um pai entrevistado: *"O Antônio até hoje nunca chorou de ir pra creche, nem quando, nem contra as professoras da turma."* (Caso 1). Nesse sentido, é interessante sinalizar que o choro não se dirige aos cuidadores, não devendo ser tomado como pessoal, visto que existem outras justificativas para ele estar acontecendo. Quando o cuidador faz essa leitura, tende a permanecer investindo na formação de vínculo de forma gradual e respeitosa e assim permite que a criança não viva ansiedade e medo.

Ao longo do desenvolvimento, a criança vai construindo a capacidade de manter a imagem mental da figura de apego, porém em momentos de tensão, é mais difícil de manter essa imagem, sendo difícil de suportar a ausência visual, no sentido de parecer que essa figura não vai mais voltar (Balaban, 1988). Contudo, é importante lembrar que o comportamento de separação altera consideravelmente de criança para criança e independentemente da idade é essencial que se respeite a ligação da criança com os pais, sendo essa a parte mais importante do processo de adaptação (Balaban, 1988).

Encontra-se na literatura algumas diferenças no processo de adaptação que estão relacionadas a idade das crianças. Essas diferenças se devem aos processos psíquicos pelos quais as crianças estão passando, relacionados ao processo de separação-individuação, que comporta algumas subfases: diferenciação, exploração, reaproximação e consolidação da individuação e constância de objeto emocional (Bossi et al., 2014). Separação e individuação são considerados complementares entre si, sendo a separação marcada pela passagem da fusão simbiótica com a mãe (Mahler, Pine, & Bergman, 1977) ou de forma mais ampla com o cuidador de referência. Enquanto que na individuação a criança vai se encontrando com suas próprias características, assumindo-as (Mahler, Pine, & Bergman, 1977). Ao atentar-se para as variadas reações das crianças durante a adaptação em diferentes subfases do processo de separação-individuação, um estudo (Bossi et al., 2014) encontrou semelhanças quanto ao

recurso do choro nas diferentes faixas-etárias, porém ele se manifestou, mais frequentemente, no grupo de bebês menores.

No presente estudo, o choro não manteve relação direta com a faixa-etária, não sendo possível classificar a sua frequência e nem a sua intensidade com relação a idade de cada criança. Ao encontro disso, é possível refletir sobre a complexidade do processo de separação-individuação, o qual envolve tanto o mundo psíquico do bebê, quando da mãe e do pai (Bossi et al., 2014). Nesse sentido, entende-se esse momento de forma mais ampla, podendo apresentar particularidades, visto os diversos aspectos implicados. Outro estudo (Averbuch, 1999) também buscou analisar as diferentes faixas-etárias durante o processo de adaptação e concluiu que os resultados foram pouco conclusivos, ao comparar bebês de 4-5 meses com bebês de 8-9 meses e ainda bebês de 4-5 meses com bebês de 7-8 meses, o que pode se dever aos inúmeros fatores que perpassam o processo de adaptação.

Pelos relatos também se ressaltou o quanto foi desconfortável para os pais escutarem o(a) filho(a) chorando quando este era um recurso utilizado pela criança durante o processo. Em algumas situações, a manifestação do choro provocou nos pais reações. Ao perceber essa mobilização dos pais, salienta-se o fato do processo de adaptação também ser um processo vivenciado pela família da criança (Ferreira, 2007): *“o início foi bem difícil, eu chorei junto, ela chorava e eu chorei junto, (...) eu ia ter que voltar para o trabalho e isso tava me deixando angustiada, eu ia ter que voltar para o trabalho e não ia conseguir fazer a adaptação dela direito, ela ia ficar chorando na escola assim, tem o tempo dela, porque eu tava disposta a esperar o tempo dela e o meu tempo junto, porque acaba sendo junto do nosso tempo, então aquilo ia ser cortado, né, então isso tava me angustiando e por isso no momento depois que eu soube não, vou (?), vou poder tá contigo aqui, vou fazer o tempo, nosso, e no momento que foi, foi rápido até. Ela se adaptou tranquilo assim, ela super bem hoje né, então isso porque a gente conseguiu.” (Caso 8).*

Essa angústia sentida também se apresenta em alguns estudos (Martins et al., 2014; Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993), visto que o choro, durante o processo de adaptação, é uma das manifestações que mobiliza significativamente os pais. Ferreira (2007) salientou, a partir dos seus resultados, que as mães sentiam o choro expresso na inserção da criança na escola como se algo negativo estivesse acontecendo, o que se refletia em desconfiança e preocupação.

Em outro estudo (Bossi et., 2014), no qual o choro se fez presente em diferentes faixas-etárias, ele também repercutiu em preocupações nas mães e desencadeou ansiedades. Uma das mães destacou que não conseguia levar o filho a creche, pois ficava chateada de

deixá-lo chorando, ficando com o pai essa responsabilidade. Em outro caso, o pai expressou o sofrimento que sentia ao saber que o filho ficava chorando quando deixado na creche e em conjunto relatou que no primeiro dia de adaptação deixou seu trabalho imediatamente, quando soube que o filho estava chorando, estando este sem a presença da mãe que não havia conseguido acompanhar o início do processo (Bossi et., 2014).

Como exposto no último relato, a manifestação do choro da criança pode provocar o choro dos pais. Contudo, os pais também reagem a esse choro de forma particular, podendo gerar neles outras reações como a irritação: *“Eu noto, na quinta, quando eu fui a buscar, ela tava a chorar e isso foi uma coisa que me irritou (riso)”*. (Caso 12).

Vitória e Rossetti-Ferreira (1993) também ressaltaram a possibilidade da mobilização dos pais quanto a ausência do choro durante esse processo, o que não foi corroborado nessa pesquisa. Quando isso se faz presente as mães apresentam dúvidas com relação ao sentimento dos filhos sobre elas, questionando-se sobre a criança ainda gostar delas pelo fato de não terem chorado.

Muitos sentimentos são evocados nos familiares durante o ingresso da criança na escola e nesse sentido os sentimentos vividos pela criança podem estar relacionados com os dos pais. Perpassam-se nas mães e nos pais muitas dúvidas, angústias, preocupações, ambivalências, ansiedades, medos, desconfortos e excitação (Balaban, 1988). Balaban (1988) considera que esses sentimentos estão mais relacionados a personalidade e ao relacionamento entre pais-criança do que, necessariamente, a ordem de nascimento da criança na família. Porém, outros autores (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993) afirmam que alguns pais se sentem mais inseguros e desconfiados quanto ao primeiro filho.

Nesse sentido, o comportamento e as reações manifestadas pela criança podem ser influenciados pelos sentimentos vivenciados pela mãe ao deixar o filho na escola. Da mesma forma, as reações da criança também podem influenciar nas reações da mãe (Ferreira, 2007). Um estudo (Martins et al., 2014) revelou que quanto mais intensas são as reações da criança frente ao ingresso na creche, mais os pais se sentem culpados quanto a escolha que fizeram. Algumas reações vivenciadas pela criança durante a inserção na creche podem impactar a mãe, sendo difícil de lidar com a sua própria ansiedade e junto a isso com a ansiedade do filho durante esse momento (Ferreira, 2007). Além disso, a mãe pode experimentar sentimentos que não são agradáveis se reencontra o filho chorando ou adoecido, podendo se sentir descuidada e má com relação ao filho, ainda mais quando a família não concorda com a escolha desse cuidado alternativo (Martins et al., 2014).

O estudo de Ferreira (2007) apontou a importância de se considerar os aspectos ligados a infância dos cuidadores durante o momento de inserção dos filhos na escola. A forma como a mãe significa o choro do filho, pode ter relação com a sua própria história frente as separações vividas. Em um dos casos deste estudo (Ferreira 2007), a mãe passou a se sentir desconfiada, preocupada e insegura visto o filho começar a chorar e não querer ficar na escola. Ao investigar a infância da mãe, esta recordou que chorava muito quando ingressou na creche, parecendo sentir medo de ser abandonada por seus pais. Outra mãe desse mesmo estudo (Ferreira 2007) também se mostrou preocupada e desconfiada durante o ingresso do filho na creche, incomodava-se com o fato dele chorar muito, chegando a cogitar tirá-lo da creche. Ao investigar a história dessa mãe, percebeu-se que quando ela entrou no jardim chorava muito, não desejando ficar longe de sua mãe. Nesse caso, o choro representava para essa mãe sofrimento e frente a sua angústia quanto a experiência vivida por ela, demonstrou uma certa desconexão com relação aos sentimentos do filho que podiam ser diferentes dos seus quando passou por esse processo (Ferreira, 2007).

Ferreira (2007) também destaca que é importante considerar outras experiências de separação vividas pela dupla mãe-bebê para poder refletir sobre como está sendo sentida essa separação quanto ao ingresso na creche. Ao encontro disso, se faz presente a influência dos elementos da interação pais-bebê e, antes disso, da própria gestação (Martins et al., 2014).

Frente aos diversos sentimentos que podem perpassar nos pais durante esse momento, percebeu-se, a partir das análises, que o choro permanece sendo um ponto de atenção para os pais, mesmo depois que o processo não está mais no seu início: *“Eu gosto de quando eu largo ela e ela não fica chorando, ou dá aquela choradinha, se acalma e já tá ótimo, né, que aí eu saio mais tranquila.”* (Caso 2).

Todavia, se salienta que as reações quanto a separação dos pais, como o choro, nem sempre desaparecem depois que a criança está adaptada (Balaban, 1988). Essa manifestação pode ser expressa mesmo depois que a criança estabeleceu um vínculo afetivo com as professoras, tendo em vista que é a mãe a figura de referência principal. Porém, ela se tranquiliza na presença da professora, que atua como figura de referência subsidiária, já tendo confiança na sua presença. Além disso, essas reações, por exemplo, podem vir a reaparecer durante segundas-feiras, visto a criança ficar em casa um período maior que é o final de semana (Balaban 1988).

Faz-se importante um adendo com relação a forma com que essa separação acontecerá, visto que uma retirada lenta e silenciosa tende a ser mais tranquila, podendo provocar poucos protestos, enquanto que uma retirada brusca e turbulenta tende a provocar

protestos mais veementes (Bowlby, 1984a). Ao encontro disso, se apresenta a dificuldade dos próprios pais quanto a esse momento de separação do filho. Alguns utilizam como estratégia para se separarem a saída sem se despedirem. Todavia, isso pode vir a alimentar um sentimento de insegurança e abandono, pois a mãe não transmite essa segurança de que se ausentará por um tempo e retornará para lhe buscar (Averbuch, 1999). “É preferível que a criança saiba quando os pais estão saindo, que expresse sua tristeza ou raiva e seja consolada” (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993, p. 60). O bebê não consegue fazer a diferenciação de uma separação temporária breve, uma separação temporária longa e uma perda; mas, aos poucos, vai entendendo isso a partir das suas experiências, por meio das quais percebe que a mãe vai, mas volta (Pantalena, 2010).

Além do momento de separação, o choro também é comum de se manifestar no reencontro da criança com os pais nesse processo de adaptação. Aquelas crianças que sentem significativamente o momento de separação podem vir a receber os pais no reencontro com indiferença, o que pode resultar em sentimentos de preocupação e culpa nos pais (Rapoport & Piccinini, 2001b). No presente estudo, as mães e os pais não chegaram a mencionar as reações quanto ao reencontro, não sendo possível fazer essa associação.

#### **4.2 “Repercussões do choro nas professoras”**

Através dos relatos das mães e dos pais, percebeu-se que o choro também repercutiu sobre as professoras e, portanto, nesse tema se reflete sobre os sentimentos evocados nelas durante o processo de adaptação e sobre a relação construída com as crianças.

Assim como apontou a relação dos familiares com a criança, o choro apareceu nos relatos como uma preocupação das professoras: *“Elas (professoras) me disseram ‘tá ela vai ficar o dia todo, mas se ela chorar e a gente não conseguir controlar ela a gente vai te chamar. A gente não vai deixar ela sofrer’ e eu disse que tudo bem, e aí nunca precisou me chamar.”* (Caso 7).

Para algumas professoras o choro é um indicativo significativo quanto ao processo de adaptação, demonstrando se a criança está ou não está se adaptando (Pantalena, 2010). Entretanto, ao pensar sobre o início da vida escolar e sobre as reações expressas, é preciso refletir sobre os sentimentos vivenciados pelas próprias professoras durante esse processo. Algumas delas podem se mostrar confiantes, enquanto que outras podem ficar excitadas e outras podem se preocupar quanto ao que fazer com as crianças que choram e quanto a duração do choro (Balaban, 1988).

Não há nada de incomum no fato dos professores terem os mesmos sentimentos de preocupação e desconforto que as crianças e os pais estão tendo. Os professores se sentiram da mesma forma que os pais quando foram crianças na escola. Eles têm as suas lembranças do início da vida escolar, algumas positivas e outras provavelmente negativas. Essas lembranças ressurgem quando você se vê envolvido nas atividades do primeiro dia de aula. (Balaban, 1988, p. 23).

Desse modo, o choro da criança pode suscitar nas professoras sentimentos relacionados às suas experiências pessoais nos momentos de separação. Em um trabalho realizado por Balaban (1988), uma das professoras entrevistadas mencionou o que escutava quando se separava dos seus pais: “Pediram-me que fosse uma mocinha e que não chorasse.” (p.23). Frente a isso, se reflete no quanto o choro em diversos relatos acaba por ser associado a um efeito negativo. Por mais que neste trabalho não se entenda essa manifestação como estando diretamente ligada a um fator negativo é necessário considerar a frequência e a intensidade desse choro, principalmente quando a criança chora, constantemente, mesmo na presença dos pais.

Com relação as professoras, o choro também pode preocupá-las por contagiar outras crianças da turma. No contexto da Educação Infantil, um estudo (Schmitt, 2008) concluiu que o choro pode ser considerado uma das manifestações que mais provoca e contagia as relações coletivas, ao mobilizar os profissionais e também as outras crianças que se encontram no ambiente. O choro de uma criança pode provocar o choro de outra criança e o mal-estar se generalizar (Pantalena, 2010). Essa experiência não chegou a aparecer no presente estudo, talvez pelo fato do material ser obtido pelas mães e pais e não diretamente das professoras, as quais, por vezes, vivenciam isso na sua rotina.

Diante dos relatos analisados, se fez presente uma escuta sensível do choro por parte das professoras. Houve um reconhecimento da relação entre a criança e a sua mãe e em vista disso se incluiu os pais nesse processo de adaptação, recorrendo a eles quando sentiam necessidade e os vendo, assim, como parceiros na construção dessa nova relação entre professora-criança: *“É, bem no início ela ficava assim que nem a adaptação são duas horas, mas assim a gente fica ali na frente, aí eles vão pra lá e se ela tá muito chorosa eles vem mais um pouquinho e aí deixam conosco e aí mama coisa e tal e aí volta.”* (Caso 8).

Pode-se refletir que as professoras dessa criança reconheceram a importância do reabastecimento emocional, levando-a até a mãe quando a percebiam mais chorosa. Durante o reabastecimento emocional, a mãe se mostra disponível tanto fisicamente quando

emocionalmente. É natural que a criança explore o ambiente, ficando envolvida nas suas descobertas e depois de um período sinta necessidade da proximidade física, sendo a mãe um ponto estável para a criança. Diante desse contato, a criança se reanima, voltando, posteriormente, para suas explorações ao se sentir mais segura (Mahler, Pine, & Bergman, 1977). Bowlby (1989; 1984a) descreve essa situação ao relatar sobre o comportamento de apego, estabelecido entre a criança e a sua base segura que propicia que ela retorne e seja acolhida quando passa por alguma situação de desconforto.

Bowlby (1984a) também define a sucção não-nutritiva como uma forma mediadora do comportamento de apego. Nesse sentido, a amamentação relatada também pode ser pensada para além de sua função nutritiva. Muitas mães percebem que o ato de sugar acalma as crianças e assim oferecem o seio a criança, não estando muito preocupadas com a existência ou não do leite (Bowlby, 1984a).

Ao encontro desses aspectos, se salienta a essencialidade da presença da família na escola durante o processo de adaptação. Contudo, Rapoport e Piccinini (2001a) salientam que a prevalência da família na escola nem sempre se apresenta, sendo esta comum apenas para 38% das educadoras que trabalham com bebês da faixa etária de 4 a 5 meses e para 35% das educadoras que trabalham com a faixa etária de 8 a 9 meses (Rapoport & Piccinini, 2001a). É interessante que, inicialmente, a criança conheça esse novo ambiente na companhia dos pais e que eles se mantenham na escola até quando se fizer necessário, sendo essencial que as separações aconteçam no ritmo da criança. De forma complementar, é importante que o familiar que irá acompanhar a criança nesse momento, demonstre segurança e tranquilidade quanto ao ingresso da criança na creche, para poder oferecer esse suporte emocional que solicita (Bossi et., 2014).

Como se manifestou no último relato exposto, a relação da criança com a professora ainda estava sendo construída. Nesse sentido, é fundamental reconhecer as limitações enquanto professora de uma criança em adaptação. É natural que, no início, a professora não conheça essa criança o suficiente para conseguir acalmá-la e por isso precisará investir muito no acolhimento. Ao encontro disso, é importante que a professora respeite o tempo e o ritmo da criança sem impor períodos pré-determinados, sendo sensível as necessidades de cada uma (Rapoport & Piccinini, 2001b).

A construção do vínculo das professoras com a criança necessita de muita tranquilidade para que aos poucos a professora também se torne uma base segura para a criança e para que consiga oferecer esse reabastecimento emocional (Bossi et., 2014; Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). A partir de uma disponibilidade e de uma sensibilidade, a criança

vai desenvolvendo uma relação de confiança com aquele adulto que a escuta. Nesse sentido, é fundamental o cuidado com a participação direta de um grande número de pessoas diferentes durante o processo de adaptação, principalmente nos momentos de cuidado - troca de fraldas, higiene, alimentação (Pantalena, 2010). Ao encontro disso, Tourinho (2005) discorreu sobre o papel que o vínculo afetivo construído entre a criança e as educadoras tem sobre a constituição da subjetividade da criança, sendo essencial para o desenvolvimento social e psicológico.

Diante da construção do vínculo com a criança, se ressalta a importância de se conectar com os sentimentos dela, indo além de uma distração ao choro: *“É, ontem eu falei com a professora e ela disse que eu já posso considerar ela adaptada, e ela disse “ah, achei que ia ser mais difícil”, porque no início na hora de se separar ela chorava um pouquinho na hora de se despedir, mas daí elas distraíam e ela parava de chorar, e eu sei porque eu ficava lá né, tipo ó, parei de ouvir né.” (Caso 4).*

O choro por si só já é um fator de ansiedade para os adultos (Craidy & Kaercher, 2001; Frizzo et al., 2013), podendo este não ser acolhido com satisfação. Nesse caso, é possível que seja sustado quando ocorre (Bowlby, 1984a). Algumas professoras buscam cessar o choro continuamente dando chupeta, oferecendo alimentos, mostrando brinquedos ou ainda o reprimindo, mesmo entendendo que o choro é uma reação natural e esperada (Pantalena, 2010). Todavia, é essencial acolher a criança que chora e buscar identificar o motivo, permitindo-se conversar com ela sobre esse choro, mesmo que pareça que a criança ainda não entende, mas deve-se mostrar interesse no que ela está sentindo e ao que está nos comunicando, ou seja, escutando-a ativamente. Nesse sentido, Bowlby (1984a) salienta a importância da voz humana ao acalmar o choro do bebê. A passividade frente ao choro também acaba por ser outra estratégia utilizada pelas professoras, que esperam que a criança por si mesma pare de chorar, através do esgotamento físico e emocional (Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993). Contudo, Vitória e Rosseti-Ferreira (1993) discorreram sobre os efeitos que essa experiência negativa pode trazer, podendo deixar a criança ansiosa, medrosa e passiva. Isso também pode repercutir em um sentimento de desconfiança, gerando resistência para a criança estabelecer novos vínculos e dificultando o processo de adaptação.

Entende-se que alguns elementos como a chupeta tranquilizam a criança, por serem objetos que lhe oferecem segurança. Winnicott (1975, 1993/2011) definiu esses objetos; que são escolhidos pela própria criança e que a confortam em momentos de solidão, tristeza, ansiedade ou insegurança; como objetos transicionais, por representarem uma área intermediária entre a realidade interna e a externa, ou seja, um espaço entre o bebê e o outro

(mãe) e sendo, assim, o primeiro objeto não-eu (Pantalena, 2010). Eles fazem parte do desenvolvimento emocional normal e podem ser, por exemplo, a chupeta, a ponta do cobertor, uma fraldinha, um ursinho (Winnicott, 1975; 1993/2011). Portanto, ao recorrer a eles, a criança encontra uma forma dela mesma se acalmar, obtendo alívio e conforto. Através disso, se ressalta que ela está mostrando que desenvolveu mecanismos interiores para lidar com alguma angústia sentida (Brazelton, 1994). Considerando o significado que têm para cada criança, salienta-se a importância deles no processo de adaptação ao retomar o acolhimento sentido na relação estabelecida com a figura de apego (Pantalena, 2010). Contudo, em conjunto a eles, é necessário refletir sobre como que a criança está se sentindo, conectando-se com os seus sentimentos, através de uma empatia.

Ao se buscar essa conexão com os sentimentos da criança, é possível refletir sobre a busca de um conforto. Às vezes as crianças demonstram através do choro e de outras estratégias o desejo por um colo. Segundo Bowlby (1984a), o ato de embalar muitas vezes tranquiliza, cessando o choro quando a criança é pega no colo e acariciada (Bowlby, 1984a). Ao estudar as percepções das educadoras, Averbuch (1999) sinalizou que algumas delas preferiam não dar o colo para não acostumar mal as crianças. Contudo, essa ideia caminha no sentido oposto à teoria do apego, a qual afirma que a criança se sente mais segura quando suas necessidades são atendidas e quando não se corresponde ao que o bebê precisa o sentimento de insegurança pode vir a surgir (Averbuch, 1999), ou seja, é ao contrário de ficar mal-acostumado, é sentir-se seguro a ponto de não precisar de tanto colo. Winnicott (1993/ 2011) aborda essa segurança ao descrever sobre o holding, em que o ato de segurar o bebê o sustenta tanto fisicamente quando emocionalmente, sendo o holding essencial ao processo de integração. Nesse sentido, a criança necessita de um ambiente suficientemente bom, no qual terá quem se ocupe desse holding ao se adaptar as suas necessidades (Winnicott, 1993/ 2011). Portanto, ao considerar o processo de adaptação é essencial que o bebê receba aconchego, conforto e calor humano frente as separações. Percebe-se que essa dedicação e atenção dada tranquiliza tanto a criança quanto a educadora, contribuindo para o processo de adaptação de ambas as partes e evitando a continuidade do choro (Vitória & Rosseti-Ferreira, 1993).

É possível considerar que frente ao apego seguro desenvolvido com os pais, possivelmente o bebê vai desenvolver um apego seguro com as professoras. O bebê que mostra um apego intenso com sua figura principal está mais propenso a se relacionar com outras figuras, sendo, então inadequado concluir que o bebê que possui mais de uma figura de apego tem uma relação fraca com sua figura principal. Enquanto isso, o bebê que é apegado fracamente pode confinar seu comportamento social a uma única figura e se pode ter como

hipótese que “quanto mais inseguro for o apego de um bebê à sua figura principal, mais inibido ele será em desenvolver ligações com outras figuras” (Bowlby, 1984a, p.327).

Como a própria teoria do apego menciona, as experiências vividas com as figuras de ligação nos primeiros anos de vida tendem a se estender para outras relações futuras (Bowlby, 1982/2006, 1989). Segundo Bowlby (1989), é próprio da natureza humana o estabelecimento de laços emocionais íntimos entre os indivíduos, sendo estes, normalmente, estabelecidos com os pais, os quais se dedicam aos cuidados dessa criança. Em conjunto a isso, pode-se perceber que a relação de apego também faz parte de uma aprendizagem, pois esse comportamento se dirige àqueles com quem o bebê interage mais ou que lhe dão respostas mais adequadas as suas necessidades (Chokler, 2003). Portanto, os laços afetivos se dirigem para um ou alguns indivíduos específicos, que promovem uma base segura a criança, mostrando-se disponíveis e intervindo de forma ativa somente quando se fizer necessário para a criança (Bowlby, 1989). Nesse sentido, ao confiar nas professoras a criança vai também transferindo a elas seus sentimentos amorosos (Balaban, 1988).

Se o processo de adaptação acontece de forma gradual e no ritmo da criança, percebe-se que ela mesma vai dando alguns sinais de que está se sentindo confiante na presença da professora, construindo com ela uma relação afetiva. Pelo relato de uma das mães a própria criança manifestou o desejo de ir para o colo da professora: “(...) *eu termino de dar mama e chega a moça que cuida dela e ela já vai, quer ir para o colo dela, eu não tenho muito assim: ‘ai já que ir para o colo dela, que ciúmes né.’*” (Caso 6).

Embora não tenha sido esse o caso, a partir desse relato também é possível pensar em casos nos quais as mães experimentam o ciúmes. Nessas situações a mãe se questiona sobre a professora cuidar melhor do filho do que ela própria e, ao encontro disso, reflete sobre a criança poder gostar mais da professora do que dela (Balaban, 1988). Frente a esses sentimentos, muitas reações são inconsistentes, mas demandam da mãe e podem consumir muita energia (Brazelton, 1994). Contudo, a relação construída da criança com a professora é diferente da relação construída com a mãe. Bowlby (1984a) fez essa diferenciação ao estabelecer que as relações com as figuras de apego não são idênticas, havendo uma seleção da figura de apego principal e das figuras subsidiárias.

A escola oferece oportunidades de profundas relações pessoais com outras pessoas que não os pais, possibilitando que seja um apoio ao lar, mas não uma substituição deste (Winnicott, 1966). Nesse sentido, o apego desenvolvido com a professora (figura subsidiária) se adiciona ao apego desenvolvido com a mãe ou outro cuidador significativo (figura principal), não substituindo este último. Ao encontro disso, o papel da mãe e o papel da

professora tem particularidades. A mãe apresenta uma devoção ao bebê que é muito mais importante do que conhecimentos intelectuais. Desde a gestação, a mãe passa por alguns processos como a preocupação materna primária que permite uma sensibilidade significativa em relação ao seu filho, através de uma identificação. Enquanto isso, a professora necessita conhecer os aspectos do desenvolvimento das crianças, não estando, como a mãe, orientada biologicamente às crianças. Contudo, a professora de bebês e crianças pequenas também se envolverá com as funções maternas, por meio de um cuidado sensível (Winnicott, 1966).

Entendendo esses sentimentos vivenciados pelas mães durante a construção do vínculo da criança com a professora e, para além disso, entendendo que muitos sentimentos perpassam a família como um todo durante esse momento, se ressalta a importância da comunicação entre todos os envolvidos, a fim de contribuir com que esse processo seja vivido de uma forma tranquila. É confortante para a família saber como que o filho está se sentindo e, além disso, o conforto também se dá pela disponibilidade dos pais serem escutados (Ferreira, 2007). Nesse sentido, os pais necessitam se assegurar de que os filhos estão em boas mãos (Balaban, 1988).

A professora estabelece-se como figura de apego subsidiária tanto para o bebê como para a mãe/família. Para o bebê, ela proporciona uma base segura, promove a segurança, para possibilitar novos vínculos, explorações e brincadeiras. Para a mãe, é a pessoa a quem se confia o filho” (Pantalena, 2010, p. 28).

Portanto, esse vínculo entre a família e a escola é essencial para que as mães e os pais se sintam acolhidos, afinal também estão se adaptando a essa nova experiência (Balaban 1988; Ferreira, 2007). Sendo assim, faz parte desse processo a disponibilidade das professoras quanto ao estabelecimento das relações.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou compreender a percepção dos adultos quanto ao choro das crianças durante o processo de adaptação à creche e a partir disso se percebeu diferentes reações frente ao choro, o que pode estar relacionado as particularidades do momento, ao entender que cada processo é único, considerando a tríade: criança, família, escola. Em grande parte dos relatos, a manifestação do choro foi sentida como preocupante, sendo possível a partir da discussão do presente trabalho, trazer elementos que ampliassem essa representação, validando o choro como um meio de comunicação. Por meio da manifestação do choro, a criança reflete o seu estado interior, expressando o que está sentindo e solicitando ajuda da sua(s) figura(s) de referência, ao acreditar nos cuidados recebidos (Winnicott, 1966). Além disso, se ressalta que outros aspectos precisam ser considerados, visto que a ausência do choro não garante o bem-estar da criança e visto que cada criança se expressa de forma particular, sendo importante atentar-se para outras reações: passividade, apatia, alimentação, sono, ocorrência de doenças, interação social e exploração do ambiente (Martins et al., 2014; Pantalena, 2010; Vitória & Rossetti-Ferreira, 1993).

Ao considerar a importância do choro no desenvolvimento da criança e ao entender este como um importante recurso utilizado, se ressalta que o estudo permitiu atingir o que se propôs ao pensar sobre o choro expresso. Diante dos resultados, salientou-se que este pode ter relação com o apego desenvolvido com o pai ou com a mãe, que costumam ser a figura de referência principal. Ao encontro disso, é necessário que a separação da criança com a sua figura de referência, siga o ritmo da própria criança para que esse momento não seja sofrido a ela, sendo, essa transição de cuidadores, um processo gradual. É importante para o desenvolvimento da criança que ela possa lidar com as separações dos pais, porém é fundamental que possa fazer isso ao lado de pessoas sensíveis, estando sob cuidados carinhosos (Brazelton, 1994).

Durante esse momento, a professora precisa se dedicar a conhecer essa criança; conhecendo suas particularidades, seus desejos, seus interesses e suas necessidades; para que possa satisfazê-las (Rapoport & Piccinini, 2001a). É fundamental, receber poucas crianças ao mesmo tempo para que cada criança consiga ter seu processo individualizado. Através do vínculo de apego que possibilita relações humanas sólidas e íntimas (Balaban, 1988), a criança vai sentindo-se protegida, sustentada e vai tranquilizando-se no contato com o mundo, que lhe provoca curiosidade, ao ser novo a ela, mas que também repercute em sentimentos de ansiedade e inquietude (Chokler, 2003).

Pelos relatos, o choro, realmente, foi visto como uma das formas mediadoras do comportamento de apego, buscando a aproximação de sua figura de referência. No início do processo, a construção do vínculo afetivo com a criança, contará com a participação dos familiares, com os quais a criança já tem um vínculo estabelecido. Pelos resultados encontrados, foi possível perceber que algumas professoras reconheceram a importância dos pais durante a adaptação, associando o choro a essa busca por um conforto familiar a elas.

Diante da análise do material das entrevistas, percebeu-se que, além dos sentimentos experimentados ao se vivenciar o choro da criança, também se destacaram nas mães e nos pais outros sentimentos com relação ao processo de adaptação como um todo. Algumas mães sentiram-se culpadas quanto ao fato de colocar o (a) filho (a) na creche, tendo em vista o término da licença-maternidade, porém em outras situações apareceu uma culpa quanto a vontade de voltar a trabalhar. Enquanto isso, outras mães se questionaram sobre parar de trabalhar para cuidar do (a) filho (a). Alguns relatos também salientaram que esse processo foi mais sofrido para os pais e para as mães do que para a própria criança. Nesse sentido, se obteve um material riquíssimo sobre os diversos sentimentos, sugerindo-se, assim, a importância de que outras pesquisas trabalhem a fundo esse tema, pois se entende que a família também está se adaptando e que os sentimentos e as, conseqüentes, reações entre a família e a criança se influenciam mutuamente. Ao encontro disso, se ressalta a importância da participação de um psicólogo, que vai acompanhar o processo e se dedicar a escutar e acolher os pais nesse momento tão importante para eles e para a criança, além deste profissional poder orientar os familiares quanto a possíveis situações, reações, sentimentos. Também é importante que as professoras conheçam sobre as reações das crianças durante esse momento para se tranquilizarem e para poderem tranquilizar a família. No caso do choro, se percebeu que este mobilizou os pais e as mães e se acredita que se as professoras souberem explicar aos familiares sobre o choro, tanto na sua presença quanto na sua ausência, estes ficarão mais confiantes. Portanto, é essencial considerar, o atendimento à família e as relações estabelecidas com ela, construindo-se entre a equipe e a família um vínculo de afeto que possibilite que esta também se sinta segura e confiante da escolha que fez ao inserir o (a) filho (a) na creche.

Frente a discussão elaborada, foi possível perceber a importância de se investigar a história pessoal das mães e dos pais quanto as suas experiências de separação de seus próprios pais, pois durante a adaptação dos filhos, podem reviver esses sentimentos. Porém, este não era um dos objetivos focados pela pesquisa maior *“Depressão pós-parto: Prevalência, antecedentes e intervenção”* e por isso não se questionou a fim de obter detalhes. Dessa

forma, não foi possível analisar as relações diretas, mas se possibilitou reflexões quanto a essas relações. Todavia, enquanto escola é fundamental que se tenha esse olhar sobre os sentimentos de cada família recebida.

Seria interessante poder ter contado com a participação na pesquisa tanto da mãe quanto do pai da criança, porém essa foi uma das limitações do estudo, visto que apenas um dos cuidadores se disponibilizou a realizar a “Entrevista sobre a Experiência da Maternidade/Paternidade”. Outra limitação se restringiu a participação de poucos pais, tendo apenas dois pais participantes em contraponto das mães participantes que totalizaram dez.

Entretanto, a partir do material obtido, foi possível se utilizar da metodologia qualitativa, tendo poucos casos, mas analisados em profundidade, sendo possível entender detalhadamente diferentes percepções e reações dos adultos frente ao choro das crianças. Ao encontro disso, este trabalho possibilitou um diálogo entre a psicologia e a educação, favorecendo a união do conhecimento destas duas áreas. Explorou-se um tema pouco abordado em pesquisas, mas muito importante na reflexão da prática, visto que o pensar sobre o choro da criança e seus diversos motivos, pode contribuir com uma escuta ativa e sensível dessa manifestação durante o processo de adaptação escolar.

## 6. REFERÊNCIAS

- Amorim, K., Vitória, T., & Rossetti-Ferreira, M. (2000). Rede de significações: perspectiva para análise da inserção de bebês na creche. *Cadernos de Pesquisa*, 109, 115-144.
- Averbuch, A.R. (1999). *Adaptação de bebês à creche: O ingresso no primeiro ou segundo semestre de vida*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Balaban, N. (1988). *O início da vida escolar: Da separação à independência*. (Y. L. S. Berlin, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory*. Manual.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bossi, T. J., Soares, E., Lopes, R. C. S., & Piccinini, C. A. (2014). Adaptação à Creche e o Processo de Separação-Individuação: Reações dos Bebês e Sentimentos Parentais. *Psico*, 45(2), 250-260.
- Bowlby, J. (1984a) *Apego*. (Vol.1 da trilogia Apego e Perda). (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. (S. M. Barros, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowlby, J. (2006) *Formação e rompimento dos laços afetivos*. (4a ed.). (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982)
- Bowlby, J. (2004) *Separação: Angústia e raiva*. (Vol.2 da trilogia Apego e Perda). (4ed). (L.H.B., Hegenberg, O. S., Mota & M. Hegenberg, trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984b)
- Brazelton, T. B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. (J. L. Camargo, trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Chokler, M. (2003). *Los organizadores del desarrollo. Um enfoque transdisciplinario para la comprensión del desarrollo infantil temprano*. Lima, Peru: Centauro editores.
- Craidy, C., & Kaercher, G. (2001). *Educação Infantil. Pra que te quero?* Recuperado em 12 de setembro de 2016, de <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=XB50O9zOZTQC&oi=fnd&pg=PA27&dq=choro+adapta%C3%A7%C3%A3o+educa%C3%A7%C3%A3o+infantil+&ots=QznA2LMuMe&sig=zsS3SKqkkY2xphMqFUwxaRxTLI#v=onepage&q=choro&f=false>
- Ferreira, G. V. (2007). *O impacto da adaptação de crianças na creche sobre os sentimentos maternos*. Projeto de pesquisa para a obtenção do grau de Especialista em Psicologia Clínica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

- Frizzo, G. B., Vivian, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2013). Crying as a Form of Parent-Infant Communication in the Context of Maternal Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 569-581.
- GIDEP/NUDIF (2003a). *Ficha de Contato Inicial*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003b). *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- GIDEP/NUDIF (2003c). *Entrevista sobre a Experiência da Paternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ed). São Paulo: Atlas.
- Lei n. 12.796, de 4 de abril de 2013. (2013, 4 de abril). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Recuperado em 10 de Fevereiro de 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12796.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12796.htm)
- Mahler, M., Pine F., & Bergman, A. (1977). *O nascimento psicológico da criança. Simbiose e individuação*. (J. A. Russo, trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Martins, G., Becker, S., Leão, L., Lopes, R., & Piccinini, C. (2014). Fatores associados à não Adaptação do bebê na Creche: da Gestação ao Ingresso na Instituição. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 241-250.
- Ministério da Educação. Secretaria de Educação Infantil e Fundamental. (2004). *Política Nacional de Educação Infantil: pelos direitos das crianças de zero a seis anos à Educação*. Brasília, DF.
- Motta, F. N. (2014). Notas sobre o acolhimento. *Educação em Revista*, 30(4), 205 – 228.
- NUDIF (2008). *Questionário sobre os Dados Sociodemográficos da família*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Oliveira, P. R. G. (2011). *O período de adaptação no processo educativo: um levantamento bibliográfico e metodológico*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Pantalena, E. S. (2010). *O ingresso da criança na creche e os vínculos iniciais*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2001a). Concepções de Educadoras Sobre a Adaptação de Bebês à Creche. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 69-78.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2001b). O Ingresso e Adaptação de Bebês e Crianças Pequenas: Alguns Aspectos Críticos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 14(1), 81-95.
- Santos, I. S. et al. (2007). *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)*.

- Schmitt, R. V. (2008). *“Mas eu não falo a língua deles!”: as relações sociais de bebês num contexto de educação infantil*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2012). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência* (2a ed.) (M. R. G. Passos, trad.). São Paulo: Cengage Learning.
- Sheehan et al. (1998). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Plus)*. (P. Amorim, trad. - 2002).
- Silva, C. R., & Bosanello, M. A. (2002). No cotidiano das creches o cuidar e o educar caminham juntos. *Interação em Psicologia (Curitiba)*, 6(1), 31-36
- Tourinho, R. T. (2005). *Adaptação da criança na pré-escola e comportamento de apego/desapego: a constituição do vínculo afetivo criança e educador na pré-escola*. Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu.
- Vitória, T., & Rossetti-Ferreira, M. C. (1993). Processo de adaptação na creche. *Caderno de Pesquisa*, 86, 55-64.
- Winnicott, D.W. (1966) *A criança e o seu mundo*. (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Winnicott, D.W. (2011) *A família e o desenvolvimento individual*. (4a ed.) (M. B. Cipolla, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993)
- Winnicott, D.W. (1975) *O brincar & a Realidade*. (J. O. Aguiar e V. Nobre, trads.). Rio de Janeiro: Imago editora ltda.

## 7. ANEXOS

### Anexo A

#### FICHA DE CONTATO INICIAL

(Adaptado de GIDEP/NUDIF, 2003)

Rapport: Oi, eu sou a\_\_\_\_, e estou te ligando pois recebemos email/SMS/ligação sua a respeito do projeto de Avaliação de bebês.. Preciso te fazer algumas perguntas, pois há alguns critérios para sua participação.

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 B**

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

**QUESTIONÁRIO SOBRE OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS  
DA FAMÍLIA<sup>1</sup>**

(Adaptado de NUDIF, 2008)

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

**MÃE DO BEBÊ**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Fone recados: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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

Caso seja **do Interior**, mas morando na Grande Porto Alegre, há quanto tempo mora aqui? \_\_\_ meses/anos

Por quê? \_\_\_\_\_

Até que série estudou?

( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_ série ( ) Ensino Médio - \_\_\_ série

( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_

( ) Outro \_\_\_\_\_

Ainda está estudando? ( ) não ( ) sim, o que? \_\_\_\_\_

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

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

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

Tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

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

Que tipo de trabalho você faz (explicitar)? \_\_\_\_\_. Quantas horas?

horas/dia Qual o horário? \_\_\_\_\_

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

(Em caso negativo, perguntar)

Você já trabalhou? ( ) sim ( ) não

O que você fazia? \_\_\_\_\_

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

Caso trabalhava, mas parou, por quê? \_\_\_\_\_

Idade da primeira gestação: \_\_\_ anos

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

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

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

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

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

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

Nome do pai biológico: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Deve ser respondida, preferencialmente, pela mãe.

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Até que série ele estudou?  
( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_\_\_ série ( ) Ensino Médio - \_\_\_\_\_ série  
( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_  
( ) Outro \_\_\_\_\_  
Ele ainda está estudando? ( ) não ( ) sim, o que? \_\_\_\_\_  
Ele já reprovou? ( ) não ( ) sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_. Em que série?  
\_ Ele tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_  
O pai biológico do bebê trabalha? ( ) sim ( ) não ( ) aposentado  
Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? \_\_\_\_\_ Quantas horas? \_\_\_\_ horas/dia  
Qual o horário? \_\_\_\_\_  
Ele é remunerado? ( ) sim ( ) não Qual o valor? R\$ \_\_\_\_\_ ( ) não sabe  
(Caso não estiver trabalhando)  
Qual era o trabalho anterior dele? \_\_\_\_\_

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

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ meses  
Local de nascimento: ( ) Porto Alegre ( ) Grande Porto Alegre ( ) Interior, onde? \_\_\_\_\_  
A criança freqüente creche/escolinha? ( ) sim ( ) não  
Com que idade ele(a) começou a freqüentar a escolinha/creche? \_\_\_\_ meses  
A escolinha/creche é: ( ) municipal ( ) estadual ( ) particular ( ) creche informal (pessoa que cuida crianças em casa)  
Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê?  
( ) mãe ( ) pai ( ) avó ( ) irmão(ã) ( ) tia ( ) babá/empregada  
( ) vizinha ( ) outro. Quem? \_\_\_\_\_  
Ordem de nascimento do bebê: ( ) primogênito ( ) segundo filho ( ) terceiro filho ( ) quarto ou mais filho

#### ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: \_\_\_\_\_  
Quem são os moradores da casa? \_\_\_\_\_  
Quantas pessoas trabalham? \_\_\_\_\_  
Caso ninguém trabalhe, quem sustenta a casa? \_\_\_\_\_  
Renda mensal aproximada: R\$ \_\_\_\_\_  
Gostaria de saber algumas características da sua casa:  

- A casa é de: ( ) madeira ( ) material ( ) mista
- N° de quartos: \_\_\_\_ N° total de peças \_\_\_\_
- Na sua casa tem: Água encanada? ( ) sim ( ) não
- Luz elétrica? ( ) sim ( ) não
- Esgoto? ( ) sim ( ) Não

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM

##### MATERNA Avó Materna Biológica

É sua mãe biológica: ( ) sim ( ) não (Caso não seja) Você conhece sua mãe biológica? ( ) sim ( ) não  
Idade da sua mãe biológica: \_\_\_\_ anos Idade com que ela teve o primeiro filho: \_\_\_\_\_ anos  
Qual sua ordem de nascimento por parte de sua mãe biológica: ( ) primogênita ( ) segundo filho ( ) terceiro filho ( ) quarto ou mais  
Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe biológica: \_\_\_\_\_

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

Idade da sua mãe de criação: \_\_\_\_ anos A sua mãe de criação tem outros filhos? ( ) sim ( ) não  
Idade com que ela teve o primeiro filho: \_\_\_\_\_ anos  
Qual o número de irmãos que tens por parte de sua mãe de criação: \_\_\_\_\_

##### Avô Materno Biológico

É seu pai biológico: ( ) sim ( ) não (Caso não seja) Você conhece seu pai biológico? ( ) sim ( ) não  
Idade do seu pai biológico: \_\_\_\_ anos Idade com que ele teve o primeiro filho: \_\_\_\_\_ anos

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

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

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

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

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

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

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

Vivem juntos? ( ) sim ( ) não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos  
(Caso não)

Por quê? \_\_\_\_\_

Nova união: Avô ( ) sim ( ) não Tempo: \_\_\_\_\_ anos

Nova união: Avó ( ) sim ( ) não Tempo: \_\_\_\_\_ anos

## **DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM**

**PATERNA: Avó Paterna Biológica:**

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

Idade da mãe biológica do pai do bebê: \_\_\_\_\_ anos

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

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

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

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

Idade da mãe de criação do pai do bebê: \_\_\_\_\_ anos

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

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

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

**Avô Paterno Biológico**

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

Idade do pai biológico do pai do bebê: \_\_\_\_\_ anos

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

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

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

Idade do pai de criação do pai do bebê: \_\_\_\_\_ anos

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

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

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

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

Vivem juntos? ( ) sim ( ) não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos  
(Caso não)

Por quê? \_\_\_\_\_

Nova união: Avô ( ) sim ( ) não Tempo: \_\_\_\_\_ anos

Nova união: Avó ( ) sim ( ) não Tempo: \_\_\_\_\_ anos

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

Nome marido/companheiro: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

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

Endereço completo: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Até que série ele estudou?

( ) nenhuma ( ) Ensino Fundamental - \_\_\_\_\_ série ( ) Ensino Médio -  
série

( ) Superior ( ) Curso Técnico \_\_\_\_\_ ( ) Pós-Graduação \_\_\_\_\_

( ) Outro \_\_\_\_\_

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

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

Ele tem religião? ( ) sim ( ) não Qual? \_\_\_\_\_

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

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? \_\_\_\_\_ Quantas horas? \_\_\_\_ horas/dia

Qual o horário? \_\_\_\_\_

Qual era o trabalho anterior dele? \_\_\_\_\_

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

Idade com que seu marido ou companheiro teve o primeiro(a) filho(a): \_\_\_\_ anos

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO C

**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 EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE (GIDEP/NUDIF - 2003)<sup>1</sup>

#### 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? Porquê?
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?

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

#### **IV. O bebê foi para a creche?**

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

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

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

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

#### **V. Como é/foi a amamentação do bebê?**

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

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

*(Caso mame no peito)*

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

*(Caso não mame no peito)*

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

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

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

42. Como foi a introdução de outros alimentos, além do leite? (alimentação semi-sólida, sólida e variada)
43. Tiveste alguma dificuldade nessa questão?
44. Como está a alimentação atualmente?
45. Como é a aceitação de um alimento novo?
46. O teu filho(a) tem preferência por algum alimento?
47. *(Se está na creche)* E na escola? Ele(a) se alimenta bem?
48. *(Se está na creche)* Percebes diferença no comportamento alimentar do teu filho na escola e em casa? *(Se sim)* Por que tu achas que isso acontece?
49. Quem costuma participar dos momentos comuns de alimentação do teu filho? Como é o clima deste momento?
50. Ele(a) se alimenta sozinho(a)? *(Se sim)* O que tu costumavas 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 costumavas 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?

## ANEXO D

**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 EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE (GIDEP/NUDIF - 2003)<sup>1</sup>

#### **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?
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?
11. Quanto tempo tu passas por dia com o bebê?
12. Como tu e a tua companheira lidam com a questão das despesas em relação ao bebê?
13. Que outras responsabilidades tu assumiste/assumes?

#### **II. Eu gostaria que tu me falasses um pouco sobre como está sendo a experiência de ser pai.**

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

14. Como tu estás te sentindo como pai?
15. O que mais te agrada em ser pai?
16. E o que é mais difícil para ti?
17. Em alguns momentos te sentes mais preocupado com o bebê? Quais?
18. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
19. O que mudou para ti desde que te tornaste pai?
20. Alguma coisa mudou no teu jeito de ser? O que? Como te sentes?
21. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
22. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? E na tua rotina? Como te sentes com essas mudanças?
23. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
24. Como tu te vês ou te descreves como pai?
25. Existe algum modelo de pai que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
26. Existe algum modelo de pai que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
27. Como o teu pai se relacionava contigo quando tu eras bebê? O que tu lembras?
28. E tu com o teu bebê, tens uma relação parecida ou diferente?
29. Como as pessoas te vêem como pai?

#### **III. Eu gostaria que tu me falasses como tu estás vendo a mãe do bebê como mãe.**

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

30. Como é o jeito dela lidar com o bebê?
31. Como tu achas que ela está sendo como mãe? Está sendo como tu imaginavas?
32. Como imaginas que ela te vê como pai?

#### **IV. O bebê foi para a creche?**

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

33. Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?
34. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
35. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?

36. Por que vocês escolheram colocar na creche?

---

<sup>1</sup> 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).

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

33. Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche? Quando?

34. Por que escolheram colocar (ou não colocar) na creche?

35. Como tu achas que ele vai reagir?

36. Como tu achas que tu vais te sentir?

# 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](mailto:pat.amorim@terra.com.br)*

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

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

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
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Passado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum	
	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	Single F32.x	
	Passado	<input type="checkbox"/>	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	
D EPISÓDIO MANÍACO	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto				
	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9	
	EPISÓDIO HIPOMANIACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0	
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
	EPISÓDIO HIPOMANIACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum	
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
	EPISÓDIO HIPOMANIACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
	E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
Atual		<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4	
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL					
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum	
	Passado	<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				
TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum	
J TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	
K DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1	
	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	
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.0-F19.1	
	(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/	F20.xx-F29	
	Atual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9		
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS				
	ESQUIZOFRENIA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	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. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

---

### • Entrevista:

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

### • Apresentação:

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

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

### • Convenções:

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

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

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

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

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

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

### • Instruções de cotação :

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

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

---

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A.  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788  
ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail : [dsheehan@hsc.usf.edu](mailto: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](mailto: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](mailto: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
		<b>A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

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

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

			Episódio Atual		Episódio Passado		
			NÃO	SIM	NÃO	SIM	
a		Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b		Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c		Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(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					
	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).					
	A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO					14
	SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

**EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)**

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

- |       |  |          |     |    |
|-------|--|----------|-----|----|
| A13 a | A2b É COTADA SIM ?   | NÃO      | SIM |    |
| b     | Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?<br>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 ?  | →<br>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	<b>Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [ sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [ sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	

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

→  
NÃO SIM 30

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

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

## D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
SE D1a = SIM:					
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:					
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
→					
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			NÃO	SIM	

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

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

	<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								
<b>D3 (SUMÁRIO):</b> 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:</i> O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).														
<b>D4 (SUMÁRIO):</b> UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM								
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
D6	COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE: <b>D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO,</b> E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.  ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE: <b>D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM</b> OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.  ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>EPISÓDIO MANÍACO</b></td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D8	COTAR SIM SE: <b>D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO</b>  ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</b></td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	<b>Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</b>		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM													
<b>Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</b>														
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.

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

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

**SUBTIPOS**

Ciclagem Rápida

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

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>14</sup>
<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.

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>15</sup>
<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.

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>16</sup>
<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 ?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>17</sup>
<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
- X2 Moderado
- X3 Severo sem aspectos psicóticos
- X4 Severo sem aspectos psicóticos
- X5 Em remissão parcial
- X6 Em remissão completa

**CRONOLOGIA**

- D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ?  idade 18
- D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve?  19

## K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	→ SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

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
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

## 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><b>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:</b></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?  
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS). NÃO SIM 9
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 10
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? NÃO SIM 11
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 12

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

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			COLUNA B		
		Resposta do(a) entrevistado(a)			Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		
				BIZARRO		BIZARRO	
M1	a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	1
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM	SIM	SIM	2
				→M6		→M6	
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM		SIM	3
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	4
				→M6		→M6	
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	SIM	5
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	6
				→M6		→M6	
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	SIM	7
	b	SE SIM: Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM		SIM	8
				→M6		→M6	
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	SIM	9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	10

		COLUNA A (ENTREVISTADO(A) BIZARRO		COLUNA B (ENTREVISTADOR(A) BIZARRO			
M6	a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?	NÃO	SIM	SIM	SIM	11
		COTAR "SIM BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?		SIM			
	b	SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês? COTAR "SIM BIZARRO" SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVIR VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.	NÃO	SIM	SIM	SIM	12
M7	a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO	SIM	SIM		13
	b	SE SIM: Teve essas visões no último mês ?	NÃO	SIM	SIM		14
<b>JULGAMENTO DO CLÍNICO</b>							
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? SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.			NÃO	SIM	

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
<b>TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*</b>	
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	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL	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	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA	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	21															
	SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE																	
	SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
	SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14																	
M13a																		
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?																	
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:																	
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																	
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)																	
		<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</b></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	<b>TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</b>			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>		
NÃO	SIM	22																
<b>TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</b>																		
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"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</b></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	<b>TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</b>			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>		
NÃO	SIM	23																
<b>TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</b>																		
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	<b>Durante ou depois</b> 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/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?	NÃO SIM	27															
d	SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?	_____	28															
M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO SIM	29															
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	(1), ausente (2), leve (3) moderada (4) severa	30															
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ?  CRONOLOGIA	(1) ≥ 1 dia a <1 mês (2) ≥ 1 mês a <6 meses (3) ≥ 6 meses	31															
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															

## TRANTORNOS 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
		↓	
		<b>PARAR. Passar à M24</b>	

**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
		↓		
		<b>PARAR. Passar à M24</b>		
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
		↓		
		<b>PARAR. Passar à M24</b>		
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
		↓		
		<b>PARAR. Passar à M24</b>		
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), ASSINAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

**Q1 Antes dos 15 anos:**

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

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

**Q2 Depois dos 15 anos:**

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO                      SIM

**TRANSTORNO DA  
PERSONALIDADE ANTISOCIAL  
VIDA INTEIRA**

## R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
<b>Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:</b>					
R2.	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?			→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?			→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM	18
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM	19
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM	20
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM	21
HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?			→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM	22
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM	23
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	24
		dificuldade de falar ?	NÃO	SIM	25
		dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM	26
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM	27
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM	28
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM	29
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM	30
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM	31
(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)					
HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?			→ NÃO	SIM	

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

**R9 É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA</b>	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	36 SIM
<b>TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL</b>	

## T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	

## Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?	→ NÃO	SIM	1
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês:			
	a. Teve dificuldade de se concentrar ou "brancos na mente" ?	NÃO	SIM	2
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	3
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?	NÃO	SIM	4
	d. Sentiu-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	5
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?	NÃO	SIM	6
	f. Chorava facilmente ?	NÃO	SIM	7
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?	NÃO	SIM	8
	h. Temia sempre o pior ?	NÃO	SIM	9
	i. Sentiu-se sem esperança ?	NÃO	SIM	10
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?	NÃO	SIM	11
	<b>Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?</b>	→ 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 <b>VIDA INTEIRA</b>	NÃO	SIM	14
	Distímia <b>VIDA INTEIRA</b>	NÃO	SIM	15
	Transtorno de Pânico <b>VIDA INTEIRA</b>	NÃO	SIM	16
	Transtorno de Ansiedade Generalizada <b>VIDA INTEIRA</b>	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	<b>Z5c É COTADA NÃO?</b>	NÃO	SIM	

**TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL**

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

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

**Transtornos Dolorosos**

307.80/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos

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

**Transtorno da Conduta**

312.80/F91.8

**Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**

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

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

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

**Transtornos de Ajustamento**

309.00/F43.20 Transtorno de Ajustamento com humor depressivo

309.24/F43.28 Transtorno de Ajustamento com ansiedade

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

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

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

309.90/F43.9 Transtorno de Ajustamento, sem especificação

**Transtorno Disfórico Pré-menstrual**

Nenhum código alocado

## CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

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

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

**Em qualquer situação em que:**

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

	<u>M.I.N.I. 4.4 or earlier versions</u>
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

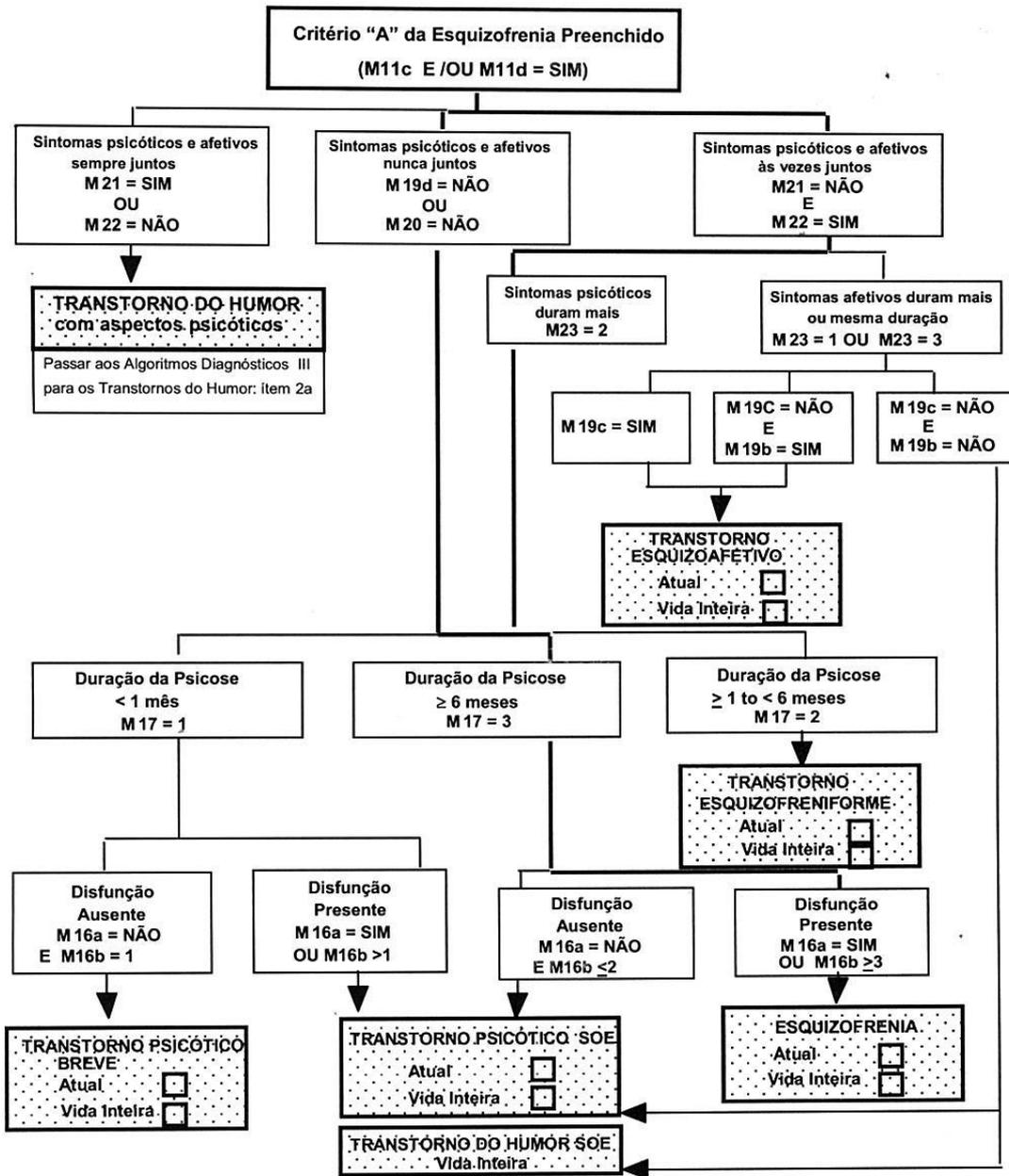
T. Oisubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima,  
J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima  
V. Janavs, J. Janavs  
K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger  
M. Masiak, E. Jasiak  
P. Amorim, T. Guterres, P. Levy  
P. Amorim  
A. Gahunia, S. Gambhir  
O. Driga  
A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky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

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

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

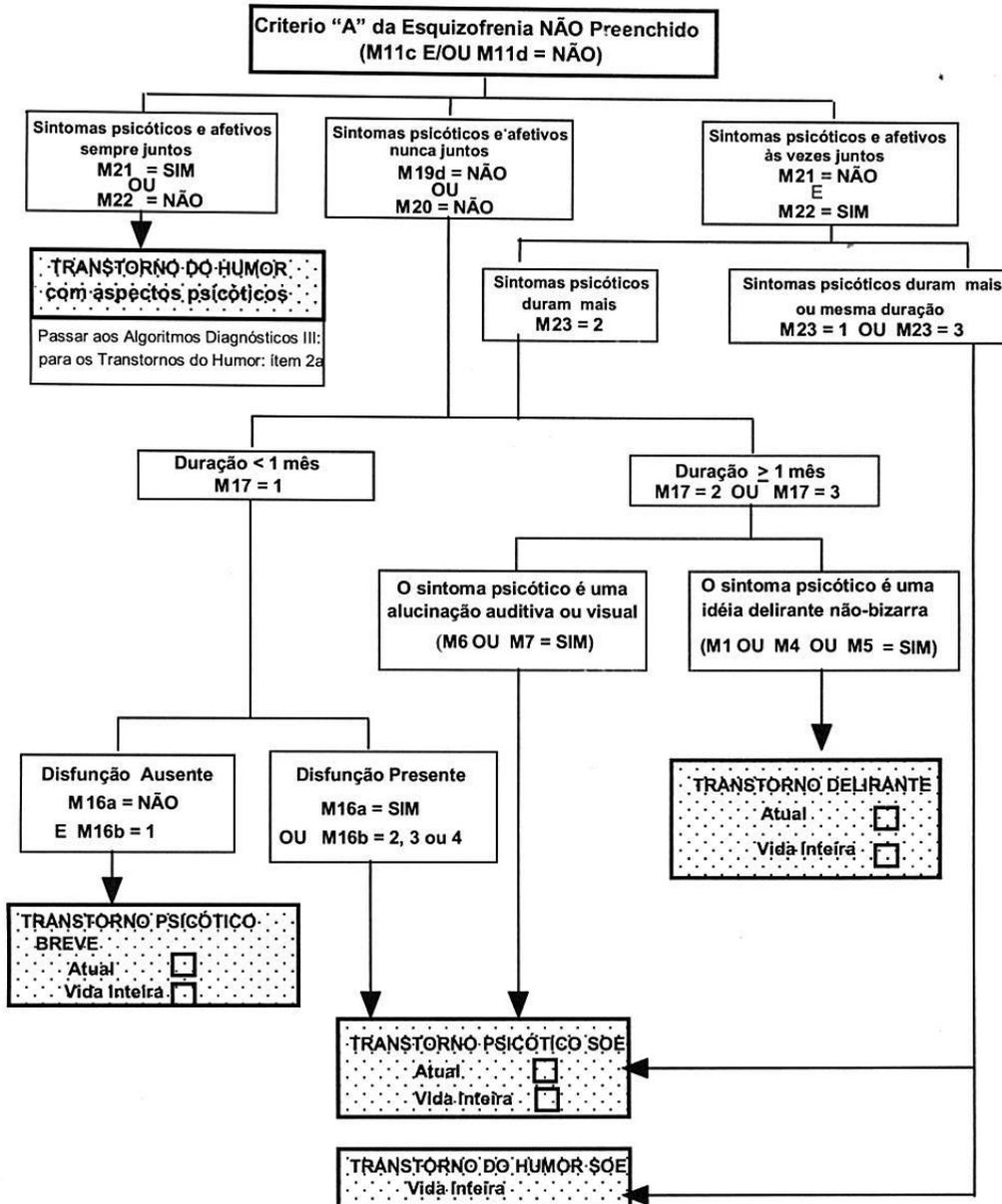
**TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I**

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



## TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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





ANEXO

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

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

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

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

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

## 2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

NÃO       SIM

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

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

---

## 3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

---

## 4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

---

---

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

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

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

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

NÃO  SIM

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

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

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

---

**6. OUTRAS OBSERVAÇÕES**

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

---

## ANEXO F

Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Caso: \_\_\_\_\_ Entrevistador(a): \_\_\_\_\_

### EPDS (Santos et al., 2004)

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

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

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

#### 2. Eu tenho pensado no futuro com alegria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal**

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

**9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado**

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

**10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.**

- ( ) Sim, muitas vezes
- ( ) Às vezes
- ( ) Raramente
- ( ) Nunca

## **ANEXO G**

## ANEXO H

### 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 I

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo I – versão Pai)

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. Queremos obter uma ampla compreensão do desenvolvimento da família, por isso pais e mães são convidados a participar do estudo.

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 paternidade 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 obtidas 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 da 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, outras famílias poderão ser beneficiadas. 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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: \_\_\_\_\_