

Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

Depressão Pós-natal

- Morbilidade psiquiátrica no casal,
desenvolvimento cognitivo e ajustamento
psicossocial na criança

Juliana Lopes da Rocha

Gandra, 2014

Juliana Lopes da Rocha

Depressão Pós-natal

- Morbilidade psiquiátrica no casal,
desenvolvimento cognitivo e ajustamento
psicossocial na criança

Dissertação apresentada no
Instituto Superior Ciências da
Saúde – Norte para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia
Clínica e Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Maria Emília

T. E. G. Areias

Gandra, 2014

Agradecimentos

À minha filha Mariana, obrigada por fazeres parte da minha vida. És a luz dos meus olhos, a minha fonte de inspiração. Um sorriso teu vale mais do que mil palavras.

Ao Pedro, agradeço a alegria, a tranquilidade com que encaras a vida e todos os momentos que vivemos juntos. Obrigada por fazeres parte da minha vida!

Aos meus Pais, agradeço o apoio incondicional. Obrigada por sempre me incentivarem a nunca desistir das minhas batalhas, mesmo quando a luta se revela difícil. Agradeço também toda a dedicação e tudo o que têm feito por nós ao longo da vida.

Aos meus Irmãos Diana, César e Daniel, obrigada pela alegria de viver e por cada momento passado juntos. Obrigada por existirem na minha vida, esta não teria o mesmo valor sem vocês. Vocês são o meu orgulho!

À minha irmã Diana, quero fazer um agradecimento especial pelo imenso apoio emocional e prático que me concedeu ao longo de todo este percurso. Sem ti nada seria possível. És fantástica, tens um enorme coração! Adoro-te!

À Sara, obrigada pela tua amizade, pelo teu apoio, pela ajuda e pelos momentos que passamos juntas. Que esta amizade dure para toda a vida.

À Filipa agradeço a simpatia, a ajuda e a disponibilidade. Foi uma agradável surpresa ter-te conhecido melhor.

Ao Professor Quintas, ao Professor Doutor Henrique Barros, à Doutora Carina e à Doutora Cristiana agradeço a enorme ajuda que me deram. Muito obrigada pela atenção!

À minha orientadora Professora Doutora Maria Emília Areias, agradeço toda a simpatia, disponibilidade, a excelência de ensino à qual nos habituou e a exigência constante ao longo de todo o curso. Agradeço toda a compreensão e paciência que teve para comigo.
Muito Obrigada!

Resumo

Introdução: A Depressão pós-natal (DPN) foi estudada sobre o ponto de vista das suas causas, natureza e consequências. No entanto, os seus efeitos a longo prazo sobre a saúde mental das famílias ainda não foram suficientemente aprofundados e emergem como uma questão interessante para analisar. A principal hipótese deste estudo é: Mães, pais ou casais, com morbilidade psiquiátrica, devido à depressão pós-natal, apresentam filhos com maiores dificuldades, a nível do desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial, do que mães, pais ou casais que não têm DPN. **Objetivos:** Perceber a influência das variáveis preditoras da DPN, na mulher e no homem; averiguar a concordância de diagnóstico de depressão no casal; relacionar a DPN na mulher, no homem e no casal com as variáveis da criança (desenvolvimento mental e ajustamento psicossocial); e compreender o efeito da DPN da mãe, do pai e do casal na criança e definir perfis de risco, para a morbilidade física, o desenvolvimento cognitivo (DC) e o ajustamento psicossocial (APS) da criança.

Métodos: **Participantes:** Este estudo inicialmente era constituído por 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial de depressão), 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o parto, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Recentemente, após 6 anos do início do estudo, realizou-se uma 5ª avaliação, constituída por 97 mulheres (idade média 35,8 anos \pm 4,3), 60 companheiros (idade média 37,5 anos \pm 4,7) e 95 crianças (45 do género feminino e 50 do género masculino) (idade média 68,4 meses \pm 3,6).

O estado de saúde e o ajustamento psicossocial dos participantes foram avaliados. Assim como o desenvolvimento cognitivo, no caso das crianças. **Instrumentos de Avaliação:** No início do estudo foram administrados diversos questionários, nomeadamente, a entrevista psiquiátrica - SADS- L, o questionário sobre depressão - EPDS, o questionário sobre depressão e ansiedade - HADS, o inventário sobre personalidade - EPI, a escala sobre otimismo - LOT-R, a entrevista sobre acontecimentos de vida recentes - PAYKEL, o questionário sobre suporte social - SSNI e a escala de classificação social da família - Graffar. Na 5ª avaliação foram

administrados a SADS-L e os questionários HADS e EPDS aos pais. Tendo sido também inquiridos sobre o apoio social, eventos estressantes e outras informações sobre a família. As informações demográficas, clínicas e psicossociais sobre os pais e os dados sobre a saúde física dos filhos, o desenvolvimento psicomotor e cognitivo, ao longo dos 6 anos, foram obtidas a partir das avaliações anteriores e também a partir das versões de ASEBA, o CBCL e o C-TRF (sobre o APS da criança) e da Escala de Griffiths (quanto ao DC).

Resultados: Ao longo dos 6 anos de estudo, verificou-se que a prevalência da depressão, na gravidez, foi de 35% nas 198 mulheres e 8% nos 152 homens. Após 2 semanas pós-natal, foi de 59% nas 198 mulheres e 26% nos 150 homens, sendo o período no qual a DPN foi mais elevada. Decorridos 6 semanas pós-natal, 36% das 197 mulheres e 8% dos 148 homens tinham DPN. Aos 12 meses pós-natal, a percentagem de DPN era de 53% nas 176 mulheres e 17% nos 139 homens. Após 6 anos pós-natal, 22% das 97 mulheres e 2% dos 60 homens participantes apresentaram depressão.

Relativamente às características da mulher quando associadas com a DPN, foi possível verificar uma associação positiva entre DPN e a DP durante a gravidez (OR ajustado=46,87; IC95%: 4,20-522,50), ansiedade anterior à gravidez (OR ajustado=13,86; IC95%: 2,35-81,83) e ansiedade 2 semanas pós-natal (OR ajustado=4,71; IC95%: 1,32-16,85). As mulheres de classe social III, segundo classificação de Graffar, têm 78% menos probabilidade de ter depressão pós-natal do que as mulheres das outras classes sociais (OR ajustado=0,22; IC95%: 0,05-0,95).

Quanto aos homens fumadores (OR=2,19; IC95%: 1,01-4,78), e também aos que tem características neuróticas (OR=3,51; IC95%: 1,17-10,51) têm maior probabilidade de ter DPN. Existe uma associação significativa positiva entre DPN no homem e a depressão antes da gravidez (OR=5,35; IC95%: 1,39-20,55), a ansiedade anterior à gravidez (OR=3,70; IC95%: 1,71-7,98) e de ansiedade 2 semanas pós-natal (OR=5,97; IC95%: 2,60-13,69). A ansiedade anterior à gravidez na mulher mostrou-se positivamente associada com a depressão pós-natal no homem (OR=3,31; IC95%: 1,55-7,04). Porém, ao ajustar os Odds ratio para as variáveis significativas, não se verificaram associações com a depressão pós-natal no homem.

Através da regressão linear, verificou-se uma associação entre a depressão pós-natal, no homem, na mulher separadamente e no casal, relativamente às variáveis da criança. No

ajustamento psicossocial (CBCL) pode-se verificar que o diagnóstico de DPN na mulher está associado a um aumento na reatividade emocional da criança. A ocorrência de DPN no casal está associada a um aumento dos problemas somáticos da criança. Enquanto a DPN na mulher está associada a um aumento dos comportamentos agressivos da criança, dos comportamentos globais do CBCL. No desenvolvimento cognitivo da criança (*Griffiths*) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível de desenvolvimento “locomotor” quando comparado com a DPN do homem ($p=0,001$) e com a DPN no casal ($p=0,047$).

Discussão: A prevalência da DPN foi mais acentuada na 2ª semana pós-natal, tal como descrito em estudos anteriores, correspondendo ao período em que a perturbação se inicia. Quanto aos determinantes da depressão, quer da mulher quer do homem vão de encontro ao descrito anteriormente, por Kheirabadi, et al., 2009; Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996; gravidez não planeada, complicações no pós-parto, depressão e ansiedade anterior à gravidez, depressão e ansiedade durante a gravidez e acontecimentos de vida negativos. No que diz respeito à relação entre a DPN dos pais e as implicações nos filhos, uma criança aos 6 anos que teve uma mãe com DPN tem um aumento significativo na reatividade emocional e nos comportamentos a nível geral, quando comparada com uma criança com uma mãe sem DPN. Segundo Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G. Norris, S., & Stein, A. (2010), a depressão pós-natal materna está associada a problemas de comportamento da criança, que surgem mais tarde, independente do nível socioeconómico da família. Quando a criança que teve os dois pais com DPN, tem um aumento significativo nos problemas somáticos quando comparada com uma criança que teve ambos os pais sem DPN. Verificou-se também a nível do desenvolvimento, que crianças cujo pai ou o casal apresentaram DPN pior desenvolvimento locomotor aos 6 anos de idade, comparativamente com crianças cujos pai ou casal não apresentaram DPN.

Conclusão: O surgimento de depressão e ansiedade antes ou durante a gravidez parece ser os determinantes mais relevantes da DPN. A DPN é muitas vezes grave e de longa duração, além disso, os nossos resultados sugerem que o seu efeito é duradouro sobre a saúde mental no casal e na PSA e CD das crianças.

Palavras-chave: Depressão pós-natal, perturbações psicopatológicas, ajustamento psicossocial, desenvolvimento cognitivo, mulheres, homens, crianças.

Abstract

Background: Postnatal Depression (PND) was studied on the point of view of its causes, nature and consequences. However, their long term effects on mental health of families have not yet been sufficiently investigated and emerge as an interesting question to analyze. The main hypothesis of this study is: Mothers, fathers or couples with psychiatric morbidity due to postnatal depression, have children with higher difficulties, cognitive development and psychosocial adjustment level than mothers, fathers or couples who have PND. Objectives: Understand the influence of predictor variables of PND, the woman and the man; determine the concordance of diagnosis of depression in the family; relate the PND in women, men and couples with child variables (mental and psychosocial adjustment); understanding the effect of PND mother, father and child in bed and define risk profiles, for physical morbidity, cognitive development (CD) and psychosocial adjustment (APS) of the child.

Methods: Participants: This study was initially composed of 198 women (75 with a previous diagnosis of depression and 123 with no history of depression), 152 fellows (33 with a previous diagnosis of depression and 119 with no history of depression) and 198 children. Participants were followed from 37 weeks of pregnancy to 12 months postpartum, having 4 reviews conducted at different times (37 weeks of gestation, two weeks post-natal, post-natal weeks 6 and 12 months post-natal). Recently, six years after the study began, there was a 5th Review, composed of 97 women (mean age 35.8 years \pm 4.3), 60 fellows (mean age 37.5 years \pm 4.7) and 95 children (45 female and 50 males) (mean age 68.4 months \pm 3.6).

The health status and psychosocial adjustment of the participants were assessed. As cognitive development for children. Assessment Instruments: At baseline were administered several questionnaires, including the psychiatric interview - SADS-L, the questionnaire on depression - EPDS, the questionnaire on depression and anxiety - HADS, the inventory of personality - EPI, the scale of optimism - LOT-R, the interview about recent life events - PAYKEL, the questionnaire on social support - SSNI and the scale of social classification of the family - Graffar. In the 5th assessment were administered the SADS-L and the EPDS and HADS questionnaires to parents. Were also asked about social support, stressful life events and other information about the family. The demographic, clinical and psychosocial information about the parents and

the data on the physical health of children, psychomotor and cognitive development over 6 years, were obtained from previous reviews and also from the ASEBA versions of the CBCL and the C-TRF (APS on the child) and the Scale of Griffiths (on the DC).

Results: Over the 6 years of study, it was found that the prevalence of depression in pregnancy, was 35% in 198 women and 152 men in 8%. After 2 postnatal weeks was 59% in 198 women and 150 men in 26%, being the period in which PND was higher. At 6 postnatal weeks, 36% of 197 women and 8% of the 148 men had PND. At 12 postnatal months, the percentage of DPN was 53% in 176 women and 139 men in 17%. After 6 years postnatal, 22% of 97 women and 2% of 60 male participants had depression.

Regarding the characteristics of women when associated with DPN, we observed a positive association between PND and PD during pregnancy (adjusted OR = 46.87, 95% CI 4.20 to 522.50), previous pregnancy anxiety (adjusted OR = 13.86, 95% CI 2.35 to 81.83) and anxiety 2 postnatal weeks (adjusted OR = 4.71, 95% CI 1.32 to 16.85). Women from social class III, according to the classification Graffar, have 78% less likely to have post-natal depression than women of other social classes (adjusted OR = 0.22, 95% CI 0.05 to 0.95).

How to male smokers (OR = 2.19, 95% CI 1.01 to 4.78), and also those who have neurotic characteristics (OR = 3.51, 95% CI 1.17 to 10.51) have higher probability of having PND. There is a significant positive association between PND in men and depression before pregnancy (OR = 5.35, 95% CI 1.39 to 20.55), previous pregnancy anxiety (OR = 3.70, 95% CI: 1 0.71 to 7, 98) and anxiety 2 postnatal weeks (OR = 5.97, 95% CI 2.60 to 13.69). The previous pregnancy anxiety in women was positively associated with post-natal depression in men (OR = 3.31, 95% CI 1.55 to 7.04). However, when adjusting the odds ratio for significant variables, there were no associations with postnatal depression in men.

Linear regression, there was an association between postnatal depression in man, the woman and the couple separately, for the variables of the child. In psychosocial adjustment (CBCL) can be verified that the diagnosis of PND in women is associated with an increase in emotional reactivity child. The occurrence of PND in bed is associated with an increase in somatic problems in children. Whereas the PND in women is associated with an increase in aggressive behavior of the child, the overall

behavior of the CBCL. In cognitive development (Griffiths) there were statistically significant differences in the level of "locomotor" development when compared with DPN man ($p = 0.001$) and with PND in bed ($p = 0.047$).

Discussion: The prevalence of PND was more pronounced in the 2nd postnatal week, as described in previous studies, corresponding to the period when the disturbance begins. Regarding the determinants of depression, whether woman or man's will against previously described by Kheirabadi, et al, 2009.; Areias ME, Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996; unplanned pregnancy, postpartum complications, depression and anxiety prior to pregnancy, depression and anxiety during pregnancy and negative life events. With regard to the relationship between PND parents and implications in children, a child age 6 had a mother with PND has a significant increase in emotional reactivity and behavior at a general level, when compared to a child with a mother without PND. Avan, B., Richter, LM, Ramchandani, PG Norris, S., & Stein, A. (2010), postnatal maternal depression is associated with child behavior problems that arise later, regardless of the socioeconomic level of the family. When the child had two parents with PND have a significant increase in somatic problems compared with a child who had both parents without PND. There was also a level of development that children whose father or the couple had PND worse locomotor development at 6 years of age, compared with children whose parent or couple showed no PND.

Conclusion: The emergence of depression and anxiety before or during pregnancy appear to be the most important determinants of PND. The PND is often severe and sometimes long, moreover, our results suggest that their effect is long-lasting on mental health in the PSA beds and children's and CD.

Key words: Postnatal Depression, psychopathological disorders, psychosocial adjustment, cognitive development, women, men, children.

Índice

Capítulo I. Introdução	1
Capítulo II. Objetivos	7
Capítulo III. Métodos	13
1.1 Participantes	14
1.2 Instrumentos de avaliação	15
1.2.1 Questionário de identificação	15
1.2.2 Anxiety and Depression Hospital Scale (HADS)	15
1.2.3 Escala de Depressão Pós-natal de Edinbugh (EPDS)	17
1.2.4 Entrevista Survey for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-L)	18
1.2.5 Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths 2-8 anos)	19
1.2.6 Child Behaviour Checklist (CBCL 1 ½ - 5 anos)	21
1.2.7 Caregiver – Teacher Report Form (C-TRF 2-5 anos)	22
1.2.8 Escala de Classificação Social de Graffar	23
1.2.9 Social Support Network Inventory (SSNI)	24
1.2.10 Eysenk Personality Inventory (EPI)	25
1.2.11 Escala de Orientação para a Vida Revista (LOT-R)	26
1.2.12 Interview for Recent Life Events (Paykel)	27
1.3 Desenho	28
1.4 Procedimentos	28
1.5 Métodos de análise estatística	30
Capítulo IV. Resultados	33
Capítulo V. Discussão	66
Capítulo VI. Conclusão	70
Capítulo VII. Bibliografia	72
Anexos	84

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO

Introdução

A maternidade é um processo de transição, dinâmico, que envolve e é influenciado por diversos fatores. Este processo, por si só, tem um enorme impacto, quer físico quer psíquico, na vida da mulher, do seu companheiro, assim como na dos filhos.

Para algumas mães, a transição torna-se mais difícil, desenvolvendo sintomas psiquiátricos (Mayberry, L.J., J.A. Horowitz, & Declercq, E.,2007). Geralmente, as alterações psiquiátricas do pós-natal são divididas nas seguintes categorias post-partum blues ou baby blues (estado emocional transitório de humor depressivo, irritabilidade, labilidade emocional e insónia, de curta duração e sem expressão patológica), psicose pós-parto (episódio psicótico agudo com dupla polaridade de humor e delirante) e depressão pós-natal (Bayle, F., & Martinet, S., 2008). Quanto à Depressão pós-natal (DPN) é definida como um tipo de depressão que geralmente ocorre duas a oito semanas após o parto e pode durar mais de dois anos (Maloney, M., 1998; Hewitt, C.E., et al., 2009).

Relativamente aos sintomas associados à DPN, estes são: humor depressivo, diminuição de interesse ou de prazer, perda ou ganho de peso, alterações do apetite, insónia ou hipersónia, fadiga, agitação ou lentificação psicomotora, sentimentos de desvalorização ou de culpa, problemas de concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte. Podem surgir também, com frequência, labilidade emocional, flutuações de humor e excesso de preocupação com o bebé (O'Hara, M.W.,2009). Geralmente, surgem vários destes sintomas simultaneamente, podendo surgir alternados e sua gravidade pode variar ao longo do tempo.

Segundo o Relatório de saúde mental (2013), as perturbações depressivas são a 3ª causa de doença, a nível mundial, sendo a 1ª nos países desenvolvidos. Estando previsto que passem a ser a 1ª, em 2030, a nível mundial. No caso específico da DPN, estima-se que 13 % das mães de “primeira viagem” sofrem de depressão pós-natal (APA, 2005).

A depressão é relativamente comum, mais ainda nos primeiros meses após o nascimento. Geralmente inicia-se entre a quarta e a oitava semana após o parto e pode persistir por mais de um ano (Schmidt *et al.*, 2005). Dos vários estudos realizados em diferentes culturas e países ocidentais demonstraram que entre 10 a 20% das mulheres

puérperas sofrem de depressão, porém, a prevalência poderá, ser ainda superior à taxa referida, uma vez que grande parte das pacientes não procuram ajuda profissional e ocultam a DPN (APA, 2005). Baseando-se numa revisão da literatura, Mann, Gilbody, & Adamson (2010) concluíram que o conhecimento sobre a incidência e prevalência da DPN ainda não são universalizáveis.

As mulheres com história anterior de depressão estão mais propensas a desenvolver depressão pós-natal, e os eventos estressantes ainda aumentam mais o risco (Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996).

Vários fatores têm sido sugeridos ao longo do tempo como sendo de risco para o desenvolvimento da DPN, tais como, acontecimentos de vida negativos, relação conjugal desadequada, suporte social fraco, depressão anterior à gravidez ou durante a gravidez, ansiedade durante a gravidez, história de disforia pré-menstrual, antecedentes próprios ou familiares de perturbações (Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M., 2002), pós-parto blues e problemas médicos neonatais (Newport, D.J., Hostetter, A., Arnold A., & Stowe, Z. N., 2002). Ter um historial de depressão pós-parto significa que terá uma taxa de recorrência de 50% no próximo período puerperal. Quanto a um historial de depressão major, em qualquer momento da vida, determina um aumento de 30-40% de risco para o surgimento de DPN (Alici-Evcimen, Y. & Sudak, D.M., 2003). Leigh & Milgrom (2008), bem como Kim, Hur Kim, Oh & Shin (2008) descobriram que o fator de risco mais importante na DPN é a ocorrência de depressão anterior. Dois fatores consistentemente associados com risco aumentado de PND são o baixo nível educacional e a gravidez não planeada. Kheirabadi, et al. (2009), ao efetuarem o levantamento de DPN em 6627 as mulheres de uma comunidade rural do Irã, até 12 meses após o parto, concluíram que os fatores de risco demográficos foram semelhantes aos encontrados em outras partes do mundo: a baixa escolaridade, gravidez não planeada e o sexo do bebé ser diferente do desejado. Matos, Piélagos & Figueroa (2009), também verificaram que a gravidez não planeada e o fato de as mulheres não serem casadas estava associado com maior prevalência de depressão.

Satoh, et al. (2009) referem a importância do apoio social, uma vez que concluíram que a cooperação do marido no período pós-parto está associada a uma diminuição da pontuação da Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), quer para mães de primeira viagem, quer para múltiparas. Num estudo que realizaram,

de acompanhamento de 169 mulheres no Japão, concluíram que a primiparidade e ter pouca cooperação do marido foi associado a uma DPN tardia.

Bielinski, et al. (2009), que estudou a percepção de suporte emocional em relação ao parceiro, concluiu que as mães que estão envolvidas num relacionamento onde há pouco apoio emocional mútuo têm um risco significativamente maior de ter sintomas depressivos "estáveis" do que as mães que têm um relacionamento onde existe grande apoio emocional mútuo. Portanto, receber apoio emocional de uma parceria com um sentimento de satisfação mútua em troca trata-se um fator de proteção, para a adaptação psicológica das mães ao período pós-natal.

Porém a DPN não é exclusiva das mulheres, também afeta os homens (Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996; Goodman, 2004). Estes estão mais propensos a tornarem-se deprimidos num período de 3 a 12 meses após se tornarem pais, caso tenham um historial de depressão e se as suas esposas estiveram deprimidas durante a gravidez ou nos primeiros 3 meses após o parto (Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996). Estudos recentes revelam que a depressão pós-natal afeta também 5-10% dos pais (Paulson, J.F., & Bazemore, S.D., 2010).

Os homens deprimidos têm maior probabilidade para expressar e receber emoções negativas nas interações com as suas companheiras. Também apresentam maior propensão para se afastarem e não participarem nas interações do casal, em momentos de stress (Johnson, S.L., & Jacob, T., 2000; Papp, L.M., Goeke-Morey, M.C., & Cummings, E.M., 2007). O estudo realizado por Ramchandani, P.G., et al. (2011), demonstrou que a depressão paterna está associada a um aumento do risco de conflito interparental, no período pós-natal, e que esta associação ainda se mantém mesmo quando a depressão materna está controlada.

A existência de associação entre depressão pré-natal e depressão pós-natal foi evidente em cerca de 10% dos homens, sendo esta relação maior no período entre os 3-6 meses pós-natal. A DP paterna também demonstrou ter uma correlação positiva moderada com a DP materna (Paulson, J.F., & Bazemore, S.D., 2010). Os primeiros estudos realizados com casais sugerem uma forte associação entre a depressão nos casais (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996a e b) e foram confirmados por investigações posteriores (Teixeira, Gonçalves, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010).

Alguns sintomas vivenciados na DPN paterna também são diferentes dos da DPN na mulher, apresentam maiores níveis de irritabilidade e expressam raiva. Estes fatores podem conduzir a diferenças no impacto da depressão paterna no desenvolvimento dos seus filhos, comparativamente com a depressão materna, principalmente nas fases iniciais de desenvolvimento da criança (Madsen, S.A., & Juhl, T., 2007).

A DPN paterna aumenta o risco de dificuldades cognitivas e comportamentais nas crianças. Este efeito é independente do impacto da depressão materna e pode ser particularmente devastador, quando a criança tem de conviver desde cedo com um pai deprimido, ou seja, num período sensível do seu desenvolvimento. (Ramchandani, P.G., O'Connor, T.G., Evans, J. et al., 2008; Paulson, J.F., Keefe, H.A., & Leiferman, J.A., 2009). Ramchandani, P.G., et al. (2011) verificaram que a depressão paterna está relacionada com um temperamento infantil mais difícil.

De facto, esta perturbação tem sido reconhecida por ter um grande impacto sobre as famílias no período pós-parto (Ballard et al, 1994; Areias, Kumar, Barros e Figueiredo, 1996a e b; Teixeira et al, 2010). Porém, no caso dos efeitos provocados nas crianças, Naicker, K., Wickham, M., & Colman, I. (2012) constataram através do seu estudo, que os adolescentes que foram inicialmente expostos à depressão materna entre os 2-3 anos e 4-5 anos de idade têm 2 vezes mais probabilidade de desenvolver perturbações emocionais. No entanto, este aumento não se verificou nos que estiveram expostos durante o 1º ano pós-parto ou mais tarde na infância, ou seja, existe um período mais sensível à exposição da depressão materna.

Alguns estudos identificaram os efeitos da depressão parental nos parâmetros de crescimento e da morbilidade física das crianças ao longo do primeiro ano de vida (Patel, Rahman, Jacob & Hughes, 2004; Stewart RC, 2007). A depressão pós-natal materna também está associada a problemas de comportamento da criança, que surgem mais tarde, independente do nível socioeconómico da família (Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G. Norris, S., & Stein, A., 2010).

Filhos adolescentes cujas mães tiveram DPN têm maior probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade (Halligan, S.L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P.J., 2007). Assim como, mães que desenvolveram DPN aumentam o risco dos filhos terem depressão aos 16 anos de idade. Este risco pode ser parcialmente explicado

pela vulnerabilidade infantil à qual estiveram sujeitos na infância e nos primeiros anos de vida e pela exposição à adversidade familiar (Murray, L., et al., 2011).

Mediante os estudos referidos, os efeitos deletérios da DPN, no casal e nas crianças são evidentes. Os membros da família são afetados não só a curto prazo, mas também a longo prazo, podendo a família estar em risco significativo de depressão e de outras psicopatologias. Deste modo, é extremamente fundamental dar continuidade ao estudo desta perturbação, com o intuito de aprofundar os fatores de riscos e as repercussões, para que num futuro próximo seja possível prevenir e tratar com maior facilidade a DPN.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

Objetivos

Considerando os fatores e consequências referidos na literatura relacionados com a ocorrência da depressão pós-natal, quer no casal quer na criança, definiu-se cinco variáveis a avaliar: variáveis sócio-demográficas, variáveis clínicas, variáveis hormonais, variáveis psicossociais e variáveis desenvolvimentais da criança.

As variáveis sócio-demográficas dizem respeito à idade, estado civil, habilitações académicas, classificação profissional e situação face ao emprego. Estas variáveis foram obtidas através da Escala de Graffar e de um questionário construído previamente para recolher estes dados.

Relativamente às variáveis clínicas estudadas foram a depressão e ansiedade, no homem e na mulher. A depressão caracteriza-se por uma alteração específica no estado de espírito (tristeza, solidão, apatia), um autoconceito negativo associado a autorrecriminações e autoculpabilização, desejos regressivos e autopunitivos (desejo de desaparecer ou morrer), alterações corporais (anorexia, insónia, perda da libido) e lentificação ou agitação motora (Beck, A. & Alford, B., 2009). Relativamente à ansiedade trata-se de um estado de tensão, apreensão, medo ou preocupação, geralmente relacionada com eventos, situações ou objetos específicos. Os sintomas associados à ansiedade são tremores, náuseas, palpitações, vertigens, diarreias, boca seca, falta de ar e dores no peito (Pais-Ribeiro et al., 2007).

As variáveis hormonais avaliadas são o estrogénio, a progesterona e o cortisol na saliva (esta última foi avaliada em ambos os elementos do casal).

Segundo a literatura as oscilações hormonais ocorridas na gravidez e no pós-parto podem estar relacionadas com o surgimento da DPN. Os meses após o parto são momentos de vulnerabilidade acrescida, para o surgimento de sintomatologia depressiva. Entre outros fatores, ocorrem mudanças bruscas a nível hormonal que podem ter influência na DPN (Hendrick, V., et al., 1998).

As hormonas desempenham um papel fundamental na gravidez, sendo que a maioria são segregadas pela própria placenta, como é o caso do estrogénio e da progesterona. Durante o ciclo menstrual feminino normal, estas hormonas sexuais femininas são segregadas pelos ovários (corpo lúteo). A secreção placentária destas hormonas ocorre após poucas semanas do início da gravidez e aumenta rapidamente após a décima sexta semana de gravidez, atingindo o seu máximo pouco antes do

nascimento do feto. A secreção de estrogénio aumenta cerca de 30 vezes e a de progesterona cerca de 10 vezes, comparativamente às quantidades segregadas durante o ciclo menstrual normal (Soares & Alves, 2006).

O estrogénio provoca rápida proliferação da musculatura uterina, aumento bastante acentuado do crescimento do sistema vascular para o útero, dilatação dos órgãos sexuais externos e do orifício vaginal, o que provê uma via adequadamente maior para a passagem do feto, e o aumento das glândulas mamárias. A progesterona tem como funções permitir que as células do endométrio armazenem glicogénio, gorduras e aminoácidos, exerce um forte efeito inibidor sobre a musculatura uterina, permitindo o relaxamento durante toda a gravidez e complementa os efeitos do estrogénio sobre o peito da mãe (Soares & Alves, 2006).

Com a remoção da placenta no momento do parto, os níveis de estrogénio e progesterona caem abruptamente, atingindo os níveis pré-gravidez até ao quinto dia pós-parto. O mesmo sucede com o cortisol, que também aumenta bastante na gravidez, atingindo o máximo num curto espaço de tempo e entra em declínio no momento do parto (Soares & Alves, 2006).

O cortisol é uma hormona indispensável à vida e com diversas funções (Saraiva et al., 2005). É sintetizada nas glândulas suprarrenais e a sua produção aumenta significativamente perante stressores físicos e psicológicos (Soares & Alves, 2006). Saraiva et al., 2005, concluíram que na depressão major existe uma hipercortisolemia, em parte responsável pela sua génese.

Quanto às variáveis psicossociais do casal, optou-se por avaliar as características que definem a personalidade (neuroticismo, otimismo, introversão e extroversão), os acontecimentos de vida com impacto negativo e o suporte social. Segundo Ito, Gobitta & Guzzo, 2007, o neuroticismo caracteriza-se por uma propensão do sujeito para experienciar emoções negativas como ansiedade, depressão, baixa autoestima, hostilidade, impulsividade, medo, tristeza, culpa, repugnância e raiva. Pontuações elevadas nos parâmetros que avaliam o neuroticismo, indicam que os indivíduos têm uma maior predisposição para adotarem ideias irracionais, para ser impulsivo, baixa tolerância à frustração, ao conflito e a situações dolorosas (quer físicas, quer psicológicas) e exibem respostas de coping menos adaptativas. Isto é, o fator neuroticismo diz respeito ao nível crónico de instabilidade e baixo ajustamento emocional. Sujeitos com neuroticismo elevado são propensos a sofrimento psicológico e

que podem ostentar altos níveis de hostilidade, vulnerabilidade, ansiedade, depressão, impulsividade e autocrítica. No entanto, cotações baixas em neuroticismo não significam obrigatoriamente que o indivíduo se encontre mentalmente são, porém são calmos, relaxados, estáveis, menos agitados (Gleytman, 2002).

Portanto, pode-se concluir que o neuroticismo, é um traço ou tendência estável da personalidade e por isso, é praticamente inseparável da ansiedade (Oliveira, 2004). Estudos têm comprovado que o neuroticismo está correlacionado com o pessimismo, com a depressão e a variação de humor (Oliveira, 2004). Enquanto, Suls, Green & Hillis (1998) encontraram uma correlação positiva entre neuroticismo e a reação emocional aos problemas do cotidiano.

Quanto à extroversão, este é um fator preditor de situações positivas, principalmente no círculo das amigadas e do trabalho (Heady & Wearing, 1989). Thorne (1987), verificou que as pessoas extrovertidas são mais entusiastas, alegres, abertas e sociáveis, ao contrário das introvertidas que são tímidas, sérias e reservadas.

Portanto, relativamente ao otimismo e à extroversão, espera-se que possam desempenhar um papel protetor, ou seja, que as mulheres e os homens mais otimistas e mais extrovertidos manifestem menores índices de DPN. Enquanto, níveis mais elevados de ansiedade, depressão, introversão e neuroticismo estarão associados a maiores índices de DPN.

No que diz respeito aos acontecimentos de vida stressantes (ou negativos), estes podem exercer um impacto negativo objetivo no dia a dia do sujeito. Os acontecimentos de vida stressantes são fenômenos discretos, descontínuos e transversais do indivíduo, que significam em simultâneo uma mudança e alteração no curso de vida. Estas alterações afetam o equilíbrio global, exigindo-lhe um esforço de readaptação (Lancaster, C.A., et al., 2010). O'Hara, M.W. (1986) concluíram que mulheres com depressão pós-natal relataram terem ocorrido acontecimentos de vida mais stressantes, após o parto, do que as mulheres que não apresentaram depressão pós-natal.

O suporte social tem sido visto como uma variável mediadora que pode amortecer o impacto dos acontecimentos de vida e que determina em certa medida a forma como os indivíduos reagem as circunstâncias adaptativas.

Segundo Vaz Serra (1999), o apoio social é um termo vasto relacionado com a qualidade e coesão das relações sociais que rodeiam uma pessoa, a resistência dos laços

estabelecidos, a regularidade de contacto e a forma como é compreendida a existência de um sistema de apoio, que pode ser útil quando se torna necessário prestar cuidados.

Dennis, C.L. et al. (2009) também verificaram um aumento significativo no risco do aparecimento de depressão pós-natal em mulheres que não têm alguém para conversar abertamente sobre as suas angústias e problemas, que não possuem um confidente íntimo ou amigo.

O apoio prático pós-parto é um fator importante para o bem-estar físico e emocional das mães e dos seus recém-nascidos. As mulheres que ajudam a identificar as suas próprias necessidades e expectativas, em torno do apoio social que precisam conseguem com maior facilidade mobilizar apoio. Além disso, as intervenções destinadas a reforçar a capacidade das mães para conseguirem apoio social, podem não só reduzir os sintomas depressivos pós-parto, mas também podem contribuir para uma melhor recuperação no pós-parto das mães (Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A., 2013).

No que se refere às variáveis psicossociais da criança, estas relacionam-se com o ajustamento psicossocial (reatividade emocional, ansiedade/depressão, problemas somáticos, isolamento, problemas de sono, problemas de atenção e comportamentos agressivos), verificado através dos Questionários CBCL (Child Behavior Checklist – 1^½ - 5 ages) e do TRF (Caregiver – Teacher Report Form).

Nas variáveis desenvolvimentais estão incluídas variáveis como o perímetro cefálico, peso corporal e altura, recolhidas a partir do questionário criado e também da Escala desenvolvimental – Griffiths que permite verificar o desenvolvimento geral (que avalia fatores tais como locomoção, pessoal/social, audição/ linguagem, olho/mão, realização e raciocínio prático).

Perante as variáveis mencionadas, os objetivos da investigação são os seguintes:

- Calcular para ambos os sexos a incidência e prevalência da depressão, nos diversos momentos (antes da gravidez, às 37 semanas de gravidez, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal, 12 meses pós-natal e 6 anos pós-natal);

- Comparação entre os participantes iniciais (1^a avaliação) e os participantes 6 anos mais tarde (5^a avaliação), para averiguar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas;

- Verificar quais os determinantes da DPN para ambos os sexos, em qualquer momento avaliado (até 1 ano pós-natal);

- Perceber a influência das variáveis preditoras da DPN, na mulher e no homem;
- Averiguar a concordância de diagnóstico de depressão no casal, partindo da hipótese nula, ou seja, de que não existe concordância;
- Relacionar a DPN na mulher, no homem e no casal com as variáveis da criança (desenvolvimento mental e ajustamento psicossocial);
- Compreender o efeito da DPN da mãe, do pai e do casal na criança e definir perfis de risco, para a morbidade física, o desenvolvimento cognitivo e o ajustamento psicossocial da criança.

Mediante os objetivos estabelecidos as hipóteses formulada para esta investigação são:

- O diagnóstico de DPN na mulher é concordante com o diagnóstico de DPN no homem.
- O diagnóstico de DPN no homem é concordante com o diagnóstico de DPN na mulher.
- Mães com morbidade psiquiátrica, devido à depressão pós-natal, apresentam filhos com maiores dificuldades, a nível do desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial, do que mães que não tiveram DPN.
- Pais com morbidade psiquiátrica, devido à depressão pós-natal, apresentam filhos com maiores dificuldades, a nível do desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial, do que pais que não tiveram DPN.
- Casais com morbidade psiquiátrica, devido à depressão pós-natal, apresentam filhos com maiores dificuldades, a nível do desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial, do que casais que não tiveram DPN.

CAPÍTULO III. MÉTODOS

1. Métodos

1.1.Participantes

Este estudo inicialmente era constituído por 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial de depressão), 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses após o parto, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Recentemente, após 6 anos do início do estudo, realizou-se uma 5ª avaliação, constituída por 97 mulheres (idade média 35,8 anos \pm 4,3), 60 companheiros (idade média 37,5 anos \pm 4,7) e 95 crianças (45 do género feminino e 50 do género masculino) (idade média 68,4 meses \pm 3,6).

Comparativamente com as avaliações anteriores, na última avaliação (5ª avaliação) o número de participantes foi significativamente inferior¹. Porém, apesar da discrepância, efetuou-se um estudo para verificar se as características da amostra inicial ainda se mantinham, tendo-se constatado que apesar da amostra atual se apresentar menos numerosa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as características iniciais encontram-se preservadas, no presente estudo². As razões da perda de participantes estiveram relacionadas com a recusa em participar novamente na investigação, quando contactados, devido ao prolongamento da participação, visto se tratar da 5ª avaliação; o facto de entre a penúltima e última avaliação terem decorrido 4 anos, tendo-se perdido contactos, devido a mudança de residência e de números telefónicos, em simultâneo; e também com o facto de 12,4% dos casais se terem separado, desde a avaliação anterior. O que explica a existência de uma discrepância maior entre o número de mulheres e o número de homens a participar, pois no caso de casais divorciados, apenas participaram a mãe e a criança.

¹ Tabela 1 do Capítulo IV: Resultados

² Tabela 3 do Capítulo IV: Resultados

1.2. Instrumentos de avaliação

1.2.1. Questionário de identificação³

O questionário de identificação foi criado com o intuito de recolher informações relevantes acerca dos elementos do casal e da criança, tais como: código atribuído no âmbito da investigação, data, identificação do entrevistador, qual a avaliação, dados pessoais da mulher e do homem (nome, morada, contactos, idade, nacionalidade, estado civil, raça, nível escolar, profissão, situação face ao emprego, se vive com o pai da criança e há quanto tempo, números e idade dos filhos). Em relação à criança, os dados recolhidos foram os seguintes: nome, data de nascimento, peso, altura, se foi amamentado, idade em que começou a andar e a falar, hábitos de sono e alimentares, controlo esfinteriano, se teve doenças que necessitassem de internamento hospitalar, e por fim se frequentou, creche, infantário e ou pré-escola.

1.2.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)⁴

O questionário de autorresposta Hospital Anxiety and Depression Scale foi criado em 1983 por Zigmond e Snaith, com o objetivo de efetuar deteções alargadas de sintomatologia depressiva e ansiosa em pacientes com patologia física, em atendimento ambulatorio. A HADS tem sido muito usada na avaliação breve da depressão e ansiedade em populações psiquiátricas. Esta escala de avaliação distingue-se de outras escalas de avaliação, no que diz respeito à população alvo, não se focando em aspetos somáticos (Herman, 1977). Deste modo, torna-se possível a sua aplicação em populações com patologias físicas, não existindo o risco de sobreposição e/ou confusão de sintomatologia física, com um diagnóstico de depressão e/ou ansiedade.

A HADS é composta por 14 itens distribuídos por dois grupos: 7 itens estão relacionados com a avaliação da depressão, e 7 referem-se à ansiedade. Os itens estão apresentados através de afirmações, às quais o sujeito responde referindo-se ao modo como se tem sentido na última semana. Em cada item existem 4 hipóteses de resposta, correspondendo cada uma a determinada

³ Anexo II

⁴ Anexo III

pontuação, de 0 a 3 pontos. A soma dos itens permite obter os totais para as subescalas depressão e ansiedade, compreendidos entre 0 e 21 pontos, sendo que os níveis de ansiedade e depressão aumentam de acordo com o aumento do somatório dos itens. Desta forma, mediante a pontuação obtida e o grau de severidade de depressão e de ansiedade, assume-se a seguinte classificação: “normal “ (0-7), “leve” (8-10), “moderada” (11-15) e “severa” (16-21) (Pais-Ribeiro, J., et al., 2007).

Zigmond & Snaid (1983), consideraram como ponto de corte o valor 8, sendo que valores inferiores representam a ausência de ansiedade e de depressão. Já os valores superiores a 8 sugerem a presença de uma perturbação.

Na presente investigação, a versão utilizada foi a portuguesa, traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro et al. (2007) tendo sido administrada a 1322 pacientes com cancro, epilepsia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes, apneia obstrutiva do sono, distrofia miotónica e depressão, assim como a um grupo controlo, sem qualquer patologia.

Mediante a análise das correlações dos itens da subescala de ansiedade com o total da escala demonstrou que todos os itens apresentavam correlações superiores a 0,43, variando entre 0,50 e 0,59. No item 11 verificou-se uma correlação mais baixa, 0,24, tal como noutros estudos efetuados (Pais-Ribeiro et al., 2007). Quanto às correlações dos itens da subescala de depressão com o total da escala, os valores variam entre 0,60 e 0,69, exceto o item 8, no qual a correlação é de 0,37, indo de encontro aos dados de outros estudos. A consistência interna para as subescalas de ansiedade e depressão foi elevada, de 0,76 e 0,81, respetivamente. A aplicação em momentos distintos, permitiu uma análise teste-reteste, tendo-se confirmado a sensibilidade da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Portanto, a versão portuguesa da HADS revelou-se um instrumento válido para avaliar a ansiedade e a depressão no contexto médico, possuindo propriedades métricas similares aos estudos gerais efetuados noutros países (Pais-Ribeiro et al., 2007).

1.2.3. Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgh (EPDS)⁵

A escala de Edinburgh Postnatal Depression Scale destina-se ao diagnóstico da DPN, permitindo detetar casos de depressão na população, através de consultas regulares de saúde pós-natais. Foi criada por Cox, Holden e Sagovsky, em 1987, e foi validada para a população portuguesa, mantendo os mesmos procedimentos da validação original, por Areias, Kumar, Barros e Figueiredo, em 1996. Esta escala é de autorresposta e é constituída por 10 itens, que se agrupam em 3 pontos. A cotação deste instrumento varia entre 0 e 30 pontos e o ponto de corte considerado foi 9, uma vez que vários estudos referem que mulheres com uma classificação igual ou maior que 9 encontram-se deprimidas, tal como foi referido no estudo de Figueiredo (2001), por exemplo. Os resultados obtidos por Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996), demonstraram uma média de valores do EPDS referentes ao diagnóstico de casos de depressão major ou minor de $10,0 \pm 3,89$ e $8,40 \pm 2,88$, nas mulheres, e de $7,50 \pm 4,80$ e $8,0 \pm 7,70$, nos homens, revelando que o EPDS consegue discriminar quer a depressão major quer a minor nas mulheres, mas não nos homens. Porém, numa revisão efetuada por Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., & Gray, R. (2009), demonstrou que este instrumento continua ser muito utilizado para a identificação da DPN.

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J., & Howie, P. (2001) consideraram que o EPDS é uma medida confiável e válida para avaliar os homens. No entanto, defenderam que a triagem para a depressão ou a ansiedade em pais exige um corte de dois pontos mais baixo, do que a triagem para a depressão ou a ansiedade em mães, e recomendaram que o ponto de corte deve ser 5/6.

De modo a reforçar a confiabilidade deste instrumento, nesta investigação foram incluídos o EPDS e a entrevista semiestruturada SADS-L como métodos de diagnóstico da DPN (entre outras perturbações), tendo em conta vários estudos que comprovam que a fiabilidade do EPDS aumenta quando administrado em conjunto com a SADS-L.

⁵ Anexo IV

1.2.4. Entrevista Survey for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS-L)⁶

A entrevista psiquiátrica estandardizada, Survey for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS-L é uma entrevista semiestruturada que permite obter informação pormenorizada sobre o estado mental atual e retrospectivo do inquirido, permitindo executar um diagnóstico e circunscrever com rigor os períodos da perturbação. A SADS-L baseia-se na classificação nosológica RDC (Research Diagnostic Criteria) de NIMH que é um esquema equiparável e, em geral, transponível para o sistema nosológico do DSM-IV.

A SADS-L corresponde à segunda versão da SADS e tem como objetivo diagnosticar a possível presença de problemas psiquiátricos, ao longo da vida da pessoa. Esta escala é constituída por mais de 200 itens, e a resposta a estes itens é dada através de uma opção do tipo Likert, com 6 escolhas possíveis. O tempo de administração é de 1,5 a 2 horas, devendo esta ser efetuada apenas por um psiquiatra, psicólogo ou assistente social. O resultado final corresponde a uma das oito escalas possíveis: humor e ideação; recursos endógenos; características depressivas associadas, ansiedade, ideação e comportamento suicida; síndrome maníaca, delírios /alucinações, perturbação do pensamento formal (Groth-Marnat, G., 2009).

A confiabilidade interavaliador para as categorias específicas de diagnóstico tem demonstrado ser bastante elevada. A consistência interna (Alpha de Cronbach) tem variado de 0,88 a 0,52 para a Perturbação Maníaca Crónica e para a Perturbação Depressiva Intermitente e para a Perturbação Esquizoafectiva e para a Depressão foi de 0,84. Globalmente, a SADS demonstrou excelente confiabilidade, especialmente para as confiabilidades inter e teste-reteste relacionados com episódios atuais de distúrbios psiquiátricos (Ehler & Spiker, 1984 cit in Groth-Marnat, G., 2009).

Esta entrevista tem sido utilizada para prever as características clínicas, o desenvolvimento e o resultado de várias perturbações, incluindo a Depressão Major, a Esquizofrenia, e a Perturbação Bipolar. Uma série de estudos confirmam que também tem sido utilizada com sucesso para detetar padrões

⁶ Anexo V

familiares de Esquizofrenia (Stompe et al., 2000 cit in Groth-Marnat, G., 2009) e a Perturbação Obsessivo-compulsiva (Bienvenu et al., 2000 cit in Groth-Marnat, G., 2009).

Neste estudo, a SADS-L foi utilizada inicialmente para avaliar os participantes no que se refere à sua saúde mental e diagnosticar eventuais perturbações psicopatológicas, assim como nas avaliações da 6ª semana, dos 12 meses e dos 6 anos pós-natal, de forma a se criar uma medida contínua do funcionamento psicológico. Esta medida permite avaliar a ocorrência de diversas perturbações no período pré-natal e pós-natal, de acordo com critérios de diagnóstico estritamente definidos. A escolha da SADS-L, deve-se ao facto de esta continuar a ser apontada como uma das melhores entrevistas para medir o Eixo I do DSM-IV.

1.2.5. Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths 2–8 anos)⁷

A primeira publicação das Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (EDMG) foi criada em 1954, e destinava-se à avaliação de crianças dos 0-2 anos. A EDMG é um instrumento de avaliação que possibilita o diagnóstico de perturbações do desenvolvimento ao longo do primeiro período da vida. Inicialmente, Ruth Griffiths teve como intenção inicial criar uma escala que avaliasse as sequências do desenvolvimento significativas da evolução cognitiva, isto é, reveladoras do crescimento mental (Borges, P., et al., 2012).

Desenvolvidas em Inglaterra, as Griffiths foram mais tarde estudadas e adaptadas em vários países, tendo-se revelado de grande importância clínica na avaliação, no diagnóstico e no aconselhamento educacional. A avaliação do desenvolvimento mental da criança a partir das várias áreas do desenvolvimento permite cotar os resultados de modo a obter um perfil que identifica as áreas de desenvolvimento mais favorecidas e as mais desvalorizadas e permite também situar a criança relativamente à média da faixa etária correspondente (Borges, P., et al., 2012).

⁷ Anexo VI

A Griffiths 0-2 anos teve por base a avaliação global das capacidades da criança no agrupamento em subescalas ou áreas específicas do desenvolvimento.

A interpretação do perfil e a análise do constructo das subescalas conduzem ao diagnóstico e possibilitam a análise qualitativa do comportamento da criança em relação à manutenção da atenção, empenho na tarefa, adesão ao outro, tipo de abordagem e estratégias usadas. Determinadas perturbações do desenvolvimento são frequentemente detetadas durante a aplicação da EDMG (défices de atenção, disfasias, dispraxias, défices fonológicos, entre outras). Com o intuito de dar continuidade à avaliação das crianças após os 2 anos, Ruth Griffiths prolongou as escalas, criando em 1970 a 2ª versão das Escalas de Desenvolvimento Mental, a partir de uma revisão da escala dos 0-2 anos e uma extensão para a faixa etária dos 2-8 anos. A estrutura original da escala foi preservada, acrescentando somente uma 6ª subescala, F - Raciocínio Prático. Com a extensão das escalas para a faixa etária dos 2-8 Anos, passou a ser possível fazer o seguimento da criança desde a primeira infância até aos primeiros anos escolares, fazendo uso do mesmo instrumento, tornando o “follow up” mais credível. A 1ª edição em língua portuguesa da EDMG 0-2 anos e da EDMG 2-8 anos foi publicada, respetivamente, em 2007 e em 2008 (Borges, P., et al., 2012).

Num estudo realizado em Portugal (Carneiro, et al., 2003) com 5 idades diferentes (3-4-5-6-7 anos) concluiu-se que a EDMG 2-8 anos apresenta uma boa consistência interna em todos os grupos e que uma estrutura da escala oferece uma solução unidimensional para todos os grupos etários, medindo um único constructo comumente designado por capacidade geral de desenvolvimento (Borges, P., et al., 2012).

A EDMG 2-8 anos avalia sequências do desenvolvimento reveladoras do crescimento mental, sendo composta por seis subescalas: a subescala A - Locomoção, que avalia a motricidade global tal como, o equilíbrio, a coordenação motora e o controlo dos movimentos; a subescala B - Pessoal-Social, avalia as competências relativas à autonomia da criança no quotidiano, o seu nível de independência e a capacidade de interação com os pares; a subescala C - Audição e Linguagem, avalia a linguagem recetiva e expressiva; a subescala D - Coordenação Olho-Mão, avalia a motricidade fina, a agilidade

manual e as competências visuo-motoras; a subescala E - Realização, avalia as capacidades visuo-espaciais, abrangendo a rapidez de execução e precisão; e a Subescala F - Raciocínio Prático, avalia a capacidade da criança resolver problemas práticos, questões morais e ordenar sequências (Borges, P., et al., 2012).

Este instrumento permite calcular um score global, a partir da média de resultados de cada subescala, designado por Escala Geral e um score por subescala, através dos resultados brutos de cada subescala. Os valores alcançados podem ser convertidos em resultados padronizados (percentis e notas-z) e na Idade de Desenvolvimento. Verificou-se que a Escala Geral tem um excelente nível de fiabilidade (Alfa de Cronbach = 0,97) (Borges, P., et al., 2012).

1.2.6. Child Behaviour Checklist (CBCL 1 ½ - 5 anos)⁸

Com o intuito de descrever e caracterizar o comportamento da criança a partir do heterorrelato dos pais, recorreu-se à Child Behaviour Checklist for Ages 1 ½-5 (CBCL) de T. M. Achenbach & L. A. Rescoria (2000), traduzido por Gonçalves, Dias & Machado (2007). Este questionário é aplicável a pais de crianças de 1 ano e meio aos 5 anos respetivamente, e trata-se de uma escala constituída por 99 itens que descreve os comportamentos da criança. A resposta a estes itens é dada a partir de uma opção do tipo Likert, com 3 escolhas possíveis: 0 (afirmação não é verdadeira), 1 (afirmação alguma vezes verdadeira) ou 2 (afirmação muito verdadeira).

Assente numa perspetiva dimensional, a CBCL entende o comportamento psicopatológico como um “continuum” normativo, registrando a intensidade e a frequência dos sintomas clínicos, mais do que a sua categoria. Deste modo, através de uma análise fatorial, reúne os sintomas problemáticos em subescalas, existindo duas possibilidades de correção, segundo o DSM ou uma base empírica. Nesta investigação optou-se pela empírica, uma vez que permite uma descrição mais detalhada e isolada de cada problema (subescala). As subescalas constituintes são a reatividade emocional, ansiedade/ depressão

⁸ Anexo VII

problemas somáticos, isolamento, problemas de sono, problemas de atenção, comportamentos agressivos e outros comportamentos. Uma análise fatorial de 1ª ordem (somatório global dos itens) obtém a pontuação total, que proporciona um indicador geral de sintomatologia psicopatológica, enquanto uma análise fatorial de 2ª ordem extrai dois fatores: internalização e externalização (Gonçalves & Simões, 2000).

Achenbach (1991) referiu que, na sua maioria, as características psicométricas deste instrumento estão garantidas. A tradução portuguesa da CBCL 1 ½ -5 da versão de 1991 foi já alvo de estudo em Portugal, envolvendo amostras clínicas e não clínicas, com o intuito de averiguar estas mesmas características (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Albuquerque, Fonseca, Simões, Pereira, Rebelo & Temudo, 1999). Num estudo teste-reteste, com um grupo clínico, a estabilidade de resultados revelou ser satisfatória (0,55) e significativa ($p < 0,01$) e os coeficientes de alfa de Cronbach para o resultado total final indicaram 0,93 para a amostra normativa e 0,92 para a amostra clínica.

1.2.7. Caregiver - Teacher Report Form (C-TRF 2-5 anos)⁹

O questionário Teacher Report Form foi construído por Achenbach, para avaliar crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos, com o intuito de ser administrado à educadora do infantário ou pré-escolar, pretendendo recolher praticamente, as mesmas informações, fornecidas pelos pais através do CBCL. O questionário foi traduzido para português traduzido por Gonçalves, Dias & Machado. Desta forma, assenta nos mesmos princípios ou seja, numa perspetiva dimensional, registrando a intensidade e a frequência dos sintomas clínicos. Tal como no CBCL optou-se pela avaliação empírica, que inclui as mesmas subescalas (reatividade emocional, ansiedade/ depressão, problemas somáticos, isolamento, problemas de atenção, comportamentos agressivos e outros comportamentos. Tendo sido retirada apenas a subescala correspondente aos problemas de sono, existente no CBCL.

⁹ Anexo VIII

A análise fatorial efetua-se do mesmo modo que o questionário anterior, existindo uma de 1ª ordem (somatório global dos itens) onde se obtém a pontuação total, que faculta um indicador geral de sintomatologia psicopatológica, e uma análise fatorial de 2ª ordem constituída por dois fatores: internalização e externalização (Almeida, 1991; Guimarães, 1997; Monteiro, 1999; Almeida, 2003).

Relativamente aos itens que a constituem estes são igualmente 99, sendo a resposta a estes itens fornecida através de uma opção do tipo Likert, com 3 possibilidades de escolha: 0 (afirmação não é verdadeira), 1 (afirmação alguma vezes verdadeira) ou 2 (afirmação muito verdadeira).

Mediante o teste-reteste realizado pela ASEBA, o C-TRF revelou ter uma estabilidade de resultados satisfatória (0,59) e estatisticamente significativa ($p>0.01$) e um coeficiente de alfa de Cronbach para o resultado total final de 0,81 (Achenbach & Rescorla, 2000).

1.2.8. Escala de Classificação Social de Graffar¹⁰

A escala de Classificação Social de Graffar é utilizada com frequência em estudos sobre saúde, com o intuito de determinar o nível sócio-económico das famílias (Almeida, 1991; Guimarães, 1997; Monteiro, 1999; Almeida, 2003).

Esta escala baseia-se no estudo de cinco critérios: profissão dos pais, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto da habitação e aspeto do local onde residem. Cada um dos critérios é pontuado em cinco graus, sendo o somatório destas pontuações que indica a classe sócio-económica da família. Sendo consideradas cinco classes: classe I – alta (famílias com pontuação de 5 a 9); classe II – média alta (famílias com pontuação de 10 a 13); classe III – média (famílias com pontuação de 14 a 17); classe IV – média baixa (famílias com pontuação de 18 a 21); e classe V – baixa (famílias com pontuação de 22 a 25).

¹⁰ Anexo IX

1.2.9. Social Support Network Inventory (SSNI)¹¹

Em 1983, Flaherty, Gaviria & Pathak, criaram este questionário com o objetivo de avaliar a variável suporte social de uma forma independente e incluindo 20 itens que abordam áreas como: as dimensões de suporte prático, disponibilidade reciprocidade, suporte emocional e suporte relacionado com acontecimentos de vida stressantes. Todos os itens foram elaborados no sentido de permitir responder acerca de qualquer membro da rede de suporte social. Os itens foram descritos com conteúdos válidos de cada um deles, como medida de suporte. Depois da revisão dos mesmos, consideração e exclusão, a lista passou a consistir de 14 itens, que foram administrados a um paciente e vinte estudantes instruídos, com o intuito de listar primariamente os seus amigos, familiares, colegas de trabalho, etc, mais importantes, que tivessem algum papel relevante na sua vida naquele momento. Baseados nestes dados piloto 3 itens foram excluídos, tendo resultado a versão final com 11 itens. No estudo original, o SSNI foi testado em 207 não pacientes: 100 estudantes, 74 membros de um bairro urbano e 32 membros de uma comunidade religiosa.

Os resultados da análise fatorial, em componentes principais, executada pelos autores, demonstraram que as 5 escalas do SSNI se transformam em 2 fatores principais. O fator I, designado de Apoio Geral, que elucida 50% da variância e que é composto por 4 escalas (disponibilidade, suporte emocional, suporte prático e reciprocidade) correspondentes aos primeiros 9 itens do questionário. E o fator II, que é formado pelos 2 últimos itens do questionário, que quantificam o suporte recebido recentemente pelo sujeito em resposta a dois acontecimentos de vida stressantes por si referidos. O mais baixo valor próprio para o fator I é de 0,92 e 0,83 para o fator II (Flaherty et al., 1983). A confirmação dos dois fatores da escala original sugeridos pelos autores foi fundamentada pelo estudo realizado por Lima (2005).

Relativamente à fidelidade, a consistência interna do inventário foi avaliada em 207 indivíduos, obtendo-se o coeficiente de 0,82 (coeficiente alfa com a fórmula Kuder-Richardson). O coeficiente alfa para a cada uma das 5 escalas do inventário variou entre 0,76 e 0,91 (Flaherty et al., 1983), assim como

¹¹ Anexo X

no estudo de Lima et al. (2005), o que demonstra uma elevada consistência interna, quer para os 11 itens, quer para cada uma das escalas. Para o primeiro fator o alfa de Cronbach obtido foi de 0,92 e para o segundo fator foi de 0,83. No início da investigação, ainda não existia validação do instrumento para a população portuguesa, tendo sido as autoras iniciais do estudo que realizaram a validação do instrumento. Na versão portuguesa utilizada, as características psicométricas do SSNI foram determinadas, repetindo os procedimentos utilizados pelos autores.

1.2.10. Eysenk Personality Inventory (EPI)¹²

O inventário de Personalidades de Eysenk (EPI) é uma vertente do Mandley Personality Inventory (MPI – Eysenck, 1959; Knapp, 1968) tendo como objetivo medir dimensões da personalidade: Neuroticismo-Estabilidade Emocional e Extroversão-Introversão. Estas dimensões são consideradas essenciais para a classificação tipológica da personalidade. A dimensão Neuroticismo-Estabilidade Emocional é geralmente designada apenas por Neuroticismo, e a dimensão Extroversão-Introversão, é somente chamada de Extroversão.

Mediante qualquer uma das dimensões referidas anteriormente, o sujeito pode-se localizar num determinado ponto dessa dimensão e, consoante o lugar que ocupa, há a possibilidade de ser considerado um introvertido de neuroticismo baixo ou elevado, o mesmo acontecendo com a extroversão (Serra, Ponciano & Freitas, 1980).

O EPI é composto por duas formas paralelas (A e B), o que torna possível efetuar o reteste, após o tratamento experimental, sem que o sujeito se recorde das questões. No estudo utilizou-se a forma A, constituída por 57 questões do tipo dicotómico (não/ sim), e divididas em 3 escalas: insinceridade (serve para detetar indivíduos que procuram ludibriar fornecendo “respostas desejáveis”. Assim, um resultado “T” de 4 ou 5 é considerado como o limite para lá do qual as respostas ao EPI deixam de ser aceitáveis), neuroticismo (pode variar entre o mínimo de 0 e um máximo de 24. Uma pontuação de 24 significa uma

¹² Anexo XI

personalidade completamente neurótica e 0 indica ausência de neuroticismo. O ponto de corte considerado é de 14,1. Entre 0 e 14,1 situa-se uma personalidade estável, e nos valores superiores a 14,1, os que são considerados neuróticos). A extroversão (varia entre 0 e 24, no qual 24 representa extroversão máxima e 0 introversão total. O ponto de corte considerado é de 14,3, isto é, indivíduos com valores entre 0 e 14,3 são considerados introvertidos e indivíduos com valores superiores a 14,4 são considerados extrovertidos.

1.2.11. Escala de Orientação para a Vida Revista (LOT-R)¹³

A escala de Orientação para a Vida Revista foi desenvolvida por Scheier e Carver (1985), com o intuito de avaliar o otimismo, definindo o mesmo como “expectativa geral de que coisas boas irão acontecer”. Consiste num questionário de auto resposta com 12 itens em que 4 são distractores e os restantes 8 avaliam o otimismo disposicional. Mais tarde, devido a limitações, reviram a escala que se passou a designar por Life Orientation Test Revist ou LOT-R (Scheier, Carver & Bridges, 1994) tendo sido reduzido e reformulado o número de itens, de 8 para 6.

O LOT-R é constituído por 10 itens em que 4 são distractores, com vista a identificar uma nota de otimismo. Três dos itens são cotados de modo inverso. Pede-se aos indivíduos que expressem em que medida concordam com cada uma das afirmações que constituem cada item recorrendo ao seguinte formato: discordo; neutro, concordo; concordo totalmente. A cotação final é conseguida a partir do somatório dos itens. Os resultados podem variar entre um mínimo de zero e um máximo de 30, sendo o valor 15 o ponto de corte, ou seja indivíduos com pontuações entre 0-15 são considerados pessimistas, acima de 15,1 são designados otimistas.

Os estudos de validação do LOT-R para a população portuguesa foram realizados por Pais-Ribeiro e Pedro, numa população doente de um hospital central de uma grande cidade portuguesa.

A versão original foi submetida a análise em componentes principais com rotação varimax. A retenção dos fatores recorreu à regra Kaiser, isto é,

¹³ Anexo XII

manteve os itens com valor próprio superior a 1,0 e encontraram um fator que explica 48,1% da variância total. Na versão em estudo por Pais-Ribeiro e Pedro, a solução fatorial emergente da análise em componentes principais, regra Kaiser, encontra um fator que explica 50,36% da variância total. Na versão original, a consistência interna encontrada, recorrendo ao alfa de Cronbach mostra um valor de 0,78. A consistência interna encontrada para os seis itens na versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Pedro foi de 0,80, valor idêntico ao original.

1.2.12. Interview for Recent Life Events (Paykel)¹⁴

A entrevista para acontecimentos de vida recentes foi desenvolvida por Paykel e Mangen (1980). Este instrumento foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Areias (1994) e, consiste numa lista de acontecimentos para serem administrados numa entrevista semiestruturada. É um instrumento epidemiológico que enumera um conjunto de variáveis potencialmente independentes, de forma a serem utilizadas com populações em estudos e em controlo. Apesar de alguns acontecimentos serem específicos de uma determinada idade ou sexo, a maioria pode ocorrer a qualquer pessoa.

Esta entrevista é constituída por 63 variáveis específicas de acontecimento, divididas em 10 categorias de acontecimento de vida: trabalho, estudos, finanças, saúde, perda relevante, migrações namoro, problemas legais, relações familiares e sociais e relações conjugais. Também existe a possibilidade de registar acontecimentos que não pertençam a nenhuma das categorias pré-definidas. Algumas categorias aplicam-se a toda a gente (e.g. saúde), outras aplicam-se apenas a algumas pessoas (e.g. trabalho, relações conjugais).

Este inventário foi construído para uso num período retrospectivo de seis meses, embora possa ser usado para outros períodos de tempo. Neste estudo foi utilizado considerando um período retrospectivo de vinte e quatro meses (no momento em que o bebé completava 1 ano). Mediante os objetivos do estudo, o paciente deve ser remetido para o período de 6 meses imediatamente anterior à administração deste inventário ou para os 6 meses que imediatamente precedem o aparecimento dos sintomas.

¹⁴ Anexo XIII

Para cada acontecimento, são registadas classificações de impacto negativo objetivo e da independência, para além do mês da ocorrência, também deve ser feito um breve resumo escrito de cada acontecimento. Um total de impacto negativo objetivo (INO) menor ou igual a 3, é considerado como tendo um impacto moderado grave sobre o sujeito, enquanto um total de INO superior a 4 é considerado sem qualquer impacto.

1.3.Desenho

Inicialmente o estudo foi longitudinal, tendo sido realizado em quatro avaliações distintas: às 37 semanas de gravidez, na 2ª semana pós-natal, na 6ª semana pós-natal e 12 meses pós-natal.

Quanto à 5ª avaliação, efetuada 6 anos após o nascimento do bebé, tratou-se de um estudo de follow-up. No qual se pretendeu estudar os efeitos da depressão pós-natal, na morbilidade psiquiátrica do casal, no ajustamento psicossocial e no desenvolvimento cognitivo da criança, após 6 anos.

1.4.Procedimentos

No início do estudo, após aprovação da Comissão de Ética do Hospital de São João do Porto, ao pedido formalmente redigido, procedeu-se a um primeiro contacto na Consulta de Obstetrícia do Hospital mencionado, com mulheres grávidas e respetivos companheiros. Nesta fase, foi esclarecido o objetivo do estudo, assim como os respetivos momentos de avaliação e recolheu-se os contactos para às 37 semanas de gravidez, se dar início ao estudo.

Quanto ao procedimento utilizado nas avaliações, este foi o seguinte:

- O primeiro contacto era realizado na consulta de Obstetrícia do Hospital de São João no Porto, no qual era pedida a participação do casal no estudo, sendo-lhes explicados verbalmente os objetivos e implicações, dando a oportunidade de colocar dúvidas e questões, e caso o casal quisesse participar, era-lhes solicitado o contacto às trinta e sete semanas de gravidez para se realizar a primeira avaliação.

- Na 1ª avaliação (trinta e sete semanas de gravidez da companheira), as investigadoras deslocaram-se a casa do casal. Inicialmente, foi-lhes apresentado

e dado a ler, ou era-lhes lido em voz alta, o texto da Declaração de Consentimento Informado¹⁵, o qual assinavam, assegurando assim os direitos dos pacientes de acordo com as convenções internacionais. De seguida, cada um dos membros do casal era abordado individualmente de modo a efetuar a entrevista SADS-L. Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem o SSNI, o EPI, a HADS, o EPDS e o LOT-R.

Nesta 1ª avaliação, acordou-se com o casal que, quando o bebé nascesse, dariam conhecimento do mesmo, para deste modo se poder agendar a segunda avaliação. Paralelamente à avaliação efetuada, existia um enfermeiro que no mesmo dia, ou um dia antes, se deslocava pela manhã a casa do casal para recolher o salivete do homem (para avaliar o cortisol na saliva), e o sangue da mulher (para avaliar os estrogéneos, progesterona e cortisol).

- A 2ª avaliação, uma vez mais, era efetuada no domicílio, cerca de duas semanas após o nascimento do bebé e tinha como objetivo no preenchimento da HADS e da EPDS e da recolha por parte do enfermeiro das variáveis hormonais anteriormente referidas.

- A 3ª avaliação era realizada no domicílio, seis semanas após o nascimento. O casal respondeu novamente à entrevista SADS-L e preencheu os questionários HADS e EPDS. O enfermeiro também efetuou a visita domiciliária para recolha do sangue e saliva.

- A 4ª avaliação, efetuada na mesma no domicílio, consistiu aplicação da SADS-L a cada um dos elementos do casal, assim como na entrevista sobre acontecimentos de vida (PAYKEL). Era-lhes solicitado igualmente que preenchessem uma vez mais a HADS e a EPDS. O enfermeiro efetuou a colheita para avaliação dos parâmetros hormonais.

- Na 5ª avaliação (6 anos após o nascimento da criança), inicialmente foram realizados treinamentos com vista a uma administração correta dos instrumentos. Em seguida, foram efetuados contactos telefónicos com vista a explicar a continuidade do estudo e a perceber se o casal se encontrava disponível para continuar a sua participação no mesmo. Se a resposta fosse positiva, era agendada a entrevista com os 3 elementos da família ou no caso de

¹⁵ Anexo 1

divórcio, com a mãe e a criança. Posteriormente, as investigadoras deslocaram-se a casa do casal. Nesta entrevista estavam presentes 2 investigadoras, de modo a que uma se inteirasse das questões relativas aos pais e a outra dedica-se à administração da escala da Griffiths à criança.

Inicialmente, foi-lhes apresentado e dado a ler, ou era-lhes lido em voz alta, o texto da Declaração de Consentimento Informado (anexo I), o qual assinavam, assegurando assim os direitos dos pacientes de acordo com as convenções internacionais. Ao casal, foram também solicitadas algumas informações para preencher o questionário criado (idade, estado civil, profissão, situação face ao emprego, nº de filhos e dados da criança avaliada). De seguida, cada um dos membros do casal era abordado individualmente de modo realizar a entrevista SADS-L. Era-lhes igualmente solicitado que preenchessem a HADS, o EPDS e que respondessem às questões sobre o CBCL.

1.5.Métodos de análise estatística

A escolha dos métodos estatísticos está relacionada com o tipo de análises que se pretende realizar. Por isso, ao iniciar o tratamento estatístico dos dados de um estudo, a primeira questão que se coloca é a que estatística se vai recorrer, a testes paramétricos ou não paramétricos. A opção de uma em detrimento de outra, não pode ser feita ao acaso, mas baseando-se em critérios pré-definidos e rigorosos, tais como: o tipo de escala (nominal, ordinal e escala), o tipo de distribuição, a homogeneidade/heterogeneidade das variáveis e a independência das amostras. Deste modo, Field (2005) refere que o recurso de estatística paramétrica só é permissível para escalas (intervalares), quando se trata de uma distribuição normal, homogeneidade e variâncias e independência na recolha da amostra. As técnicas estatísticas do tipo paramétrico são, por exemplo: o teste t-Student, o teste de Levene, a análise de variância, a correlação de Pearson e a regressão linear (Marôco, J., 2011, p.183).

Quanto à estatística não paramétrica é usada no tratamento de escalas nominais e ordinais, ou nas intervalares, mas em casos específicos. As técnicas estatísticas não paramétricas são, entre outras, as seguintes: o teste do Qui-quadrado, o teste de Wilcoxon e a correlação Spearman (Marôco, J., 2011, p. 299).

Portanto, durante a realização do tratamento estatístico recorreu-se a diversas técnicas, mediante os objetivos referidos e as características das variáveis. Inicialmente recorreu-se a diversas medidas descritivas (médias, desvio padrão, frequências e percentagens) para verificar o número de participantes nas diversas avaliações, para observar a prevalência da depressão nos vários momentos de avaliação, para comparar os participantes e os não participantes na 5ª avaliação e para comparar as proporções e as médias dos determinantes da DPN, quer para a mulher, quer para o homem. As variáveis categóricas são apresentadas sob a forma de proporções e foram comparadas utilizando-se o teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher, quando apropriado. Para as variáveis contínuas com distribuição normal apresenta-se a média e o desvio padrão e para as variáveis com distribuição não normal a mediana e os percentis 25 (P25) e 75 (P75). Para comparação das variáveis contínuas utilizou-se o *t-student* e o equivalente não paramétrico (teste de Mann-Whitney). O Teste de Mann-Whitney, trata-se de um teste não paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável medida em duas amostras independentes. Deste modo, este teste foi utilizado para verificar a DPN na mulher, no homem e no casal, através da SADS-L dicotomizada, na globalidade da amostra relativamente às variáveis relacionadas com o desenvolvimento cognitivo (subescalas da escala Griffiths) e o ajustamento psicossocial da criança (subescalas dos questionários CBCL e C-TRF).

Recorreu-se à regressão logística, univariada e multivariada, para medir a associação entre os diferentes fatores e a depressão pós-natal. Os resultados foram interpretados através de *odds ratio* (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

Para analisar a concordância ou discordância no diagnóstico de depressão pós-natal entre o casal, foi realizado o teste de McNemar sob a hipótese nula (H_0) de que há concordância entre o diagnóstico do casal.

Com o objetivo de analisar a influência da depressão pós-natal (DPN), no homem e na mulher, no desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos de idade, recorreu-se à regressão linear, univariada e multivariada. Os resultados foram interpretados através dos

coeficientes de regressão (β) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM Corp., New York, USA).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Resultados

Inicialmente, esta investigação integrou uma amostra de 198 mulheres (75 com anterior diagnóstico de depressão e 123 sem historial desta psicopatologia), respetivos 152 companheiros (33 com diagnóstico anterior de depressão e 119 sem historial de depressão) e 198 crianças. Os participantes foram acompanhados desde as 37 semanas de gravidez até aos 12 meses pós-natal, tendo-se realizado 4 avaliações em momentos distintos (37 semanas de gestação, 2 semanas pós-natal, 6 semanas pós-natal e 12 meses pós-natal). Após 6 anos do início da investigação, realizou-se uma 5ª avaliação, constituída por 97 mulheres, 60 companheiros e 95 crianças (45 do sexo feminino e 50 do género masculino) (tabela 1).

Tabela 1. Amostra nas diversas avaliações realizadas ao longo de 6 anos.

		1ª avaliação 37 semanas gravidez	2ª avaliação 2 semanas PN	3ª avaliação 6 semanas PN	4ª avaliação 12 meses PN	5ª avaliação 6 anos PN
Mulher	N	198	198	197	176	97
Homem	N	152	150	148	139	60
Criança	N	-----	198	197	176	95

Relativamente à prevalência da depressão, 35% das 198 mulheres e 8% dos 152 homens apresentaram depressão na gravidez. No que diz respeito à depressão pós-natal, 59% das 198 mulheres e 26% dos 150 homens manifestaram DPN, após 2 semanas do nascimento do bebé, sendo o período no qual a percentagem de DPN foi mais elevada para ambos. Decorridas 6 semanas pós-natal 36% das 197 mulheres e 8% dos 148 homens tinham DPN. Aos 12 meses pós-natal, 53% das 176 mulheres e 17% dos 139 homens sofriam de DPN. Na 5ª avaliação realizada, após 6 anos do início do estudo, 22% das 97 mulheres e 2% dos 60 homens participantes apresentaram depressão (tabela 2).

Tabela 2. Prevalência da DP ao longo de 6 anos.

Prevalência da DP	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	5ª avaliação
	37 semanas gravidez	2 semanas PN	6 semanas PN	12 meses PN	6 anos PN
	Prev. %	Prev. %	Prev. %	Prev. %	Prev. %
Mulher	35	59	36	53	22
Homem	15	26	8	17	2

A tabela 3 descreve as características relacionadas com o desenvolvimento de depressão pós-natal na mulher nos primeiros 12 meses pós-natal. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de acordo com a idade ($p=0,011$), a classe social ($p=0,033$), a ocorrência de um acontecimento de vida importante e negativo no ano anterior ao parto ($p=0,011$) e ainda mediante o segundo acontecimento de vida ($p=0,033$). De acordo com as características da gravidez e do parto, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas em relação ao planeamento da gravidez ($p=0,014$) e às complicações pós-parto ($p=0,012$).

A prevalência de depressão pós-parto na mulher variou significativamente de acordo com a ocorrência de depressão anterior à gravidez ($p=0,008$) e durante a gravidez ($p<0,001$), bem como de ansiedade anterior à gravidez ($p=0,043$), durante a gravidez ($p<0,001$) e duas semanas após o parto ($p<0,001$). A presença de características de personalidade como o neuroticismo ($p<0,001$) e o pessimismo ($p=0,006$) também se mostrou associada.

A proporção de mulheres que tiveram depressão pós-natal não diferiu significativamente de acordo com os níveis de cortisol, estrogénio e progesterona verificados durante a gravidez e duas semanas após o parto. As variáveis relacionadas com as características da personalidade do companheiro e com as características das crianças também não se mostraram associadas com a depressão pós-natal na mulher.

Tabela 3. Características associadas com a depressão pós-natal na mulher.

	Depressão pós-natal (n= 186)		p
	Não (n=96) N (%)	Sim (n=90) N (%)	
Características sociodemográficas			
Idade (anos)			
≤24	13 (13,8)	6 (7,0)	0,011
25-29	24 (25,5)	41 (47,7)	
30-34	41 (43,6)	24 (27,9)	
≥35	16 (17,0)	15 (17,4)	
Estado civil			
Solteira / Divorciada	1 (1,0)	5 (5,6)	0,109
Casada / A viver em união de fato	95 (99,0)	85 (94,4)	
Habilitações literárias			
Ensino básico	43 (44,8)	34 (38,2)	0,562
Ensino secundário	27 (28,1)	25 (28,1)	
Ensino superior	26 (27,1)	30 (33,7)	
Classificação social (Graffar)			
Classe I	18 (18,8)	21 (23,3)	0,033
Classe II	37 (38,5)	27 (30,0)	
Classe III	39 (40,6)	31 (34,4)	
Classe IV	2 (2,1)	11 (12,2)	
Classe V	0 (0,0)	0 (0,0)	
Trabalho durante a gravidez (Sim)	74 (77,1)	72 (80,9)	0,525
Suporte social			
Ocorrência do 1º acontecimento de vida negativo (Sim)	53 (55,2)	64 (71,9)	0,019
Ocorrência do 2º acontecimento de vida negativo (Sim)	24 (25,0)	38 (42,7)	0,011
Disponibilidade, mediana (P25-P75)	21 (19-23)	21 (20-24)	0,437
Reciprocidade, mediana (P25-P75)	41 (37-46)	40 (37-46)	0,833
Suporte prático, mediana (P25-P75)	40 (34-46)	40 (36-44)	0,814
Suporte emocional, mediana (P25- P75)	80 (68-90)	78 (66-91)	0,834
Suporte em acontecimentos stressantes, mediana (P25-P75)	19 (0-27)	21 (15-38)	0,128
Características da gravidez e do parto			
Gravidez anterior	47 (49,0)	50 (55,6)	0,368
Planeamento da gravidez			
Planeada	79 (82,3)	60 (66,7)	0,014
Não planeada	17 (17,7)	30 (33,3)	
Dificuldades em engravidar (Sim)	21 (24,4)	11 (15,1)	0,143
Tipo de parto			
Normal	70 (72,9)	60 (66,7)	0,353
Cesariana	26 (27,1)	30 (33,3)	
Hábitos tabágicos durante a gravidez			
Não fumadora	71 (74,0)	64 (72,7)	0,094
Ex- fumadora	19 (19,8)	11 (12,5)	

Fumadora	6 (6,3)	13 (14,8)	
Hábitos alcoólicos durante a gravidez (Sim)	23 (24,0)	20 (22,7)	0,844
Hábitos farmacológicos durante a gravidez			
Sem medicação	85 (89,0)	72 (81,8)	0,435
Com medicação anterior à gravidez	6 (6,3)	9 (10,2)	
Com medicação na gravidez	5 (5,2)	7 (8,0)	
Complicações pós-parto (Sim)	0 (0,00)	6 (6,7)	0,012
Amamentação (Sim)	79 (91,9)	66 (90,4)	0,748
Características da personalidade			
Depressão anterior à gravidez (Sim)	14 (21,9)	37 (52,9)	0,008
Depressão durante a gravidez (Sim)	6 (6,3)	25 (27,8)	<0,001
Ansiedade anterior à gravidez (Sim)	26 (27,1)	37 (41,1)	0,043
Ansiedade durante a gravidez (Sim)	19 (19,8)	44 (49,4)	<0,001
Ansiedade 2 semanas pós-natal (Sim)	10 (10,4)	46 (51,1)	<0,001
Introversão (Sim)	68 (70,8)	65 (73,9)	0,646
Neuroticismo (Sim)	3 (3,1)	29 (32,2)	<0,001
Pessimismo (Sim)	32 (33,3)	48 (53,3)	0,006
Características hormonais			
Cortisol			
Durante a gravidez, mediana (P25-P75)	23,3 (19,3-28,5)	22,8 (19,8-26,0)	0,397
2 semanas pós-natal, mediana (P25-P75)	14,9 (10,5-17,5)	14,6 (11,0-17,7)	0,873
Estrogénio			
Durante a gravidez, mediana (P25-P75)	18840,5 (14350,5-24909,5)	19112,5 (14743,0-24025,0)	0,754
2 semanas pós-natal, mediana (P25-P75)	31,4 (24,3-38,3)	30,8 (23,6-43,6)	0,616
Progesterona			
Durante a gravidez, mediana (P25-P75)	192,5 (164,5-242,0)	198,0 (151,0-233,0)	0,677
2 semanas pós-natal, mediana (P25-P75)	1 (0,7-1,2)	1 (0,7-1,3)	0,935
Características da personalidade do companheiro			
Depressão anterior à gravidez (Sim)	5 (10,6)	7 (16,7)	0,406
Depressão durante a gravidez (Sim)	7 (9,1)	8 (11,9)	0,577
Depressão pós-parto (Sim)	20 (25,6)	20 (34,5)	0,263
Ansiedade anterior à gravidez (Sim)	27 (34,6)	24 (36,4)	0,827
Ansiedade durante a gravidez (Sim)	24 (31,2)	25 (39,1)	0,327
Ansiedade 2 semanas pós-natal (Sim)	22 (28,2)	13 (20,0)	0,256
Introversão (Sim)	42 (53,9)	39 (61,9)	0,336
Neuroticismo (Sim)	7 (9,3)	8 (12,3)	0,570
Pessimismo (Sim)	28 (35,9)	23 (35,4)	0,949
Características das crianças			
Sexo			
Feminino	54 (56,2)	46 (51,1)	0,482
Masculino	42 (43,8)	44 (48,9)	
Apgar – 1º minuto			
≤ 7	6 (6,6)	9 (11,7)	0,249
≥ 8-10	85 (93,4)	68 (88,3)	
Apgar – 5º minuto			

≤ 9	11 (12,1)	15 (19,5)	0,187
10	80 (87,9)	62 (80,5)	
Peso à nascença (percentil)			
<P50	26 (28,3)	24 (29,6)	0,568
P50	62 (67,4)	56 (69,1)	
>P50	4 (4,35)	1 (1,23)	
Perímetro cefálico à nascença (percentil)			
<P50	26 (31,0)	22 (31,4)	0,949
P50	58 (69,1)	48 (68,6)	
>P50	0 (0,0)	0 (0,0)	

Em análise univariada (tabela 4), foi possível verificar que as mulheres entre os 25 e os 29 anos têm três vezes mais probabilidade de terem depressão pós-natal quando comparadas com as mulheres com menos de 25 anos (OR=3,70; IC95%: 1,24-11,02).

A associação entre depressão pós-natal na mulher e a ocorrência de acontecimentos de vida importantes no ano anterior ao parto é positiva e significativa, ou seja, as mulheres que reportaram um acontecimento de vida têm maior probabilidade de terem depressão pós-natal (OR=2,08; IC95%: 1,13-3,83), bem como as mulheres que reportaram a ocorrência de um segundo acontecimento (OR=2,24; IC95%: 1,20-4,17), comparativamente com as mulheres que não reportaram qualquer tipo de acontecimentos de vida negativos.

As mulheres que não planejaram a gravidez têm maior probabilidade de ter depressão pós-natal quando comparadas com as mulheres que planejaram a gravidez (OR=2,32; IC95%: 1,17-4,48). Verificou-se também que todas as mulheres que tiveram complicações pós-parto (n=6) tiveram depressão pós-natal.

Relativamente às características da personalidade, encontrou-se uma associação significativa positiva entre a frequência de depressão pós-natal e de sintomatologia depressiva antes da gravidez (OR=4,00; IC95%: 1,88-8,53) e durante a gravidez (OR=5,77; IC95%: 2,24-14,86), bem como em relação à sintomatologia ansiosa antes da gravidez (OR=1,88; IC95%: 1,02-3,48), durante a gravidez (OR=3,96; IC95%: 2,07-7,60) e duas semanas pós-natal (OR=8,99; IC95%: 4,14-19,50). As mulheres pessimistas têm duas vezes mais probabilidade de terem depressão pós-natal (OR=2,29; IC95%: 1,26-4,14).

A associação mais forte foi com o neuroticismo, sendo que as mulheres com características neuróticas têm catorze vezes mais probabilidade de terem depressão pós-natal (OR=14,74; IC95%: 4,30-50,51).

Tal como se pode observar na tabela 4, em análise multivariada, e após ajuste para idade, classe social, ocorrência de um acontecimento de vida negativo, ocorrência de dois acontecimentos de vida negativos, planeamento da gravidez, complicações pós-parto, depressão anterior à gravidez, depressão durante a gravidez, ansiedade anterior à gravidez, ansiedade durante a gravidez, ansiedade duas semanas após o parto, neuroticismo e pessimismo, apenas se verificou uma associação positiva entre depressão pós-natal na mulher e sintomatologia depressiva durante a gravidez (OR ajustado=46,87; IC95%: 4,20-522,50), ansiedade anterior à gravidez (OR ajustado=13,86; IC95%: 2,35-81,83) e ansiedade duas semanas pós-natal (OR ajustado=4,71; IC95%: 1,32-16,85). As mulheres de classe social III, ou seja, de classe social média, segundo classificação de Graffar, têm 78% menos probabilidade de ter depressão pós-natal do que as mulheres das outras classes sociais (OR ajustado=0,22; IC95%: 0,05-0,95).

Tabela 4. Determinantes da depressão pós-natal na mulher.

	Bruto OR (95% IC)	Ajustado* OR (95% IC)
Características sociodemográficas		
Idade (anos)		
≤24	Referência	Referência
25-29	3,70 (1,24-11,02)	13,04 (0,73-234,11)
30-34	1,27 (0,43-3,77)	5,10 (0,29-88,95)
≥35	2,03 (0,61-6,72)	5,04 (0,29-89,24)
Classificação social (Graffar)		
Classe I	Referência	Referência
Classe II	0,63 (0,28-1,39)	0,65 (0,16-2,60)
Classe III	0,68 (0,3-1,50)	0,22 (0,05-0,95)
Classe IV	4,71 (0,92-24,13)	6,71 (0,23-198,88)
Classe V	-	-
Suporte social		

Ocorrência do 1º acontecimento de vida negativo		
Não	Referência	Referência
Sim	2,08 (1,13-3,83)	2,02 (0,57-7,13)
Ocorrência do 2º acontecimento de vida negativo		
Não	Referência	Referência
Sim	2,24 (1,20-4,17)	0,50 (0,13-1,88)
Características da gravidez e do parto		
Planeamento da gravidez		
Planeada	Referência	Referência
Não planeada	2,32 (1,17-4,60)	0,63 (0,19-2,08)
Complicações pós-parto		
Não	Referência	Referência
Sim	-	-
Características da personalidade		
Depressão anterior à gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	4,00 (1,88-8,53)	0,50 (0,09-2,85)
Depressão durante a gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	5,77 (2,24-14,86)	46,87 (4,20-522,50)
Ansiedade anterior à gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	1,88 (1,02-3,48)	13,86 (2,35-81,83)
Ansiedade durante a gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	3,96 (2,07-7,60)	2,70 (0,77-9,42)
Ansiedade às 2 semanas pós-natal		
Não	Referência	Referência
Sim	8,99 (4,14-19,50)	4,71 (1,32-16,85)
Neuroticismo		
Não	Referência	Referência
Sim	14,74 (4,30-50,51)	6,81 (0,81-57,24)
Pessimismo		
Não	Referência	Referência
Sim	2,29 (1,26-4,14)	0,51 (0,14-1,81)

*Odds ratio ajustados para: para idade, classe social, ocorrência de um acontecimento de vida negativo, ocorrência de dois acontecimentos de vida negativos, planeamento da gravidez, complicações pós-parto, depressão anterior à gravidez, depressão durante a gravidez, ansiedade anterior à gravidez, ansiedade durante a gravidez, ansiedade duas semanas após o parto, neuroticismo e pessimismo.

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

A tabela 5 descreve as características relacionadas com o desenvolvimento de depressão pós-natal no homem, ao longo do primeiro ano pós-natal. A prevalência de depressão pós-natal no homem variou significativamente de acordo com o suporte emocional ($p=0,024$) e os hábitos tabágicos ($p=0,032$).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação a determinadas características da personalidade, nomeadamente depressão anterior à gravidez ($p=0,007$) e durante a gravidez ($p<0,001$), ansiedade anterior à gravidez ($p=0,001$), ansiedade duas semanas após o parto ($p<0,001$) e neuroticismo ($p=0,019$).

A proporção de homens que teve depressão pós-natal diferiu significativamente de acordo com a ocorrência de ansiedade anterior à gravidez nas mulheres ($p=0,002$) e marginalmente para as mulheres com características neuróticas ($p=0,050$). Para as restantes variáveis não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5. Características associadas com a depressão pós-natal no homem.

	Depressão pós-natal (n=139)		
	Não (n= 97)	Sim (n= 42)	<i>p</i>
	N (%)	N (%)	
Características sociodemográficas			
Idade (anos)			
≤29	28 (29,5)	16 (40,0)	0,435
30-34	35 (36,8)	14 (35,0)	
≥35	32 (33,7)	10 (25,0)	
Habilitações literárias			
Ensino básico	48 (49,5)	27 (67,5)	0,145
Ensino secundário	26 (26,8)	6 (15,0)	
Ensino superior	23 (23,7)	7 (17,5)	
Suporte social			
Ocorrência do 1º acontecimento de vida negativo (Sim)	58 (59,8)	20 (50,0)	0,293
Ocorrência do 2º acontecimento de vida negativo (Sim)	48 (70,6)	21 (80,8)	0,318
Disponibilidade, mediana (P25-P75)	21 (19-22)	20 (15-23)	0,380
Reciprocidade, mediana (P25-P75)	40 (36-45)	36,5 (30-46,5)	0,569
Suporte prático, mediana (P25-P75)	39 (32-40)	35,5 (30-43,5)	0,438

Suporte emocional, mediana (P25-P75)	74,7 (14,4)	63,7 (17,8)	0,024
Suporte em acontecimentos stressantes, mediana (P25-P75)	7 (0-25)	3 (0-19)	0,685
Hábitos durante a gravidez			
Hábitos tabágicos			
Não fumador	60 (61,9)	20 (50,0)	0,032
Ex- fumador	11 (11,3)	1 (2,5)	
Fumador	26 (26,8)	19 (47,5)	
Hábitos alcoólicos (Sim)	54 (55,7)	27 (67,5)	0,200
Hábitos farmacológicos			
Sem medicação	90 (92,8)	38 (95,0)	1,000
Com medicação anterior à gravidez	3 (3,1)	1 (2,5)	
Com medicação na gravidez	4 (4,1)	1 (2,5)	
Características da personalidade			
Depressão anterior à gravidez (Sim)	4 (7,1)	7 (29,2)	0,007
Depressão durante a gravidez (Sim)	9 (9,5)	4 (10,3)	<0,001
Ansiedade anterior à gravidez (Sim)	28 (28,9)	24 (60,0)	0,001
Ansiedade durante a gravidez (Sim)	31 (33,0)	18 (45,0)	0,186
Ansiedade 2 semanas pós-natal (Sim)	15 (15,6)	21 (52,5)	<0,001
Introversão (Sim)	53 (55,8)	22 (56,4)	0,948
Neuroticismo (Sim)	7 (7,3)	8 (21,6)	0,019
Pessimismo (Sim)	33 (34,0)	18 (45,0)	0,227
Características hormonais			
Cortisol			
Às 37 semanas de gravidez, mediana (P25-P75)	10,6 (7,1-16,5)	9,1 (6,2-14,7)	0,242
2 semanas pós-natal, mediana (P25-P75)	10,5 (6,9-14,3)	9,6 (5,7-12,6)	0,429
Características da personalidade da companheira			
Depressão anterior à gravidez (Sim)	19 (32,2)	9 (33,3)	0,917
Depressão durante a gravidez (Sim)	15 (15,5)	4 (9,5)	0,429
Depressão pós-parto (Sim)	38 (39,6)	20 (50,0)	0,263
Ansiedade anterior à gravidez (Sim)	26 (26,8)	23 (54,8)	0,002
Ansiedade durante a gravidez (Sim)	28 (29,2)	14 (33,3)	0,625
Ansiedade 2 semanas pós-natal (Sim)	25 (25,8)	9 (21,4)	0,584
Introversão (Sim)	71 (74,0)	27 (65,9)	0,336
Neuroticismo (Sim)	9 (9,3)	9 (21,4)	0,050
Pessimismo (Sim)	42 (43,3)	17 (40,5)	0,757
Características das crianças			

Sexo			
Feminino	48 (49,5)	25 (59,5)	0,276
Masculino	49 (50,5)	17 (40,5)	
Apgar – 1º minuto			
≤ 7	7 (7,5)	2 (5,4)	1,000
≥ 8-10	87 (92,6)	35 (94,6)	
Apgar – 5º minuto			
≤ 9	13 (13,8)	4 (10,8)	0,778
10	81 (86,2)	33 (89,2)	
Peso à nascença (percentil)			
<P50	28 (30,1)	12 (30,8)	0,828
P50	62 (66,7)	25 (64,1)	
>P50	3 (3,2)	2 (5,1)	
Perímetro cefálico à nascença (percentil)			
<P50	27 (29,7)	8 (30,8)	1,000
P50	64 (70,3)	18 (69,2)	
>P50	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tal como se pode observar na tabela 6, em análise univariada, foi possível verificar que os homens fumadores têm maior probabilidade de ter depressão pós-natal, quando comparados com os não fumadores (OR=2,19; IC95%: 1,01-4,78).

Verificou-se uma associação significativa positiva entre a depressão pós-natal no homem e a sintomatologia depressiva antes da gravidez (OR=5,35; IC95%: 1,39-20,55), a ansiedade anterior à gravidez (OR=3,70; IC95%: 1,71-7,98) e a ansiedade duas semanas pós-natal (OR=5,97; IC95%: 2,60-13,69).

Os homens com características neuróticas têm três vezes mais probabilidade de ter depressão pós-natal comparativamente com os que não têm estas características (OR=3,51; IC95%: 1,17-10,51). A presença de sintomatologia ansiosa anterior à gravidez na mulher mostrou-se positivamente associada com a depressão pós-natal no homem (OR=3,31; IC95%: 1,55-7,04).

Em análise multivariada (tabela 6), e após ajuste para idade, suporte emocional, hábitos tabágicos, depressão anterior à gravidez, depressão durante a gravidez, ansiedade anterior à gravidez, ansiedade duas semanas após o parto, neuroticismo e ansiedade anterior à gravidez na mulher, não se verificaram associações com a depressão pós-natal no homem.

Tabela 6. Determinantes da depressão pós-natal no homem.

	Bruto OR (95% IC)	Ajustado* OR (95% IC)
Características sociodemográficas		
Idade (anos)		
≤29	Referência	Referência
30-34	0,70 (0,29-1,68)	1,61 (0,02-153,87)
≥35	0,55 (0,2-1,40)	8,79 (0,15-508,51)
Suporte emocional		
Não	Referência	Referência
Sim	0,96 (0,9-1,00)	0,92 (0,84-1,01)
Hábitos tabágicos durante a gravidez		
Não fumador	Referência	Referência
Ex-fumador	0,27 (0,03-2,25)	-
Fumador	2,19 (1,01-4,78)	2,17 (0,22-21,72)
Características da personalidade		
Depressão anterior à gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	5,35 (1,39-20,55)	0,65 (0,00-93,96)
Depressão durante a gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	1,09 (0,32-3,78)	16,81 (0,08-3508,60)
Ansiedade anterior à gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	3,70 (1,71-7,98)	0,63 (0,04-9,89)
Ansiedade às 2 semanas pós-parto		
Não	Referência	Referência
Sim	5,97 (2,60-13,69)	9,68 (0,52-179,31)
Neuroticismo		
Não	Referência	Referência
Sim	3,51 (1,17-10,51)	0,21 (0,00-70,72)
Características da personalidade da companheira		
Ansiedade anterior à gravidez		
Não	Referência	Referência
Sim	3,31 (1,55-7,04)	14,20 (0,81-250,39)

*Odds ratio ajustados para: para idade, suporte emocional, hábitos tabágicos, depressão anterior à gravidez, depressão durante a gravidez, ansiedade anterior à gravidez, ansiedade duas semanas após o parto, neuroticismo, ansiedade anterior à gravidez na mulher.

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Na tabela 7 pode observar-se a comparação entre as características dos participantes e não participantes na 5ª avaliação. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, ou seja, as características iniciais da amostra encontravam-se preservadas, apesar da discrepância entre o número de participantes das avaliações anteriores e o número de participantes da última avaliação.

Tabela 7: Comparação entre os participantes e não participantes na 5ª avaliação (6 anos após o início da investigação).

Características maternas	Não participantes	Participantes	<i>P</i>
	n=104 N (%)	n=94 N (%)	
Idade (anos)			
≤24	15 (15,2)	7 (7,5)	0,250
25-29	38 (38,4)	35 (37,6)	
30-34	29 (29,3)	37 (39,8)	
≥35	17 (17,2)	14 (15,1)	
Classificação social (Graffar)			
Classe I	20 (19,2)	21 (22,3)	0,497
Classe II	31 (29,8)	34 (36,2)	
Classe III	43 (41,3)	34 (36,2)	
Classe IV	10 (9,6)	5 (5,3)	
Classe V	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estado civil			
Solteira/divorciada	100 (96,2)	92 (97,9)	0,685
Casada/a viver maritalmente	4 (3,8)	2 (2,1)	
Paridade			
Nulípara	52 (50,0)	45 (47,9)	0,765
Multípara	52 (50,0)	49 (52,1)	
Gravidez planeada			
Não	78 (75,0)	70 (74,5)	0,931
Sim	26 (25,0)	24 (25,5)	
Complicações pós-natal			
Não	101 (97,1)	91 (96,8)	0,900
Sim	3 (2,9)	3 (3,2)	
Ocorrência do 1º acontecimento de vida negativo			
Não	37 (35,9)	34 (36,6)	0,926

Sim	66 (64,1)	59 (63,4)	
Ocorrência do 2º acontecimento de vida negativo			
Não	64 (62,1)	66 (71,0)	0,191
Sim	39 (37,9)	27 (29,0)	
Depressão anterior à gravidez			
Não	45 (64,3)	44 (59,5)	0,551
Sim	25 (35,7)	30 (40,5)	
Depressão na gravidez			
Não	88 (84,6)	75 (79,8)	0,374
Sim	16 (15,4)	19 (20,2)	
Ansiedade anterior à gravidez			
Não	66 (63,5)	68 (72,3)	0,182
Sim	38 (36,5)	26 (27,0)	
Ansiedade na gravidez			
Não	70 (67,3)	61 (65,6)	0,799
Sim	34 (32,7)	32 (34,4)	
Neuroticismo			
Não	81 (77,9)	83 (88,3)	0,052
Sim	23 (22,1)	11 (11,7)	
Pessimismo			
Não	62 (59,6)	51 (54,3)	0,447
Sim	42 (40,4)	43 (45,7)	
Características das crianças			
Gênero			
Feminino	63 (60,6)	45 (47,9)	0,073
Masculino	41 (39,4)	49 (52,1)	
Peso ao nascimento (percentil)			
<P50	24 (25,3)	29 (33,7)	0,247
P50	67 (70,5)	56 (65,1)	
>P50	4 (4,2)	1 (1,2)	

Para analisar a concordância no diagnóstico de depressão pós-natal entre o casal foi realizado o teste de McNemar, partindo da hipótese nula de que há concordância na ocorrência da DP no casal. Pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em alguns momentos de avaliação, o que significa que não há concordância entre o casal.

Assim, tal como se pode constatar nas tabelas 8 e 9, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no diagnóstico do casal entre a DP anterior à gravidez na mulher e todas as variáveis de depressão do companheiro (DP antes da gravidez no homem ($p=0,001$), DP durante a gravidez ($p<0,001$), DP duas semanas pós-natal ($p=0,008$), DP 6 semanas pós-natal ($p<0,001$), DP 12 meses após o parto ($p=0,016$) e DP 6 anos pós-natal ($p=0,003$). Por outro lado, a DP durante a gravidez na mulher mostra-se significativamente diferente da DP do homem 6 semanas pós-natal ($p=0,009$).

Com a exceção da DP da mulher e do homem 2 semanas pós-natal, verificam-se diferenças significativas no diagnóstico da DP 2 semanas após a gravidez na mulher e os restantes diagnósticos da DP do homem (DP antes da gravidez ($p=0,009$), DP durante a gravidez ($p<0,001$), DP 6 semanas pós-natal ($p<0,001$), DP 12 meses pós-natal ($p=0,011$), DP 6 anos pós-natal ($p<0,001$). A DP 6 semanas pós-natal na mulher é significativamente diferente da DP 6 semanas pós-natal no homem ($p=0,004$).

Quando comparados os diagnósticos de DP da mulher 12 meses pós-natal com os diagnósticos do companheiro nos 6 momentos de avaliação, pode-se concluir que a DP 12 meses pós-natal na mulher apresenta diferenças significativas quando comparada com a DP antes da gravidez no homem ($p=0,029$), com a DP durante a gravidez no homem ($p=0,001$), com a DP 6 semanas pós-natal ($p<0,001$), com a DP 12 meses pós-natal no homem ($p=0,003$) e com a DP 6 anos pós-natal no homem ($p=0,002$).

A DP 6 anos pós-natal na mulher não é estatisticamente concordante com a DP 6 semanas pós-natal no homem ($p=0,007$), nem com a DP 6 anos pós-natal no homem ($p=0,001$).

Tabela 8. Concordância de diagnóstico de depressão no casal – Parte I

Mulher		Homem		DP antes da gravidez (n=94)			DP durante a gravidez (n=152)			DP 2 semanas pós-natal (n=150)		
		Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>	Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>	Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>		
DP* antes da Grav.**	Não N (%)	55 (58,5)	7 (7,4)	0,001	58 (58,6)	7 (7,1)	<0,001	51 (53,1)	12 (12,5)	0,008		
	Sim N (%)	27 (28,7)	5 (5,3)		33 (33,3)	1 (1,0)		30 (31,2)	3 (3,1)			
DP Grav.	Não N (%)	67 (70,5)	9 (9,5)	0,230	117 (77,0)	14 (9,2)	0,392	104 (69,3)	25 (16,7)	0,551		
	Sim N (%)	16 (16,8)	3 (3,2)		20 (13,2)	1 (0,7)		20 (13,3)	1 (0,7)			
DPN*** 2 sem.	Não N (%)	63 (66,3)	6 (6,3)	0,009	101 (66,4)	9 (5,9)	<0,001	89 (59,3)	20 (13,3)	0,058		
	Sim N (%)	20 (21,1)	6 (6,3)		36 (23,7)	6 (3,9)		35 (23,3)	6 (4,0)			
DPN 6 sem.	Não N (%)	66 (69,5)	11 (11,6)	0,345	117 (77,0)	11 (7,2)	0,150	106 (70,7)	21 (14,0)	0,749		
	Sim N (%)	17 (17,6)	1 (1,1)		20 (13,2)	4 (2,6)		18 (12,0)	5 (3,3)			
DPN 12 meses	Não N (%)	54 (63,5)	7 (8,2)	0,029	91 (65,5)	11 (7,9)	0,001	86 (62,3)	16 (11,6)	0,096		
	Sim N (%)	19 (22,4)	5 (5,9)		33 (23,7)	4 (2,9)		28 (20,3)	8 (5,8)			
DP 6 anos pós-natal	Não N (%)	39 (72,2)	3 (5,6)	0,092	54 (70,1)	5 (6,5)	0,096	53 (69,7)	6 (7,9)	0,078		
	Sim N (%)	10 (18,5)	2 (3,7)		13 (16,9)	5 (6,5)		15 (19,7)	2 (2,6)			

DP* – Depressão; Grav.** – Gravidez; DPN*** – Depressão pós-natal

Tabela 9. Concordância de diagnóstico de depressão no casal - Parte II

Homem		DP 6 semanas pós-natal (n=148)			DP 12 meses pós-natal (n=136)			DP 6 anos pós-natal (n=56)		
Mulher		Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>	Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>	Não N (%)	Sim N (%)	<i>p</i>
DP* antes da Grav.**	Não N (%)	58 (61,1)	4 (4,2)	<0,001	50 (58,1)	8 (9,3)	0,016	24 (64,9)	1 (2,7)	0,003
	Sim N (%)	31 (32,6)	2 (2,1)		22 (25,6)	6 (7,0)		12 (32,4)	0 (0,0)	
DP Grav.	Não N (%)	120 (81,1)	6 (4,1)	0,009	107 (77,0)	14 (10,1)	1,000	48 (85,7)	1 (1,8)	0,070
	Sim N (%)	20 (13,5)	2 (1,4)		15 (10,8)	3 (2,2)		7 (12,5)	0 (0,0)	
DPN*** 2 sem.	Não N (%)	104 (70,3)	5 (3,4)	<0,001	90 (64,7)	14 (10,1)	0,011	39 (69,6)	1 (1,8)	<0,001
	Sim N (%)	36 (24,3)	3 (2,0)		32 (23,0)	3 (2,2)		16 (28,6)	0 (0,0)	
DPN 6 sem.	Não N (%)	122 (82,4)	4 (2,7)	0,004	104 (74,8)	15 (10,8)	0,728	49 (87,5)	1 (1,8)	0,125
	Sim N (%)	18 (12,2)	4 (2,7)		18 (12,9)	2 (1,4)		6 (10,7)	0 (0,0)	
DPN 12 meses	Não N (%)	97 (70,8)	6 (4,4)	<0,001	91 (66,9)	9 (6,6)	0,003	37 (72,5)	1 (2,0)	0,002
	Sim N (%)	32 (23,4)	2 (1,5)		28 (20,6)	8 (5,9)		13 (25,5)	0 (0,0)	
DP 6 anos pós-natal	Não N (%)	55 (75,3)	2 (2,7)	0,007	53 (71,6)	5 (6,8)	0,064	44 (78,6)	0 (0,0)	0,001
	Sim N (%)	13 (17,0)	3 (4,1)		14 (18,9)	2 (2,7)		11 (19,6)	1 (1,8)	

DP* – Depressão; Grav.** - Gravidez; DPN*** – Depressão pós-natal

O ajustamento psicossocial da criança foi avaliado através dos questionários CBCL e TRF. Nas tabelas 10, 11 e 12 são apresentados os testes para as diferenças entre as dimensões presentes no CBCL e a depressão pós-natal na mulher, no homem e

no casal. Apenas se verificaram diferenças significativas na reatividade emocional ($p=0,033$) e nos comportamentos agressivos da criança ($p=0,049$) com a depressão pós-natal na mulher.

Tabela 10. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL*) - Parte I.

	Reatividade emocional		Ansiedade/Depressão		Problemas somáticos	
	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mulher						
Não (n=43)	2,0 (1,0-2,0)	0,033	2,0 (1,0-4,0)	0,114	2,0 (1,0-3,0)	0,341
Sim (n=43)	3,0 (1,0-4,0)		3,0 (1,0-6,0)		2,0 (1,0-3,0)	
Depressão pós-natal homem						
Não (n=54)	2,0 (1,0-3,0)	0,822	3,0 (1,0-5,0)	0,447	2,0 (1,0-3,0)	0,823
Sim (n=14)	2,0 (0,0-4,0)		1,0 (0,0-4,5)		2,0 (1,0-3,0)	
Depressão pós-natal casal						
Sem DPN (n=29)	2,0 (1,0-2,5)	0,273	2,0 (1,0-4,5)	0,067	2,0 (1,0-2,5)	0,365
Só mãe (n=24)	2,0 (1,0-3,8)		3,0 (1,0-5,8)		2,5 (2,0-3,0)	
Só pai (n=8)	1,5 (0,0-2,0)		0,5 (0,0-1,8)		2,5 (0,3-3,0)	
Ambos c/DPN (n=6)	3,0 (0,8-6,5)		5,0 (0,8-8,0)		1,5 (1,0-8,5)	

CBCL* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelos pais

Tabela 11. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL*) - Parte II

	Isolamento		Problemas de sono		Problemas de atenção		Comportamentos agressivos	
	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mulher								
Não (n=43)	1,0 (0,0-2,0)	0,857	1,0 (0,0-3,0)	0,130	1,0 (0,0-2,0)	0,918	4,0 (3,0-7,0)	0,049
Sim (n=43)	1,0 (0,0-2,0)		2,0 (0,0-3,0)		1,0 (0,0-3,0)		6,0 (4,0-10,0)	
Depressão pós-natal homem								
Não (n=54)	1,0 (0,0-2,0)	0,825	1,0 (0,0-3,0)	0,943	1,0 (0,0-2,3)	0,459	5,5 (3,8-8,0)	0,855
Sim (n=14)	1,0 (0,0-2,3)		1,0 (0,0-3,0)		1,5 (0,8-3,3)		4,5 (3,8-10,0)	
Depressão pós-natal casal								
Sem DPN (n=29)	1,0 (0,0-2,0)	0,928	0,0 (0,0-3,0)	0,337	1,0 (0,0-2,0)	0,805	5,0 (3,0-7,5)	0,605
Só mãe (n=24)	1,0 (0,0-2,0)		1,0 (0,3-3,8)		1,0 (0,0-2,8)		6,0 (4,0-9,0)	
Só pai (n=8)	1,0 (0,0-2,8)		1,0 (0,0-1,0)		1,5 (0,3-2,8)		4,0 (1,8-9,0)	
Ambos c/ DPN (n=6)	1,0 (0,8-1,5)		2,0 (0,0-4,0)		2,0 (0,8-4,3)		7,0 (3,8-11,3)	

CBCL* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelos pais.

Tabela 12. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL*) – Parte III

	Outros problemas		Internalização		Externalização		Total Problemas	
	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>
DPN mulher								
Não (n=43)	6,0 (4,0-10,0)	0,340	47,0 (43,0-56,0)	0,067	42,0 (37,0-47,0)	0,090	35,0 (33,0-38,0)	0,127
Sim (n=43)	8,0 (5,0-10,0)		55,0 (47,0-59,0)		43,0 (40,0-50,0)		37,0 (34,0-39,0)	
DPN homem								
Não (n=54)	8,0 (4,8-10,3)	0,653	50,0 (43,0-58,0)	0,698	43,0 (38,5-48,0)	0,682	36,0 (33,0-38,0)	0,537
Sim (n=14)	7,0 (5,0-9,0)		50,0 (40,0-56,5)		42,5 (39,0-50,3)		34,5 (32,0-38,0)	
DPN casal								
Sem DPN (n=29)	8,0 (4,0-10,5)	0,217	47,0 (43,0-55,0)	0,158	43,0 (37,0-47,0)	0,632	36,0 (33,0-37,5)	0,155
Só mãe (n=24)	5,0 (3,0-7,5)		54,0 (45,5-59,0)		44,0 (39,0-48,0)		36,0 (33,3-39,0)	
Só pai (n=8)	5,0 (4,3-7,5)		46,0 (35,5-53,0)		41,0 (36,0-49,0)		33,0 (32,0-34,8)	
Ambos c/ DPN (n=6)	9,0 (8,0-11,5)		57,0 (40,0-70,0)		45,5 (39,8-53,0)		38,0 (35,0-39,3)	

CBCL* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelos pais

No que diz respeito à avaliação realizada através do C-TRF (tabelas 13, 14 e 15), apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nos problemas somáticos da criança ($p=0,045$) em relação à depressão pós-natal no homem. Ou seja, crianças cujos pais (homens) tiveram DPN tendem a apresentar mais problemas somáticos do que aquelas em que os pais (homens) não apresentaram DPN.

Tabela 13. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF*) – Parte I.

	Reatividade emocional		Ansiedade Depressão		Problemas somáticos		Isolamento	
	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mãe								
Não (n=26)	1,0 (0,0-2,3)	0,866	1,0 (0,0-3,0)	0,939	0,0 (0,0-1,0)	0,295	0,0 (0,0-2,0)	0,328
Sim (n=31)	1,0 (0,0-3,0)		1,0 (0,0-3,0)		0,0 (0,0-0,0)		0,1 (0,0-2,0)	
Depressão pós-natal pai								
Não (n=35)	1,0 (0,0-3,0)	0,951	1,0 (0,0-3,0)	0,889	0,0 (0,0-1,0)	0,045	0,0 (0,0-2,0)	0,415
Sim (n=9)	1,0 (0,0-3,5)		1,0 (0,0-2,5)		0,0 (0,0-0,0)		1,0 (0,5-2,5)	
Depressão pós-natal casal								
Sem (n=17)	1,0 (0,0-3,0)	0,915	2,0 (0,0-3,5)	0,800	0,0 (0,0-1,5)	0,188	0,0 (0,0-2,0)	0,610
Só mãe (n=17)	1,0 (0,0-3,0)		0,0 (0,0-3,0)		0,0 (0,0-1,0)		1,0 (0,0-2,0)	

Só pai (n=4)	0,5 (0,0-4,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-0,0)	1,0 (0,3-5,5)
Ambos (n=5)	1,0 (0,0-3,5)	1,0 (0,0-3,5)	0,0 (0,0-0,0)	1,0 (0,5-2,5)

C -TRF* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelo professor

Tabela 14. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF*) – Parte II.

	Problemas de atenção		Comportamentos agressivos		Outros problemas	
	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>	M (P25-P75)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mulher						
Não (n=26)	0,5 (0,0-4,5)	0,966	1,0 (0,0-3,3)	0,610	3,0 (0,8-7,0)	0,796
Sim (n=31)	1,0 (0,0-5,0)		1,0 (0,0-4,0)		4,0 (1,0-7,0)	
Depressão pós-natal homem						
Não (n=35)	0,0 (0,0-3,0)	0,273	1,0 (0,0-3,0)	0,145	4,0 (1,0-7,0)	0,803
Sim (n=9)	3,0 (0,0-6,5)		3,0 (0,0-10,5)		5,0 (0,0-8,5)	
Depressão pós-natal casal						
Sem (n=17)	0,0 (0,0-3,5)	0,628	0,0 (0,0-5,0)	0,512	4,0 (2,0-7,0)	0,993
Só mãe (n=17)	0,0 (0,0-4,5)		1,0 (0,0-2,0)		4,0 (1,0-7,0)	
Só pai (n=4)	4,5 (0,8-8,3)		2,5 (0,5-8,3)		4,0 (0,8-14,0)	
Ambos (n=5)	2,0 (0,0-6,0)		6,0 (0,0-12,5)		7,0 (0,0-8,5)	

C -TRF* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelo professor

Tabela 15. Depressão pós-natal e ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF*) – Parte III.

	Internalização		Externalização		Total Problemas	
	M (P25-P75)	p	M (P25-P75)	p	M (DP)	p
Depressão pós-natal mulher						
Não (n=26)	46,5 (34,0-57,0)	0,935	45,5 (38,0-52,3)	0,765	39,4 (5,6)	0,903
Sim (n=31)	51,0 (34,0-53,0)		47,0 (38,0-54,0)		39,6 (6,0)	
Depressão pós-natal homem						
Não (n=35)	48,0 (34,0-55,0)	0,941	46,0 (38,0-53,0)	0,201	39,9 (6,0)	0,953
Sim (n=9)	46,0 (37,0-54,5)		52,0 (38,0-58,5)		39,8 (6,7)	
Depressão pós-natal casal						
Sem (n=17)	48,0 (34,0-57,0)	0,937	41,0 (38,0-51,5)	0,623	39,9 (5,6)	0,997
Só mãe (n=17)	47,0 (34,0-53,0)		46,0 (37,0-52,5)		39,7 (6,7)	
Só pai (n=4)	43,0 (35,5-57,3)		50,0 (40,5-57,3)		40,3 (7,5)	
Ambos (n=5)	52,0 (37,5-54,5)		54,0 (38,0-59,0)		39,4 (6,8)	

C -TRF* - Questionário sobre o comportamento da criança, respondido pelo professor

O desenvolvimento cognitivo da criança foi avaliado através da Griffiths (tabela 16 e 17), tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas no nível de desenvolvimento “locomotor” da criança quando comparado com a DPN do homem ($p=0,001$) e com a DPN no casal ($p=0,047$), isto é, crianças cujo pai ou o casal apresentaram DPN pior é o desenvolvimento locomotor aos 6 anos de idade, comparativamente com crianças cujos pai ou casal não apresentaram DPN.

Tabela 16. Depressão pós-natal e desenvolvimento geral da criança aos 6 anos (Griffiths*) – Parte I

	Locomotor		Pessoal/Social		Audição/Linguagem		Olho/Mão	
	M (DP)	<i>p</i>	M (DP)	<i>p</i>	M (DP)	<i>p</i>	M (DP)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mulher								
Não (n=43)	115,5 (10,1)	0,936	109,6 (12,3)	0,651	114,4 (12,0)	0,679	107,6 (11,3)	0,812
Sim (n=43)	115,7 (14,5)		108,4 (13,1)		115,5 (12,1)		108,1 (11,4)	
Depressão pós-natal homem								
Não (n=55)	119,7 (11,5)	0,011	112,7 (12,1)	0,556	116,6 (11,5)	0,808	110,0 (10,9)	0,412
Sim (n=13)	111,0 (7,0)		110,6 (9,9)		117,5 (10,4)		107,3 (10,2)	
Depressão pós-natal casal								
Sem (n=29)	118,1 (10,2)	0,047	112,2 (12,5)	0,945	116,1 (11,3)	0,979	109,8 (11,5)	0,800
Só mãe (n=25)	121,3 (13,0)		112,3 (11,0)		117,1 (12,0)		109,8 (10,3)	
Só pai (n=8)	113,0 (7,1)		111,6 (5,3)		117,7 (12,5)		105,7 (10,1)	
Ambos (n=5)	107,8 (6,3)		109,0 (15,4)		117,2 (7,2)		109,8 (10,9)	

Griffiths* - Escala sobre o desenvolvimento mental da criança.

Tabela 17. Depressão pós-natal e desenvolvimento geral da criança aos 6 anos (Griffiths*) – Parte II

	Realização		Raciocínio Prático		Total Griffiths	
	M (DP)	<i>p</i>	M (DP)	<i>p</i>	M (DP)	<i>p</i>
Depressão pós-natal mulher						
Não (n=43)	115,6 (18,1)	0,350	106,7 (13,3)	0,233	111,6 (10,2)	0,346
Sim (n=43)	119,1 (16,0)		110,4 (14,9)		113,6 (9,4)	

Depressão pós-natal homem						
Não (n=55)	120,0 (16,3)	0,642	111,5 (13,1)	0,282	115,1 (9,8)	0,254
Sim (n=13)	117,6 (17,9)		107,2 (12,0)		111,8 (7,1)	
Depressão pós-natal casal						
Sem (n=29)	117,6 (16,5)	0,631	109,6 (12,6)	0,495	113,9 (9,8)	0,626
Só mãe (n=25)	122,7 (16,2)		112,9 (13,4)		116,0 (9,8)	
Só pai (n=8)	119,6 (19,9)		105,0 (13,1)		111,9 (8,0)	
Ambos (n=5)	114,6 (15,6)		110,6 (10,3)		111,6 (6,3)	

Griffiths* - Escala sobre o desenvolvimento mental da criança.

Nas tabelas seguintes (tabelas 18 a 27), pode observar-se a associação, através da regressão linear, entre a depressão pós-natal no homem, na mulher separadamente e no casal, no ajustamento psicossocial e no desenvolvimento geral da criança aos 6 anos de idade, de acordo com os instrumentos de avaliação utilizados, CBCL, C-TRF e Griffiths.

Relativamente ao ajustamento psicossocial da criança (CBCL) (tabelas 18, 19, 20 e 21), pode-se verificar que o diagnóstico de DPN na mulher está associado a um aumento de 1,12 pontos (IC95%: 0,09-2,14) na reatividade emocional da criança e após ajuste para o sexo da criança está associada a um aumento de 1,09 pontos (IC95%: 0,06-2,11), ou seja, uma criança que tem uma mãe com DPN tem um aumento significativo na reatividade emocional quando comparada com uma criança com uma mãe sem DPN.

Quando analisada a ocorrência de DPN no casal, verifica-se que tanto no modelo bruto como no modelo ajustado, esta está associada a um aumento de respetivamente 1,97 (IC95%: 0,18-3,77) e 1,95 (IC95%: 0,12-3,78) pontos nos problemas somáticos da criança. Assim, uma criança que tenha os dois pais com DPN tem um aumento

significativo nos problemas somáticos quando comparada com uma criança que tenha ambos os pais sem DPN.

A DPN na mulher está associada a um aumento de 2,08 (IC95%: 0,04-4,11) na escala dos comportamentos agressivos da criança, quando ajustado para o sexo, bem como está associada a um aumento de 2,28 (IC95%: 0,04-5,51) e 2,32 (IC95%: 0,07-4,56) pontos no *score* global da CBCL, para o modelo bruto e para o modelo ajustado, respectivamente.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas, em análise uni e multivariada, em relação aos instrumentos de avaliação C-TRF (tabelas 22, 23, 24 e 25) e Griffiths (tabelas 26 e 27).

Tabela 18. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL) – Parte I

CBCL	Reatividade emocional	Ansiedade/Depressão	Problemas somáticos
	β (95% IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	1,12 (0,09 a 2,14)	0,98 (-0,30 a 2,25)	0,77 (-0,22 a 1,76)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	1,09 (0,06 a 2,11)	0,96 (-0,32 a 2,23)	0,73 (-0,25 a 1,72)
Depressão pós-natal homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,19 (-0,89 a 1,28)	-0,37 (-1,91 a 1,16)	0,55 (-0,68 a 1,78)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,16 (-0,93 a 1,25)	-0,37 (-1,92 a 1,18)	0,54 (-0,70 a 1,78)
Depressão pós-natal casal			
Modelo bruto			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	0,55 (-0,42 a 1,53)	0,75 (-0,60 a 2,09)	0,76 (-0,34 a 1,87)
Só pai	-0,49 (-1,90 a 0,92)	-1,59 (-3,54 a 0,36)	0,01 (-1,59 a 1,61)
Ambos	1,64 (0,05 a 3,22)	1,91 (-0,28 a 4,10)	1,97 (0,18 a 3,77)
Modelo ajustado*			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	0,55 (-0,42 a 1,53)	0,75 (-0,61 a 2,11)	0,76 (-0,35 a 1,88)
Só pai	-0,47 (-1,88 a 0,94)	-1,59 (-3,56 a 0,37)	0,02 (-1,60 a 1,63)
Ambos	1,54 (-0,06 a 3,14)	1,95 (-0,28 a 4,18)	1,95 (0,12 a 3,78)

*Ajustado para o sexo da criança. β : Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 19. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL) – Parte II

CBCL	Isolamento	Problemas de sono	Problemas de atenção
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,12 (-0,54 a 0,78)	1,02 (-0,03 a 2,08)	0,14 (-0,62 a 0,9)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,12 (-0,54 a 0,79)	1,01 (-0,05 a 2,07)	0,17 (-0,58 a 0,92)
Depressão pós-natal homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,23 (-0,44 a 0,89)	0,07 (-1,17 a 1,30)	0,24 (-0,84 a 1,32)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,25(-0,41 a 0,92)	0,07 (-1,18 a 1,31)	0,31 (-0,74 a 1,37)
Depressão pós-natal casal			
Modelo bruto			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-0,17 (-0,78 a 0,44)	0,81 (-0,31 a 1,94)	-0,06 (-1,07 a 0,94)
Só pai	0,33 (-0,55 a 1,21)	-0,06 (-1,69 a 1,57)	-0,06 (-1,53 a 1,40)
Ambos	-0,01 (-1,00 a 0,98)	1,02 (-0,81 a 2,86)	0,64 (-1,00 a 2,28)
Modelo ajustado*			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-0,17 (-0,78 a 0,43)	0,81 (-0,32 a 1,95)	-0,06 (-1,04 a 0,91)
Só pai	0,31 (-0,56 a 1,19)	-0,06 (-1,71 a 1,59)	-0,11 (-1,52 a 1,31)
Ambos	0,09 (-0,90 a 1,09)	1,02 (-0,84 a 2,89)	0,91 (-0,69 a 2,51)

*Ajustado para o sexo da criança.

β : Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 20. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL) – Parte III

CBCL	Comportamentos agressivos	Outros problemas
	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher		
Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	2,02 (-0,01 a 4,06)	1,65 (-1,04 a 4,34)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	2,08 (0,04 a 4,11)	1,67 (-1,03 a 4,38)

Depressão pós-natal homem		
Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	0,45 (-1,83 a 2,73)	-0,82 (-3,28 a 1,64)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	0,62 (-1,58 a 2,82)	-0,77 (-3,24 a 1,71)
Depressão pós-natal casal		
Modelo bruto		
Sem DPN	Referência	Referência
Só mãe	0,55 (-1,57 a 2,67)	0,36 (-1,89 a 2,61)
Só pai	-0,37 (-3,44 a 2,70)	-2,22 (-5,48 a 1,03)
Ambos	2,05 (-1,40 a 5,49)	1,61 (-2,04 a 5,26)
Modelo ajustado*		
Sem DPN	Referência	Referência
Só mãe	0,55 (-1,47 a 2,58)	0,36 (-1,88 a 2,61)
Só pai	-0,47 (-3,39 a 2,46)	-2,27 (-5,52 a 0,98)
Ambos	2,67 (-0,65 a 5,99)	1,90 (-1,79 a 5,58)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 21. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (CBCL) – Parte IV

CBCL	Internalização	Externalização	Total Score
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	3,88 (-0,37 a 8,14)	2,81 (-0,72 a 6,35)	2,28 (0,04 a 4,51)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	3,84 (-0,44 a 8,12)	2,95 (-0,56 a 6,46)	2,32 (0,07 a 4,56)
Depressão pós-natal homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,39 (-5,91 a 5,12)	1,27 (-3,14 a 5,68)	-0,66 (-2,95 a 1,64)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,33 (-5,89 a 5,24)	1,61 (-2,62 a 5,84)	-0,61 (-2,92 a 1,71)
Depressão pós-natal casal			
Modelo bruto			
Sem DPN	Referência	Referência	Referência
Só mãe	2,96 (-2,00 a 7,92)	0,56 (-3,56 a 4,68)	1,22 (-0,85 a 3,30)
Só pai	-3,45 (-10,63 a 3,73)	-0,31 (-6,27 a 5,64)	-1,78 (-4,78 a 1,23)
Ambos	6,51 (-1,56 a 14,57)	3,98 (-2,71 a 10,67)	2,22 (-1,15 a 5,60)

Modelo ajustado*

Sem DPN	Referência	Referência	Referência
Só mãe	2,97 (-2,02 a 7,96)	0,57 (-3,33 a 4,48)	1,23 (-0,85 a 3,30)
Só pai	-3,50 (-10,72 a 3,72)	-0,51 (-6,16 a 5,14)	-1,82 (-4,82 a 1,18)
Ambos	6,84 (-1,35 a 15,03)	5,24 (-1,16 a 11,65)	2,49 (-0,91 a 5,89)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 22. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF) – Parte I

C-TRF	Reatividade emocional	Ansiedade/Depressão
	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher		
Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	-0,15 (-1,41 a 1,11)	-0,26 (-1,38 a 0,86)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	-0,20 (-1,45 a 1,04)	-0,29 (-1,41 a 0,83)
Depressão pós-natal homem		
Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	-0,27 (-2,16 a 1,62)	-0,27 (-1,68 a 1,15)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	-0,30 (-2,20 a 1,60)	-0,26 (-1,70 a 1,17)
Depressão pós-natal casal		
Modelo bruto		
Sem	Referência	Referência
Só mãe	-0,71 (-2,48 a 1,07)	-0,47 (-1,80 a 0,86)
Só pai	-0,74 (-3,61 a 2,14)	-0,88 (-3,04 a 1,27)
Ambos	-0,64 (-3,27 a 2,00)	-0,28 (-2,25 a 1,69)
Modelo ajustado*		
Sem	Referência	Referência
Só mãe	-0,79 (-2,58 a 1,01)	-0,47 (-1,82 a 0,89)
Só pai	-0,93 (-3,85 a 2,00)	-0,87 (-3,08 a 1,34)
Ambos	-0,59 (-3,23 a -2,06)	-0,28 (-2,29 a -1,72)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 23. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF) – Parte II

C-TRF	Problemas somáticos	Isolamento	Problemas de atenção
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,15 (-0,57 a 0,28)	0,25 (-0,67 a 1,17)	0,31 (-1,61 a 2,24)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,15 (-0,58 a 0,29)	0,21 (-0,70 a 1,12)	0,24 (-1,67 a 2,14)
Depressão pós-natal homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,57 (-1,21 a 0,07)	0,61 (-0,68 a 1,89)	1,04 (-1,76 a 3,85)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,57 (-1,23 a 0,08)	0,59 (-0,71 a 1,89)	0,99 (-1,81 a 3,79)
Depressão pós-natal casal			
Modelo bruto			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-0,12 (-0,73 a 0,49)	0,53 (-0,68 a 1,74)	0,94 (-1,70 a 3,59)
Só pai	-0,65 (-1,63 a 0,34)	1,37 (-0,59 a 3,32)	2,44 (-1,84 a 6,73)
Ambos	-0,65 (-1,55 a 0,26)	0,52 (-1,27 a 2,31)	0,74 (-3,18 a 4,66)
Modelo ajustado*			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-0,12 (-0,75 a 0,50)	0,49 (-0,27 a 1,74)	0,81 (-1,86 a 3,48)
Só pai	-0,66 (-1,67 a 0,35)	1,28 (-0,72 a 3,28)	2,13 (-0,22 a 6,48)
Ambos	-0,64 (-1,56 a 0,27)	0,54 (-1,27 a 2,35)	0,82 (-3,12 a 4,76)

*Ajustado para o sexo da criança.

β : Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 24. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF) – Parte III

C-TRF	Comportamentos agressivos	Outros problemas
	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher		
Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	0,15 (-2,74 a 3,04)	0,24 (-2,27 a 2,75)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	-0,02 (-2,82 a 2,78)	0,13 (-2,35 a 2,60)
Depressão pós-natal homem		

Modelo bruto		
Não	Referência	Referência
Sim	2,31 (-1,83 a 6,45)	0,56 (-3,25 a 4,37)
Modelo ajustado*		
Não	Referência	Referência
Sim	2,22 (-1,89 a 6,33)	0,50 (-3,32 a 4,33)
Depressão pós-natal casal		
Modelo bruto		
Sem	Referência	Referência
Só mãe	-1,47 (-5,37 a 2,43)	0,35 (-3,27 a 3,98)
Só pai	0,28 (-6,03 a 6,59)	1,54 (-4,33 a 7,42)
Ambos	2,73 (-3,05 a 8,51)	0,09 (-5,29 a 5,47)
Modelo ajustado*		
Sem	Referência	Referência
Só mãe	-1,80 (-5,64 a 2,05)	0,20 (-3,47 a 3,87)
Só pai	-0,50 (-6,76 a 5,77)	1,18 (-4,80 a 7,16)
Ambos	2,93 (-2,75 a 8,60)	0,19 (-5,23 a 5,60)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 25. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no ajustamento psicossocial da criança aos 6 anos (C-TRF) – Parte IV

C-TRF	Internalização	Externalização	Total Score
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-parto mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,22 (-5,21 a 5,65)	1,14 (-3,46 a 5,73)	0,19 (-2,93 a 3,31)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,05 (-5,37 a 5,47)	0,95 (-3,61 a 5,51)	0,12 (-3,02 a 3,26)
Depressão pós-parto homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,52 (-8,28 a 7,23)	3,53 (-3,14 a 10,20)	-0,14 (-4,77 a 4,50)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-0,58 (-8,42 a 7,26)	3,42 (-3,26 a 10,10)	-0,15 (-4,84 a 4,55)
Depressão pós-parto casal			
Modelo bruto			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-1,18 (-8,56 a 6,20)	0,47 (-5,84 a 6,78)	-0,24 (-4,64 a 4,17)
Só pai	-2,28 (-14,24 a 9,68)	3,78 (-6,45 a 14,01)	0,31 (-6,83 a 7,45)
Ambos	-0,33 (-11,28 a 10,62)	4,13 (-5,23 a 13,49)	-0,54 (-7,08 a 6,00)

Modelo ajustado*

Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	-1,36 (-8,86 a 6,14)	0,10 (-6,24 a 6,43)	-0,28 (-4,77 a 4,21)
Só pai	-2,72 (-14,95 a 9,52)	2,89 (-7,44 a 13,21)	0,20 (-7,12 a 7,53)
Ambos	-0,22 (-11,30 a 10,86)	4,35 (-5,00 a 13,70)	-0,51 (-7,14 a 6,11)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Tabela 26. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no desenvolvimento cognitivo da criança aos 6 anos (Griffiths*) – Parte I

GRIFFITHS	Locomotor	Pessoal/Social	Audição/Linguagem
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,22 (-5,16 a 5,59)	-1,25 (-6,70 a 4,21)	1,08 (-4,09 a 6,24)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	0,29 (-5,09 a 5,66)	-1,38 (-6,73 a 3,98)	1,05 (-4,14 a 6,24)
Depressão pós-natal homem			
Modelo bruto			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-8,68 (-15,33 a 2,03)	-2,13 (-9,34 a - 5,07)	0,85 (-6,09 a - 7,79)
Modelo ajustado*			
Não	Referência	Referência	Referência
Sim	-8,56 (-15,20 a 1,91)	-2,46 (-9,33 a 4,41)	0,76 (-6,21 a 7,73)
Depressão pós-natal casal			
Modelo bruto			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	3,20 (-2,74 a 9,14)	0,09 (-6,22 a 6,39)	1,05 (-5,23 a 7,33)
Só pai	-5,14 (-13,83 a 3,55)	-0,66 (-9,89 a 8,56)	1,62 (-7,57 a 10,81)
Ambos	-10,34 (-20,88 a 0,20)	-3,21 (-14,40 a 7,97)	1,14 (-10,00 a 12,28)
Modelo ajustado*			
Sem	Referência	Referência	Referência
Só mãe	3,16 (-2,77 a 9,10)	0,18 (-5,24 a 6,23)	1,08 (-5,23 a 7,39)
Só pai	-5,25 (-13,94 a 3,44)	-0,39 (-9,24 a 8,46)	1,70 (-7,53 a 10,93)
Ambos	-9,80 (-20,38 a 0,78)	-4,52 (-15,30 a 6,26)	0,77 (-10,47 a 12,01)

*Ajustado para o sexo da criança.

β: Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Griffiths* - Escala sobre o desenvolvimento mental da criança.

Tabela 27. Efeito da DPN da mãe, do pai e do casal no desenvolvimento cognitivo da criança aos 6 anos (Griffiths*) – Parte II

GRIFFITHS	Olho/Mão	Realização	Raciocínio Prático	Total Griffiths
	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)	β (95%IC)
Depressão pós-natal mulher				
Modelo bruto				
Não	Referência	Referência	Referência	Referência
Sim	0,58 (-4,27 a 5,44)	3,46 (-3,87 a 10,78)	3,66 (-2,39 a 9,71)	2,00 (-2,20 a 6,21)
Modelo ajustado*				
Não	Referência	Referência	Referência	Referência
Sim	0,49 (-4,32 a 5,30)	3,52 (-3,83 a 10,87)	3,67 (-2,42 a 9,77)	2,00 (-2,24 a 6,24)
Depressão pós-natal homem				
Modelo bruto				
Não	Referência	Referência	Referência	Referência
Sim	-2,74 (-9,36 a -3,88)	-2,38 (-12,59 a -7,82)	-4,33 (-12,3 a 3,63)	-3,33 (-9,11 a 2,44)
Modelo ajustado*				
Não	Referência	Referência	Referência	Referência
Sim	-2,92 (-9,47 a 3,63)	-2,31 (-12,58 a 7,97)	-4,35 (-12,39 a 3,68)	-3,40 (-9,20 a 2,40)
Depressão pós-natal casal				
Modelo bruto				
Sem	Referência	Referência	Referência	Referência
Só mãe	0,00 (-5,93 a 5,92)	5,16 (-3,97 a -14,29)	3,22 (-3,80 a 10,23)	2,03 (-3,12 a 7,17)
Só pai	-4,10 (-12,77 a 4,57)	2,00 (-11,36 a -15,36)	-4,63 (-14,90 a 5,63)	-2,07 (-9,59 a 5,46)
Ambos	0,02 (-10,49 a 10,53)	-2,95 (-19,15 a -13,25)	0,97 (-11,48 a 13,41)	-2,34 (-11,47 a 6,79)
Modelo ajustado*				
Sem	Referência	Referência	Referência	Referência
Só mãe	0,05 (-5,84 a 5,94)	5,31 (-4,06 a 14,33)	3,21 (-3,86 a 10,29)	2,05 (-3,13 a 7,22)
Só pai	-3,96 (-12,58 a 4,66)	1,93 (-11,53 a 15,38)	-4,65 (-15,00 a 5,70)	-2,02 (-9,59 a 5,56)
Ambos	-0,66 (-11,15 a 0,83)	-2,62 (-19,00 a 13,77)	1,04 (-11,57 a 13,65)	-2,58 (-11,81 a 6,64)

*Ajustado para o sexo da criança.

β : Coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Referência: Classe de referência.

Griffiths* - Escala sobre o desenvolvimento mental da criança.

CAPÍTULO V. DISCUSSÃO

Discussão

Quanto à prevalência da DPN pode-se destacar o período no qual a percentagem de DPN foi mais elevada (59% das 198 mulheres e 26% dos 150 homens) que corresponde às 2 semanas após o nascimento do bebê, tal como se verificou na literatura o nascimento do bebê implica uma readaptação familiar e para alguns pais todas as alterações às quais estão sujeitos causam perturbações. Sendo neste período, entre 2 a 8 semanas, que surge a DPN (Maloney, M., 1998; Hewitt, C.E., et al., 2009).

Os fatores de risco na mulher descritos na literatura, por Kheirabadi, et al., 2009; Matos, Piélagos & Figueroa, 2009; Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E., 1996, foram verificados através da realização deste estudo, a idade, os acontecimentos de vida negativos, a gravidez não planeada, as complicações no pós-parto. Relativamente às características da personalidade, encontrou-se uma associação significativa positiva entre a depressão pós-natal e a depressão antes e durante a gravidez, bem como em relação à ansiedade antes e durante a gravidez e duas semanas pós-natal. Constatou-se também que as mulheres pessimistas têm duas vezes mais probabilidade de terem depressão pós-natal. Mas o fator que mais se destacou o neuroticismo, sendo que as mulheres com características neuróticas têm catorze vezes mais probabilidade de terem depressão pós-natal. Estudos têm comprovado que o neuroticismo está correlacionado com o pessimismo, com a depressão e a variação de humor (Oliveira, 2004).

No entanto, apenas se verificou uma associação positiva entre depressão pós-natal na mulher e sintomatologia depressiva durante a gravidez, ansiedade anterior à gravidez e ansiedade duas semanas após o parto. As mulheres de classe social III, ou seja da classe média, segundo classificação de Graffar, têm 78% menos probabilidade de ter depressão pós-natal do que as mulheres das outras classes sociais.

Quanto ao homem, a prevalência de depressão pós-natal no homem variou significativamente de acordo com o suporte emocional, em relação a determinadas características da personalidade, nomeadamente depressão anterior à gravidez e durante a gravidez ($p < 0,001$), ansiedade anterior à gravidez ($p = 0,001$), ansiedade duas semanas após o parto ($p < 0,001$), tal como descrito por Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996) e o neuroticismo ($p = 0,019$).

Tal como referiu Goodman (2004), a DPN nos homens está também relacionada com o estado psíquico das suas companheiras. Portanto, neste estudo a DPN diferiu significativamente de acordo com a ocorrência de ansiedade anterior à gravidez nas mulheres ($p=0,002$) e marginalmente para as mulheres com características neuróticas ($p=0,050$).

Verificou-se também que os homens fumadores têm maior probabilidade de ter depressão pós-natal quando comparados com os não fumadores. Foi encontrada uma associação significativa positiva entre a frequência de depressão pós-natal no homem e de sintomatologia depressiva antes da gravidez, de ansiedade anterior à gravidez e de ansiedade duas semanas após o parto. O que corrobora os estudos anteriores (e.g. Paulson, J.F. & Bazemore, S.D., 2010) que referem que quem têm historial de depressão ou de ansiedade antes da gravidez tem maior probabilidade de desenvolver DPN. Também se verificou que os homens com características neuróticas têm três vezes mais probabilidade de ter depressão pós-natal comparativamente com os que não têm estas características.

Observou-se tal como outros autores mencionaram (Paulson, J.F. & Bazemore, S.D., 2010; Teixeira, Gonçalves, Monteiro, Fonseca & Areias, 2010; Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, (1996a e b) que os fatores de risco da DPN de um elemento do casal influenciam o bem-estar do parceiro. Isto é, a presença de sintomatologia ansiosa anterior à gravidez na mulher mostrou-se positivamente associada com a depressão pós-natal no homem.

Para analisar a concordância no diagnóstico de depressão pós-natal entre o casal foi realizado o teste de McNemar, partindo da hipótese nula de que há concordância na ocorrência da DP no casal. Pode-se verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em alguns momentos de avaliação, o que significa que não há concordância entre o casal. No entanto, verificou-se que em determinados momentos a DP na gravidez, a DPN 6 semanas pós-natal e a DP 6 anos pós-natal na mulher estão relacionadas com a DP antes da gravidez, durante a gravidez, a DPN 2 semanas pós-natal, a DPN 12 meses pós-natal e a DP 6 anos pós-natal no homem.

O ajustamento psicossocial da criança avaliado (CBCL e C-TRF), demonstrou diferenças significativas na reatividade emocional ($p=0,033$) e marginalmente nos comportamentos agressivos da criança ($p=0,049$) com a depressão pós-parto na mulher.

Portanto, uma criança que teve uma mãe com DPN tem um aumento significativo na reatividade emocional aos 6 anos, quando comparada com uma criança com uma mãe sem diagnóstico anterior de DPN. Crianças cujas mães tiveram DPN também podem ter propensão para comportamentos agressivos, aos 6 anos comparativamente com crianças cujas mães não tiveram DPN. Segundo Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G. Norris, S., & Stein, A. (2010), a depressão pós-natal materna também está associada a problemas de comportamento da criança, que surgem mais tarde, independente do nível socioeconómico da família.

No entanto, na literatura encontrada também se constatado este facto mas relativamente à DPN paterna, o que não se verificou no presente estudo (Ramchandani, P.G., O'Connor, T.G., Evans, J. et al., 2008; Paulson, J.F., Keefe, H.A., & Leiferman, J.A., 2009). Ramchandani, P.G., et al. (2011) defendem mesmo que a depressão paterna está relacionada com um temperamento infantil mais difícil.

Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas nos problemas somáticos da criança ($p=0,045$) em relação à depressão pós-parto no homem.

O desenvolvimento cognitivo da criança foi avaliado através da *Griffiths*, tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas no nível de desenvolvimento “locomotor” da criança quando comparado com a DPN do homem ($p=0,001$) e com a DPN no casal ($p=0,047$). Indo de encontro a alguns estudos que apontam para limitações a nível da locomoção, quando existe diagnóstico de DPN na família, como demonstraram Patel, Rahman, Jacob & Hughes, 2004; Stewart RC. (2007).

Quando analisada a ocorrência de DPN no casal, verifica-se que, esta está associada a um aumento nos problemas somáticos da criança. Assim, uma criança que tenha os dois pais com DPN tem um aumento significativo nos problemas somáticos quando comparada com uma criança que tenha ambos os pais sem DPN.

Esta perturbação tem sido reconhecida por ter um grande impacto sobre as famílias no período pós-parto (Ballard et al, 1994; Areias, Kumar, Barros e Figueiredo, 1996a e b; Teixeira et al, 2010). Porém, no caso dos efeitos provocados nas crianças têm-se verificado que estes surgem a longo prazo, como verificamos no estudo, podendo apenas manifestarem-se até na adolescência (Halligan, S.L., Murray, L., Martins, C., & Cooper, P.J., 2007).

CAPÍTULO VI. CONCLUSÃO

Conclusão

O presente estudo teve como principais objetivos: identificar os determinantes da DPN para ambos os sexos, em qualquer momento avaliado (até 1 ano pós-natal); verificar a influência das variáveis preditoras da DPN, na mulher e no homem; perceber se existia concordância de diagnóstico de depressão no casal, partindo da hipótese nula, ou seja, de que não existe concordância, o que se verificou nesta investigação, pois na sua maioria não existia concordância de diagnóstico; relacionar a DPN na mulher, no homem e no casal com as variáveis da criança (desenvolvimento cognitivo e ajustamento psicossocial); e compreender o efeito da DPN da mãe, do pai e do casal na criança e definir perfis de risco, para a morbidade física, o desenvolvimento cognitivo e o ajustamento psicossocial da criança, tal como foi anteriormente verificado.

Perante isto, julgo que os objetivos propostos foram conseguidos. Porém com algumas limitações, pois uma vez que a investigação atual tinha como finalidade fazer um follow-up da investigação iniciada há cerca de 6 anos, não nos foi possível acompanhar novamente o mesmo número de participantes, devido a desistências e a perdas de informações que impedir retomar o contato. No entanto, como foi esclarecido nos resultados, através da comparação entre a amostra anterior e a amostra conseguida nesta 5ª avaliação, que foi cerca de metade da inicial, as características iniciais não se perderam.

Em suma, a participação nesta investigação revelou-se uma experiência positiva e de enorme aprendizagem para mim própria. Assim como, espero que seja proveitosa, uma vez que os dados obtidos vão de encontro ao referido em diversos estudos internacionais, demonstrando que é possível antecipar o que ocorrera com determinados pacientes. Sendo possível encontrar um modo de auxílio às famílias de modo a que esta perturbação seja evitada ou minimizada e que as repercussões a nível da saúde física e mental dos filhos sejam estagnadas.

CAPÍTULO VII. BIBLIOGRAFIA

Referências bibliográficas

Achenbach T.M. (1991): Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles, Burlington. VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.

Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 ad 1991. Burlington. VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach & Rescorla (n.d.). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles: Child Behavior Checklist for ages 1 ½ - 5, Language Development Survey, Caregiver – Teacher Report Form. ASEBA.

Albuquerque, C. P., Fonseca, A. C., Simões, M. R., Pereira, M., & Rebelo, J. A. (1999). O Inventário de Comportamento da Criança para Professores: Estudo com uma amostra clínica. *Psychologica*, 21, 113-128.

Alici-Evcimen, Y. & Sudak, D.M. (2003). Postpartum depression. *Elsevier*, 10, 210–216.

Almeida, L.S., Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

American Psychiatric Association (APA) 2005. <http://www.psychiatry.org/postpartum-depression>

Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *BJP*, 169, 30-35.

Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *BJP*, 169, 36-41.

Austin, M.P., Priest, S., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Arch Womens Ment Health*.13, 395-401.

Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G. Norris, S., & Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health.

Bayle, F., & Martinet, S., 2008. *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatry Nursing*, 12(1), 12-20.

Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.

Beck, A. & Alford, B. (2009) *Depression: Causes and Treatment, Second Edition*. Pennsylvania Press: Philadelphia.

Bielinski-Blattmann. (2009). Postpartum depressive symptoms in the first 17 months after childbirth: the impact of an emotionally supportive partnership. *International Journal of Public Health*, 54, 333-339.

Borges, P., Costa, I., Ferreira, C., Gil, I., Carvalhão, I., Fernandes, S., Veríssimo, M. (2012). Escalas de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths - adaptação para a população portuguesa. *Atas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação*.

Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-55.

Carneiro, J., Ferreira, C., Ulrich, M., Boavida, M., Carvalho, I., Taborda, J., & Nunes, M. (2003). Validade de constructo da Escala de Desenvolvimento Mental Griffiths:

estudo com crianças portuguesas dos 3 aos 7 anos de idade. *Gymnasium: Revista de Educação Física, Desporto e Saúde*, 3, 51-56.

Carvalho, A. et al., (2013). Portugal Saúde Mental em números. Direção-Geral da Saúde.

Cooper, P. J. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*. 316.

Dennis, CL. (2004). Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 183-191.

Dennis, C.L., Hodnett, E., Kenton, L., Weston, J., Zupancic, J., Stewart, D.E. & Kiss, A. (2009). Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*. 338 – 3064.

Edwards & Galletl. Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantage suburbs in Adelaide, South Australia. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 42(1), 45-50.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. Em Canavarro M.C. (Ed) *Psicologia da gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Flaherty, J., Gaviria, F.M., Black, E.M. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal Psychiatry*, 140(4), 473-476.

Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.

Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. A., & Cardoso, F. (1995). O Inventário de Comportamento da Criança para Professores. Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 29(2), 81-102.

Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas de comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 79-96.

Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*, 119, 350–364.

Gleystman, H. (2002). *Psicologia*. 5ª Ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, M., & Simões, M. R. (2000). O Modelo Multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (45-87). Coimbra: Quarteto Editora.

Gonçalves, M., Dias, P., & Machado, B. C. (2007). Questionário de Comportamentos da Criança 1 ½-5. *Not published manuscript, Universidade do Minho, Braga*.

Gonçalves, M.P., Teixeira, F., Monteiro, A., Fonseca, E. & Areias, MEG. (2010). Postnatal Depression in Mothers and Fathers: correlation with psychosocial and hormonal variables. *Arch Womens Ment Health* 14(1), 24., doi 10.1007/s00737-010-0203-1.

Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (1), 26-35.

Goodman & Ty. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women`s Health*, 19 (3), 477-490.

Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons.

Griffiths, R. (1984). *The Abilities of Young Children: A Comprehensive System of Mental Measurement for the First Eight Years of Life*. Association for Research in Infant and Child Development.

Griffiths, R. (1986). *The Abilities of Babies: A study in Mental Measurement*. Association for Research in Infant and Child Development.

Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assessment*. Publisher Wiley.

Heady, B. & Wearing, A. (1989). Personality life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731-739.

Hendrick, V., et al. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J. Clin. Psychiatry*, 59 (2), 29-33.

Hendrick, V., et al., (1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 39 (2).

Hewitt, C.E., Gilbody, S.M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., Green, J., Morrell, J., Barkham, M., Light, K., & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technology Assessment*, 13 (36).

Ito, Gobitta & Guzzo. (2007). Temperamento, neuroticismo e autoestima: estudo preliminar. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 24(2), 143-153.

Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., & Gonçalves, M.M. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model

of the Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (12), 1215 – 1224.

Johnson, S.L., & Jacob, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *J Consult Clin Psychol*, 68, 4–12.

Khashan & McNamara. (2009). Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study. *Human Reproduction*, 24(2), 429-437.

Kheirabadi & Mara. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan province, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 12(5), 461-467.

Kim, Hur & Kim. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331-340.

Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A, Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 202, 5–14.

Leigh & Milgrom. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24).

Madsen, S.A., & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Int J Mens Health Gender*, 4, 26–31.

Mann & Gilbody. (2010). Prevalence and incidence of postnatal depression: what can systematic review tell us? *Archives of Women's Mental Health*, 13, 295-305.

Maloney, M. (1998). Postnatal depression: A study of mothers in the metropolitan area of Perth, Western Australia. *ACMI Journal*, 18-23.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5ª Ed. Pero Pinheiro: ReportNumber.

Matijasevich & Go. (2009). Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(12).

Matos & Pié. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310-314.

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D.J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64 (2-3), 175-184.

Mayberry, L.J., Horowitz, J.A. & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36 (6), 542-9.

Miller, L.J. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, 287(6), 762-5.

Misri & Kendrick. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(4), 222-228.

Monteiro, A., Areias, MEG., Teixeira, F., Gonçalves, MP. & Fonseca, E. (2010). Impact of Parental Depression over Cognitive and Psychomotor Development of Babies during the First Year of Life. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), 76. doi 10.1007/s00737-010-0203-1.

Murray, L., Arcthe, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I. & Cooper, P. (2009). Maternal Postnatal Depression and the development of Depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (5), 460-470.

Murray, L. & Halligan, S. (2009). Effects of Postnatal Depression on mother_infant Interactions and Child Development, in JG Bremner, TD Wachs (eds). Handbook of Infant Development. *The Wiley On-Line Library*, 2 (2).

Murray, L., Arteché, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460-470.

Naicker, K., Wickham, M., & Colman, I. (2012). Timing of first exposure to maternal depression and adolescent emotional disorder in a national Canadian. *PLoS ONE*, 7(3).

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Matern Child Health J.*, 17(4), 616–623. doi:10.1007/s10995-012-1037-4.

Newport, D.J., Hostetter, A., Arnold, A. & Stowe, Z.N. (2002). The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry*, 63(7), 31–44.

O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*, 43(6), 569-573.

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *J. Clin. Psychol.* 65 (12), 1258–1269. doi: 10.1002/jclp.20644.

Oliveira, J. (2004). Neuroticismo: algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4(20), 647-655.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

Pais-Ribeiro, J., & Pedro, L. *Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do otimismo (Escala de Orientação para a Vida Revista – LOT-R) em doentes com esclerose múltipla*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto.

Papp, L.M., Goeke-Morey, M.C., & Cummings, E.M. (2007). Links between spouses' psychological distress and marital conflict in the home. *J Fam Psychol*, 21, 533–537.

Patel, V., Rahman, A., Jacob, K.S. & Hughes, M.. (2004). Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: New evidence in South Asia. *BMJ*, 328 (7443), 820-3.

Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry*, 159, 43–7.

Paulson, J.F., Keefe, H.A., & Leiferman, J.A. (2009). Early parental depression and child language development. *J Child Psychol Psychiatry*, 50, 254–262.

Paulson, J.F., & Bazemore, S.D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a metaanalysis. *J Am Med Assoc*, 303, 1961–1969.

Ramchandani, P.G., O'Connor, T.G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry*, 49 (10), 1069-78.

Ramchandani, P.G. & Psychogiou L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet*, 374 (9690), 646-53.

Ramchandani, P.G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., Netsi, E., & Lodder, A. (2011). Paternal Depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the Postnatal Period. *Depression and Anxiety*, 28, 471–477.

Sato & Kitamiya. (2009). Factors associated with late post-partum depression in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, 27-36.

Sharp, D., Hay, D.F., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H. & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *Journal of child psychology and psychiatry*, 36 (8), 1315-1336.

Segre, L.S. & O'Hara, M.W. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 316-321.

Suls, Green & Hillis. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective, inertia and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 127-136.

Soares, A., & Alves, M. (2006). Cortisol como variável em psicologia da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 165-177.

Stewart, R.C. (2007). Maternal depression and infant growth. *Maternal child nutrition*, 3 (2): 94-107.

Saraiva, Furtunato, & Gavina. (2005). Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Revista portuguesa de Psicossomática*, 71(2), 89-100.

Teixeira, F., Gonçalves, M.P., Monteiro, A., Fonseca, E. & Areias, MEG. (2010). Incidence and prevalence of Depression in women and men, during Pregnancy and after Childbirth: Comparing the likelihood to be depressed in subsamples of previously severely depressed and without history of depression. *Arch Womens Ment Health*, 14(1), S53, doi 10.1007/s00737-010-0203-1.

Thorne, (1987). The Myers-Briggs type indicator and coronary heart disease. *Journal of Personality Assessment*, 51(4), 545-47.

Vaz Serra, A., Ponciano, E., & Freitas, J. F. (1980). Resultados da aplicação do Eysenck Personality Inventory a uma amostra de população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 1(2), 127-132.

Wisner, K.L., Parry, B.L. & Piontek, C.M. (2002). Postpartum Depression (Clinical Practice). *N Engl J Med.* 347, 194–199.

Yonkers, K.A., et al., (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*, 158 (11), 1856-63.

Zelkowitz, P. & Milet, T.H. (2001). The Course of Postpartum Psychiatric Disorders in Women and their partners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (9): 575-8

ANEXOS

Anexo I
Consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

O signatário, _____
declara que foi informado de forma completa e esclarecedora sobre os objetivos e métodos da investigação “Etiologia e implicações psicossociais da Depressão Pós-natal”, e que aceita participar na mesma.

Confirma que lhe foi assegurado:

- Que a investigação manterá estrita confidencialidade em relação aos dados pessoais, sendo recolhida de forma anónima e com a atribuição de números de código para que os participantes não possam ser identificados.

- Que tinha toda a liberdade de aceitar ou não de participar, não pendendo sobre si qualquer consequência, em termos de prestação de serviços, por uma decisão de não participar.

- Que terá direito a conhecer os resultados da investigação no futuro, se assim o desejar.

Porto, _____ de 2012

Assinatura _____

Anexo II
Questionário de identificação

Ficha de Identificação

Código _____ Data ___/___/___ Entrevistador _____ Avaliação nº5

Nome(Mulher) _____		
Morada _____		
Localidade _____	Telefone _____	
Idade _____	Data de Nascimento ___/___/___	Nacionalidade _____
Nível Escolar _____	Profissão _____	Situação face ao emprego _____
Raça _____	Estado Civil _____	
Vive com o pai da criança? Sim _____ Não _____		
Há quanto tempo? _____	Nº de filhos _____	Idade dos filhos _____

Nome(Homem) _____		
Morada _____		
Localidade _____	Telefone _____	
Idade _____	Data de Nascimento ___/___/___	Nacionalidade _____
Nível Escolar _____	Profissão _____	Situação face ao emprego _____
Raça _____	Estado Civil _____	
Nº de filhos _____	Idade dos filhos _____	

Nome (Filho) _____	Data de Nascimento ___/___/___	Peso/Altura _____
Foi amamentado? Sim/ Não; Até que idade _____ Idade em que começou a andar _____ Idade em que começou a falar _____		
H.Sono: Sim / Não (Desde quando) _____ H. Alimentares: Sim / Não (Desde quando) _____		
Controlo Esfincteriano: Sim / Não (Desde quando) _____ Se não: Diurno / Noturno e Primário / Secundário		
Doença (alguma vez esteve internado(a)?) _____		
Frequentou creche? Sim / Não (Desde quando) _____ Frequentou infantário? Sim / Não (Desde quando) _____		
Frequenta pré-escola? Sim / Não (Desde quando) _____		

Mulher

Acontecimentos de vida (desde 5/6 anos atrás – desde a última avaliação)			
Áreas	S	N	Descrição (assinalar a que corresponde)
Trabalho			Mudança de funções /condições/ horário; Promoção; Desemprego; Reforma; Falência de negócio; Outra _____
Estudos			Início de estudos (tempo parcial ou total); Cessação de estudos (graduação ou desistência); Insucesso académico; outro _____
Finanças			Dificuldades financeiras: Leves; Moderadas; Graves; Melhoria considerável nas finanças (e.g. herança, ajuda da segurança social, emprego adicional ou aumento salarial).
Saúde			Doença do próprio; Doença de familiar próximo; Gravidez (desejada ou não desejada, aborto espontâneo ou provocado, nascimento de nado-morto); Nascimento de criança viva; Menopausa.
Migração			Mudança de residência: Dentro da mesma cidade; De cidade; De país.
Problemas legais			Violação menor sem julgamento judicial; Violação de maior significado com julgamento; Prisão; Processo legal com ação legal (e.g. p. guarda de um filho, problemas de heranças).
Perda significativa			Perda de um familiar próximo; Perda de um amigo(a) íntima; Perda ou roubo de algo importante (e.g. bens, animais).
Relações afetivas			Início/Termino de relação; Casamento; Separação conjugal temporária; Reconciliação conjugal; Divórcio.
Relações familiares			Adoção de uma criança; Noivado/ Casamento de filho(a); Saída de casa de filho(a) (e.g. trabalho, estudos ou institucionalização); Discussões sérias com familiares residentes na mesma casa ou outros familiares não residentes; Melhoria na relação com algum familiar.
Relações sociais			Possui pessoa amiga ou grupo de amigos(as) em que esteja inserido(a) com contato frequente; Esta(s) pessoa(s) é (são): membros da família, colegas escola/ trabalho, vizinho(a), grupo recreativo/ religioso/ desportivo; Pode contar com essa(s) pessoa(s) para: apoio emocional, ajuda prática (e.g. ajudar a cuidar dos filhos, ajudar a obter emprego, emprestar dinheiro). Nota: _____

Homem

Acontecimentos de vida (desde 5/6 anos atrás – desde a última avaliação)			
Áreas	S	N	Descrição
			(assinalar a que corresponde)
Trabalho			Mudança de funções /condições/ horário; Promoção; Desemprego; Reforma; Falência de negócio; Outra_____
Estudos			Início de estudos (tempo parcial ou total); Cessação de estudos (graduação ou desistência); Insucesso académico; outro_____
Finanças			Dificuldades financeiras: Leves; Moderadas; Graves; Melhoria considerável nas finanças (e.g. herança, ajuda da segurança social, emprego adicional ou aumento salarial).
Saúde			Doença do próprio; Doença de familiar próximo; Gravidez (desejada ou não desejada, aborto espontâneo ou provocado, nascimento de nado-morto); Nascimento de criança viva; Menopausa.
Migração			Mudança de residência: Dentro da mesma cidade; De cidade; De país.
Problemas legais			Violação menor sem julgamento judicial; Violação de maior significado com julgamento; Prisão; Processo legal com ação legal (e.g. p. guarda de um filho, problemas de heranças).
Perda significativa			Perda de um familiar próximo; Perda de um amigo(a) íntima; Perda ou roubo de algo importante (e.g. bens, animais).
Relações afetivas			Início/Termino de relação; Casamento; Separação conjugal temporária; Reconciliação conjugal; Divórcio.
Relações familiares			Adoção de uma criança; Noivado/ Casamento de filho(a); Saída de casa de filho(a) (e.g. trabalho, estudos ou institucionalização); Discussões sérias com familiares residentes na mesma casa ou outros familiares não residentes; Melhoria na relação com algum familiar.
Relações sociais			Possui pessoa amiga ou grupo de amigos(as) em que esteja inserido(a) com contato frequente; Esta(s) pessoa(s) é (são): membros da família, colegas escola/ trabalho, vizinho(a), grupo recreativo/ religioso/ desportivo; Pode contar com essa(s) pessoa(s) para: apoio emocional, ajuda prática (e.g. ajudar a cuidar dos filhos, ajudar a obter emprego, emprestar dinheiro). Nota:_____

Anexo III
HADS

HADS

Código

Data ___/___/___ Pai _____ Mãe _____

Avaliação

Nº

Entrevistador _____

Este questionário foi concebido para nos ajudar a saber como se sente.

Leia cada pergunta e assinale a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido na última semana.

Não perca muito tempo com as respostas; a sua primeira reação a cada pergunta talvez seja mais exata do que uma resposta muito pensada.

As informações que nos fornecer serão inteiramente confidenciais.

1. Sinto-me tenso ou apreensivo

- A maior parte das vezes
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer

- Nitidamente e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me incomoda
- De modo algum

4. Sou capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas

- Tanto como habitualmente
- Não tanto como habitualmente
- Sem dúvida que agora muito menos
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Raramente

6. Sinto-me bem disposto

- Nunca
- Poucas vezes
- Bastantes vezes
- Quase sempre

7. Consigo estar à vontade e sentir-me descontraído

- Sempre
- Habitualmente
- Algumas vezes
- Nunca

8. Sinto-me lento

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Nunca

9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto

- Completamente

- Não tenho tanto cuidado como devia
- Talvez menos interesse do que antes
- O mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas futuras

- Tanto como habitualmente
- Menos que anteriormente
- Bastante menos que antes
- Quase nunca

13. Tenho sensações súbitas de pânico

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Algumas vezes
- Nunca

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou de televisão

- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Poucas vezes
- Muito raramente

Anexo IV
EPDS

EPDS

Código

Data ___/___/___

Pai _____

Mãe _____

Avaliação Nº

Entrevistador _____

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que melhor indique o modo como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

- Sim, sempre
- Sim, quase sempre
- Não, poucas vezes
- Não, nunca

Isto quereria dizer: "Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas

- Tanto como antes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro

- Tanta como sempre tive
- Bastante menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada(o) sem motivo
- Não, nunca
 - Quase nunca
 - Sim, por vezes
 - Sim; muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivação
- Sim, muitas vezes
 - Sim, por vezes
 - Não, raramente
 - Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim
- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - Não, resolvo-as tão bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
- Sim, quase sempre
 - Sim, por vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Só às vezes
 - Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma(o)
- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca

Anexo V
SADS-L

SADS-L

Código

Data ___/___/___

Avaliação N°

Entrevistador _____

Deve-se explicar ao sujeito que a entrevista se vai focar nas suas dificuldades e problemas, e que algumas perguntas são standard e precisam de ser respondidas por qualquer pessoa. Deve-se conseguir informação demográfica básica como: idade, estado civil e data de admissão na clínica ou Hospital.

PARTE A - INFORMAÇÕES DO PASSADO

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca do seu passado.

Onde nasceu?

A1. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

213

Até onde foi a sua escolaridade?

(Teve alguma formação especial?)

- 0 Sem informação
- 1 Licenciatura completa
- 2 Bacharelato
- 3 Fac.1-3 anos, curso comercial
- 4 Liceu completo
- 5 Dez a onze anos de escola
- 6 Seis a nove anos de escola
- 7 Menos de seis anos de escola

A2. PADRÕES DE AMIZADE ADOLESCENTE

214

Quando adolescente, quanto tempo passava com amigos?

Tinha muitos amigos íntimos?

Tinha um ou mais "grandes amigos"?

(Costumava gostar de estar com eles?; Fazia coisas em grupo?; Alguma vez iniciou atividades de grupo ou quase sempre seguia o líder?; Era mais um líder ou um "seguidor"?)

- 0 Sem Informação
- 1 Superior: Muito Popular e Festivo
- 2 Muito Bom: Muitos Amigos Especiais, Grupos, Iniciat.
- 3 Bom: alguns amigos especiais, grupo, sem iniciat.
- 4 Suficiente: 1-2 Amigos Especiais, Não Gosta De Grup.
- 5 Pobre: Prefere Estar Só
- 6 Muito Inadaptado: solidão e evitamento

A2. ESTADO CIVIL

215

Se ainda não se sabe:

Alguma vez esteve casado (antes)?

(E viveu com alguém do sexo oposto por mais de um ano?; Quantas vezes?)

- 0 Sem informação
- 1 Solteiro
- 2 Casado ou a viver com alguém do sexo oposto
- 3 Viúvo
- 4 Separado ou com possibilidades de retorno

A4. TEMPO TOTAL NOS PASSADOS 5 ANOS QUE NÃO TEVE EMPREGO DEVIDO A PSICOPATOLOGIA

216

<p><i>Que espécie de trabalhos fez?</i></p> <p><i>Que tem feito nos últimos cinco anos?</i></p> <p><i>Houve alguma altura em que não teve trabalho?</i></p> <p><i>(Porquê?; Durante quanto tempo?; Outras vezes?; Algumas dessas vezes em que não trabalhou foi devido a problemas pessoais?)</i></p> <p><i>Se somar todo o tempo em que esteve Incapaz de trabalhar devido à sua (doença, problemas, porque estava no hospital) nos passados cinco anos, quanto daria no total?</i></p>	<p>0 Sem Informação</p> <p>1 Sem Tempo Fora Do Trabalho (Absentismo Justf.)</p> <p>2 De Uns Dias A Um Mês</p> <p>3 Até Seis Meses (10% Do Tempo)</p> <p>4 Até Um Ano (20% Do Tempo)</p> <p>5 Até Dois Anos (40% Do Tempo)</p> <p>6 Até Três Anos (60% Do Tempo)</p> <p>7 Até Quatro Anos (80% Do Tempo)</p> <p>8 Até Quase Cinco Anos</p> <p>9 Não Trabalhou</p>
--	--

PARTE B – VISÃO GERAL DO DISTÚRBO PSÍQUICO PASSADO

O Entrevistador deve utilizar esta parte da entrevista para conseguir uma ideia geral da presença e evolução do Distúrbio Psiquiátrico embora esta secção contenha poucos itens específicos a contar para a análise. A informação obtida aqui deve ser utilizada em secções posteriores para modificar perguntas e para focar a entrevista em áreas cruciais que necessitem de clarificação.

Faça perguntas acerca de qualquer Distúrbio Psiquiátrico corrente.

Se se sabe que é um doente psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca dos seus problemas e dificuldades e de como o levaram à sua entrada no hospital (ou clínica)?*

Se é um doente com dificuldades de longa data: *Gostaria que nos centrassemos agora no que o levou à sua vinda aqui. Mais tarde farei perguntas acerca do seu passado.*

Se a um doente não psiquiátrico: *Gostaria de o ouvir acerca de quaisquer dificuldades ou problemas que esteja a ter na sua vida agora.*

Para todos os sujeitos:

- *Quando diria que notou pela primeira vez que não estava bem (desta vez)?*

- *Até que ponto este problema tem sido diferente de como se sentia antes ou de como é habitualmente?*

- *Quanto tempo decorreu entre a altura em que notou pela primeira vez que não estava bem e o momento em que começou o tratamento?*

- *Sente-se melhor agora ou esta no seu pior período?*

(Se se sente melhor agora: - Quanto tempo passou desde que esteve ... (descrição da situação)

- *Quando é que pela última vez se sentiu no seu normal durante alguns meses?*

•As questões seguintes são um guia para determinar psicopatologias prévias, particularmente episódios de doença:

*Alguma vez pediu ajuda a alguém (outra pessoa) por causa dos seus problemas emocionais, nervos ou por causa da maneira como se sentia e se comportava (antes desta altura)? Se SIM, determinar idade, razão, tipo de contacto, duração e sintomas em cada período de tratamento usando provas como:
(Quem procurou...?; Que espécie de problemas tinha na altura?; E noutras vezes?)*

BI. TRATAMENTO EM CONSULTA EXTERNA (INCLUIR MEDICAÇÃO PARA OS “NERVOS”

217

<p><i>Quantos anos tinha quando consultou alguém pela primeira vez por causa de ...?</i></p> <p><i>Alguma vez foi ao médico por causa dos seus nervos?</i></p>	<p>0 Sem Informação 1 Sem Contacto 2 Consulta Ou Pequeno Peri. De Tratamento 3 Tratamento Cont. Pelo Menos 6 Meses 4 Tratamento Cont. Varios Anos Ou Periodos</p> <p>___ Idade Aquando Do Primeiro Tratamento Em Cons. Ext. 218-19</p>
--	--

B2. NÚMERO DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

<p><i>Alguma vez foi um doente num hospital psiquiátrico ou esteve sobre vigilância (antes)? (Quantas vezes?; Quantos anos tinha?)</i></p>	<p>NUMERO: 220-21</p> <p>Idade Da Primeira Hospitalização: 222-23</p>
--	---

B3. TEMPO TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

224

<p><i>Alguma vez (outras) achou ou outras pessoas acharam que necessitava de ajuda devido aos seus sentimentos, nervos ou maneira como se comportava?</i></p> <p>Determinar idade, duração, circunstâncias e sintomas...</p>	<p>0 Sem Informação 1 Nunca Hospitalizado ' 2 Menos De 3 Meses 3 Menos De 6 Meses 4 Menos De 1 Ano 5 Menos De 2 Anos 6 Menos De 5 Anos 7 5 Anos Ou Mais</p>
--	---

EPISÓDIOS DE DOENÇA COM SÍNDROME MANÍACO OU DEPRESSÃO MAJOR:

Nas secções seguintes determine se o sujeito teve alguma vez um episódio (período relativamente distinto de funcionamento perturbado ou psicopatologia) que pode ser claramente distinguido do seu funcionamento anterior ou subsequente que vai de encontro aos critérios de Síndrome Maníaco ou Depressivo Major tal como descrito em baixo. Se o doente não preencher todos os critérios para estas perturbações mas existir evidência de qualquer distúrbio afectivo, esse distúrbio deve ser registado em secções posteriores.

Se simultaneamente preenchem os critérios para Síndrome Maníaco e Depressão Major devem ser descritos nas duas secções. Se separados por menos de dois meses de remissão devem ser considerados apenas um episódio.

PARTE C – EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

CI. SE TEVE UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA; HUMOR ELEVADO OU IRRITÁVEL 225

<p><i>Alguma vez teve um período de tempo que durasse pelo menos uma semana (ou quando esteve hospitalizada) em que se sentiu extremamente bem ou eufórico - claramente diferente do habitual? Os seus amigos ou família pensaram que era algo mais do que sentir-se bem?</i></p> <p><i>E períodos em que se sentiu muito irritável ou em que se aborrecia facilmente?</i></p>	<p>0 Sem Informação Avance Para D 1 Nunca Teve Período De Pelo Menos Uma Semana Com Humor Muito Elevado Ou Irritavel 2 Nunca Teve Período Com Humor Muito Elevado Mas Teve Um Período Muito Irritável 3 Teve Pelo Menos Um Período Com Humor Muito Elevado</p>
--	---

C2. TEVE PELO MENOS DOIS SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE EUFORIA OU HUMOR IRRITAVEL

Durante o período mais grave...	Sem Informação	Não	Sim	
<i>...Esteve mais ativo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente inquieto?...</i>	X	1	2	226
<i>...Esteve mais falador que o habitual ou sentiu uma pressão para continuar a falar?...</i>	X	1	2	227
<i>...Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?...</i>	X	1	2	228
<i>...Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandeza)?</i>	X	1	2	229
<i>...Precisou menos de sono que o habitual?...</i>	X	1	2	230
<i>...Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?...</i>	X	1	2	231
<i>...Fez alguma coisa insensata que o pudesse ter metido em sarilhos, como comprar coisas, fazer investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?...</i>	X	1	2	232
<i>Número de sintomas definidos: Se Eufórico, critério =2; Se apenas Irritável, critério = 3</i>				233
<input type="checkbox"/> <i>Se o critério C2 não é preenchido, marque aqui e avance para episódios de síndrome depressivo grave</i>				234

C3. SINTOMAS TÃO GRAVES QUE É IMPOSSÍVEL UMA CONVERSA COM SENTIDO, COM GRAVE DISFUNÇÃO OU HOSPT. 235

<p><i>Foi hospitalizado? Estava tão excitado que era quase impossível manter uma conversa consigo?</i></p> <p><i>Isso causou problemas com as pessoas, com a sua família, no seu trabalho, ou nas suas outras atividades habituais?</i></p>	<p>0 Sem Informação 1 Não, Avance Para D 2 Sim</p>
---	--

C4. NÚMERO TOTAL (min.) DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO (SEPARADOS NO MÍNIMO POR 2 MESES) 236-37

<i>Quantos episódios teve como este?</i>	Número (min.):
--	----------------

Se incapaz de dar o número exato: Diria que teve pelo menos ___ episódios distintos como este?

c- DETERMINAÇÃO DE SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME MANÍACO VAI DE ENCONTRO AOS CRITÉRIOS DE DISTÚRBO ESQUIZO-AFETIVO TIPO MANÍACO

-Determinar inicialmente se o sujeito teve delírios ou alucinações durante qualquer dos episódios de Síndrome Maníaco. Se SIM, determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para considerações futuras acerca de Dist. Esquizo-Afetivos tipo Maníaco.

Quando estava (eufórico, irritável) teve algumas ideias ou acreditou em coisas que mais tarde descobriu que não eram verdadeiras, como andarem pessoas atrás de si para o apanharem, falarem sobre si nas suas costas, ou que os seus pensamentos ou movimentos estavam a ser controlados?

Ouviu vozes ou outros sons que as outras pessoas não ouviam?

Teve visões ou viu coisas não visíveis às outras pessoas?

Teve cheiros estranhos ou sensações estranhas no seu corpo?

As pessoas tinham dificuldade em compreender o que dizia quando estava eufórico?

Se não existem outros sinais de outras fontes de informação que sugeriram delírios, alucinações ou desordens de pensamento formal, durante o período maníaco, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome Maníaco. Se existem sinais de delírios ou desordem de pensamento formal marcado, determinar se algum dos 5 tipos específicos de sintomas abaixo denotados, indicam desordens Esquizo-afetiva presentes durante algum dos períodos de Síndrome Maníaco.

cI. DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), DIFUSÃO, INSERÇÃO OU ROUBO DE PENSAMENTO

DURANTE PELO MENOS UM DOS PERÍODOS DE SÍNDROME MANÍACO	Sem informação	Não	Sim	
<i>Teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si? (Como se fosse um robot sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou dizer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas e ter impulsos que não eram seus?)</i>	X	1	2	239
<i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam o que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa.</i>				
Al Alucinações não-afetivas de qualquer tipo (apendix) ao longo do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana.	X	1	2	240
- Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário continuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou mais vozes conversam entre si.	X	1	2	241
A dada altura durante o período de doença teve mais do que uma semana em que não foram exibidos sintomas depressivos evidentes ou maníacos mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	242
A dada altura durante o período de doença teve mais do Que uma semana em que				

não foram exibidos sintomas maníacos dominantes mas teve vários momentos de desordem de pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento ou afeto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave desordem de comportamento.	X	1	2	243
--	---	---	---	-----

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME MANÍACO

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afetivo, Tipo Maníaco.

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de distúrbio Maníaco.

	Desordem Maníaca	Esquizo-afetiva Tipo Maníaco	
Melhor estimativa dos períodos de mania (99 se muito numerosos)...			244-45-46-47
Idade no primeiro episódio de síndrome maníaco... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			248-49-50-51
Idade no último período de síndrome maníaco, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			252-53-54-55
Correntemente no episódio que inclui período de mania...	Sim	Sim	256-57
Se SIM, duração em semanas do período presente de síndrome maníaco			258-60-61-63
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			264-66-67-69
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
Durante estes episódios... <i>Hospitalizações...</i>	Sim	Sim	270-71
<i>...Esteve hospitalizado? ECT recebidos...</i>	Sim	Sim	272-73
<i>...Recebeu tratamentos de choques? Medicação recebida...</i>	Sim	Sim	274-75
<i>...Recebeu medicação? Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve um pelo menos alguns dias em que se sentiu deprimido...</i>	Sim	Sim	313-14
<i>...Esteve deprimido ou em baixo durante alguns dias antes, durante ou após o período em que esteve eufórico? Delírios (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	315-16
<i>Alucinações (de inquérito prévio)...</i>	Sim	Sim	317-18
<i>Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer atividade com objetivo relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...</i>	Sim	Sim	319-20
<i>...Esteve incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) porquê? Gestos suicidas ou tentativas..... Tentou matar-se?</i>	Sim	Sim	321-22
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS			
<i>Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona...)</i>	Sim	Sim	323-24
<i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i>			

Se SIM descreva o tratamento somático:

(Se episódio Esquizo-afetivo anote o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia até ao presente).

0 SEM INFORMAÇÃO OU NÃO APLICAVEL

1 DESORDEM ESQUIZO-AFETIVA GRAVE

2 DESORDEM ESQUIZO-AFETIVA SUB-AGUDA

3 DESORDEM ESQUIZO-AFETIVA SUB_CRONICA

4 DESORDEM ESQUIZO-AFETIVA GRAVE

PARTE D – EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DEPRESSIVO GRAVE

D1. UM OU MAIS PERÍODOS DISTINTOS DE UMA SEMANA, COM HUMOR DEPRESSIVO OU IRRITÁVEL, PERDA DE INTERESSE 326

<i>Teve um ou mais períodos distintos durando pelo menos uma semana nos quais foi perturbado por sensação de depressão, tristeza, ou desânimo de tal modo que não se importava ou não queria saber de nada?</i>	0 Sem Informação, Inseguro, Reação 1 Não Avance Para E 2 Sim
<i>Sentiu-se irritado ou facilmente perturbado?</i>	

D2. INDICADO PARA PROCURAR AJUDA DURANTE PERÍODO DISFÓRICO, MEDICAÇÃO, MAU FUNC.SOCIAL, FAMILIAR, NO TRAB. 327

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como um médico, padre ou mesmo um amigo ou alguém sugeriu que procurasse ajuda? Tomou alguma medicação? Comportou-se de modo diferente com as pessoas, a sua família, no emprego ou na escola?</i>	0 Sem Informação 1 Não Avance Para E 2 Sim
---	--

D3. TEVE PELO MENOS 3 SINTOMAS ASSOCIADOS COM O PERÍODO MAIS GRAVE DE DEPR., HUMOR IRRITÁVEL, PERDA DE INT. OU PRAZER

Durante o período mais grave foi perturbado por:	Sem Informação	Não	Sim	
<i>...Perda de apetite ou peso, aumento de apetite ou peso?</i>				328
<i>...Problemas em adormecer ou dormir demasiado?..</i>				329
<i>...Perda de energia, facilmente cansado, muito cansado?</i>				330
<i>...Perda de interesse ou prazer nas atividades habituais ou sexo? .</i>				331
<i>...Sensação de culpa ou autodesvalorização?..</i>				332
<i>...Problemas de concentração, a pensar ou a tomar decisões?..</i>				333
<i>...Pensamentos acerca de morte ou suicídio?(Tentou suicidar-se?)...</i>				334
<i>...Ser incapaz de se sentar quieto e ter que se movimentar continuamente ou o oposto?..</i>				335
Número de sintomas definidos: Critérios = 3 sintomas para provável 4 sintomas para definitivo				336
<input type="checkbox"/> Se o critério D3 não é encontrado marque aqui e avance para Psicose Não-Afetiva Não -Orgânica				337

D4. NUMERO TOTAL DE EPISÓDIOS DE SINDROME DEPRESSIVO GRAVE

Quantos episódios teve como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exato:

Diria que teve pelo menos _____ diferentes episódios como este?

d - DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO DE SÍNDROME DEP. MAJOR VAI DE ENCONTRO AO CRITÉRIO DE D. ESQUIZQ-AFECT. TIPO DEP.

Determinar inicialmente se o sujeito teve alucinações, delírios ou desordens do pensamento formal acentuadas (Apêndice) durante algum dos episódios do Síndrome Depressivo Major (não pontuar se parece ocorrer como manifestação de sistemas de crenças religiosas e subculturais). Se SIM determinar o conteúdo, duração e outros detalhes necessários para futuras decisões.

** Quando esteve (deprimido, "em baixo"), alguma vez acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como, andarem pessoas atrás de si, falarem de si nas suas costas ou que os seus pensamentos ou movimentos fossem controlados?*

** Ouviu vozes ou outros sons que as outras pessoas não conseguiam ouvir? Teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas? Teve cheiros estranhos? Ou sensações estranhas no seu corpo? As pessoas tinham dificuldade em compreender de que falava?*

Se não existem sinais de nenhuma das fontes de informação que sugeriram Delírios, Alucinações ou Distúrbio acen- tuado do Pensamento Formal durante os Episódios de Síndrome Depressivo Major, marque aqui e avance para Outras Características de Episódios de Síndrome de Depressão Major.

340

Se existem sinais de Delírios, Alucinações ou Desordens do Pensamento Formal Acentuadas, determinar se alguns dos 6 tipos específicos de sintomas abaixo enumerados, indicativos de Desordem Esquizo-Afetiva; estavam presentes durante algum dos períodos de Síndrome Depressivo Major (Os sintomas de tipo esquizofrénico e o Síndrome Depressivo devem sobrepor-se de alguma maneira. Se o Síndrome Depressivo se parece ter sobreposto sobre uma Esquizofrenia residual, não deve ser considerado um episódio de Desordem Depressiva Major ou Desordem Esquizo-Afetiva.

dI- DELÍRIOS DE SER CONTROLADO (OU INFLUENCIADO), ROUBO DE PENSAMENTO, INSERÇÃO

DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE SÍNDROME MANÍACO:				
	Sem Informação	Não	Sim	
Delírio de ser controlado, difusão de pensamento, inserção... <i>Quando estava deprimido teve a sensação que estava sobre o controle de alguma força ou poder, para além de si?; Como se fosse um robot e sem vontade própria?; Ou que foi forçado a fazer movimentos ou fazer coisas sem o desejar?; Ou pensar coisas, ou ter impulsos que não lhe eram próprios?</i> <i>Sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de modo que as pessoas sabiam em que pensava, ou que os pensamentos lhe eram postos na sua cabeça não sendo seus, ou que os pensamentos lhe eram roubados por alguma força externa?</i>	X	1	2	341
Alucinações não-afetivas de qualquer tipo (H2-7) através do dia e durante vários dias ou intermitentemente durante o período de uma semana...	X	1	2	342
Alucinações auditivas em que, uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento do sujeito ou acerca dos pensamentos assim que ocorrem, ou duas ou	X	1	2	343

mais vezes conversam entre si.				
A dada altura durante o período de doença teve mais do que um mês em que não foram exibidos sintomas depressivos ou maníacos dominantes, mas teve delírios ou alucinações.	X	1	2	344
Preocupação com um delírio ou alucinação com relativa exclusão de outros sintomas ou preocupações (com conteúdos diferentes dos mais habituais)	X	1	2	345
Em alguns momentos definidos de distúrbio do (Apendix) pensamento formal acentuado acompanhado por embotamento do afeto ou afeto inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou grave distúrbio do comportamento	X	1	2	346

OUTRAS CARACTERÍSTICAS DE EPISÓDIOS DE SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR

- Se num episódio teve pelo menos uma das presentes, o diagnóstico mais provável é distúrbio Esquizo-afetivo Tipo Depressivo

Se num episódio não teve nenhuma das presentes o diagnóstico mais provável é de Distúrbio Depressivo Major ou Síndrome Depressivo sobreposto em Esquizofrenia Residual.

- Se todos os episódios de Síndrome Depressivo Major foram sobrepostos em Esquizofrenia Residual, avançar para Psicose Não-orgânica

	Desordem Depr.Major	Depr.Esquizo- Afetiva	
Melhor estimativa do número de episódios (99 se muito numerosos)...			347-48-49- 50
Idade do primeiro episódio... <i>Que idade tinha quando teve o primeiro episódio de...?</i>			351-52-53- 54
Idade no último episódio, se existiu mais do que um... <i>Quando foi a última vez que esteve...?</i>			355-56-57- 58
Atualmente num episódio que inclui um período de Depressão Major	Sim	Sim	359-60
Se SIM, duração do período presente de Depressão Major			361-63-64- 66
Melhor estimativa em semanas da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o espaço de tempo mais longo que esteve...?</i>			367-69-70- 72
MARCAR SIM NOS ITENS SEGUINTE SE CARACTERIZAREM QUALQUER DESTES EPISÓDIOS:			
Hospitalizações... SIM <i>...Esteve hospitalizado?</i>	Sim	Sim	373-74
ECT recebidos... <i>Recebeu tratamentos de choques?</i>	Sim	Sim	375-413
Medicação recebida..... <i>Recebeu medicação?</i>	Sim	Sim	414-15
<i>Imediatamente antes, durante ou a seguir a um episódio teve Um período de pelo menos uns dias em que esteve hipo ou maníaco (com ou não critério total de Síndrome Maníaco) ...Esteve com uma energia ou alegria inabitual no período de tempo imediatamente antes, durante ou logo a seguir a estar deprimido?..</i>	Sim	Sim	416-17
Delírios. ..	Sim	Sim	418-19
Alucinações...	Sim	Sim	420-21
Incapacitado. Incapaz de levar adiante qualquer atividade com objetivo	Sim	Sim	422-23

relativamente complexo tal como emprego, tomar conta de uma casa, manter atenção e participação em actividades sociais e recreativas. Não contar se se refere a recusa ou falta de motivação para as tarefas...			
.. <i>.Esteve incapaz de trabalhar (ir a escola, tomar conta de casa) alimentar-se, vestir-se ou limpar-se?</i> <i>Gestos suicidas ou tentativas...Durante...tentou alguma vez matar-se?</i>	Sim	Sim	424-25
Associação com gravidez ou nascimento (no espaço de 2 meses)... <i>Estava grávida ou tinha acabado de dar à luz?</i>	Sim	Sim	426-27
Todos os episódios de doença aparentemente seguidos por uma forma de tratamento somático que pode ter provocado o Síndrome Maníaco (ECT, tranquilizantes, cortisona)... <i>...Esteve em tratamento de medicação ou outra forma de tratamento imediatamente antes...?</i> Se SIM descreva o tratamento somático e as drogas usadas:...	Sim	Sim	430-31
Todos os episódios aparentemente seguidos por doença física seria conduzindo a grandes mudanças nas condições de vida ou teve doença física que e frequentemente associada a sintomas Psicológicos (tirotoxicose)...	Sim	Sim	432-33
Se SIM descreva a doença física:... (Se episódio Esquizo-afetivo note o curso dos sintomas que surgiram Esquizofrenia ate ao presente) 0 Sem Informação Ou Não Aplicavel 1 Desordem Esquizo-Afetiva Grave 2 Desordem Esquizo-Afetiva Sub-Aguda 3 Desordem Esquizo-Afetiva Sub-Cronica 4 Desordem Esquizo-Afetiva Crónica			434

PARTE E – PSICOSE NÃO-AFETIVA NÃO-ORGANICA

- Determine inicialmente se o sujeito teve um episódio ou período de doença que:

- não preenche o critério de Depressão Major ou Síndrome Maníaco
- teve proporções Psicóticas
- não foi causado aparentemente por nenhum fator físico

- Estes episódios ou períodos de Psicose serão mais tarde categorizados como Esquizofrenia ou Psicose não-específica Funcional, Psicose de transição situacional, Estados Paranoides, Psicose Histérica e episódios tipo Esquizofrénico com duração inferior a duas semanas.

E1- Se teve um episódio de Mania ou Síndrome de Depressão Major, determine se teve outros episódios ou períodos de doença com proporções Psicóticas. Se SIM determine detalhes necessários para futuras considerações

Houve algumas vezes, para além de quando se estava (Deprimido, Maníaco) , que se sentiu (doente, emocionalmente preocupado, hospitalizado, ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir, teve experiências estranhas, sentiu as pessoas contra si...)?

E2- Se nunca teve um episódio de Mania ou Síndrome de Depressão Major, determine se teve um Período de doença com proporções Psicóticas e os detalhes necessários para futuros julgamentos

Houve alguma altura...

... em que ouviu vozes que outras pessoas não conseguiam ouvir?

... em que teve visões ou viu coisas que não eram visíveis para as outras pessoas?

... ou sentiu sensações estranhas no seu corpo?

... em que acreditou em coisas ou teve ideias que mais tarde verificou não serem verdadeiras como as pessoas andarem a persegui-lo, ou a falar de si nas suas costas?

... em que fez alguma coisa que atraísse a atenção sobre si - como vestir de uma forma esquisita, ou fazer alguma coisa estranha?

... em que as pessoas tiveram dificuldade em compreender o que estava a dizer porque a forma como falava era confusa, ou porque não fazia sentido aquilo que dizia?

E3- Se existe evidência, de alguma fonte, de um período ou episódio psicótico pergunte acerca de possíveis causas orgânicas

Andava a beber muito nessa altura ou tinha exatamente parado de o fazer? Andava a tomar algumas drogas como LSD ou Speeds?

Esteve Fisicamente doente?

Se não existe evidência, de nenhuma fonte, de Psicose Não-afetiva Não-orgânica (delírios, alucinações, desordens do pensamento formal, comportamento estranhamente bizarro) no passado ou se a condição corrente é Esquizofrenia crónica, marque aqui e avance para Alcoolismo.

Se existe evidencia, de alguma fonte, de Psicose Não-afetiva Não-orgânica, continue com a seguinte série de questões.

E4. Número total (min.) de episódios ou períodos de Psicose Não-afetiva Não-orgânica (separados por 2 meses) (Se mostrou sinais de esquizofrenia mais ou menos consciente desde o inicio, conte como 1 per.) 436-437

Teve quantos períodos diferentes como este?

NÚMERO:

Se incapaz de dar o número exato:

Diria que teve pelo menos...períodos diferentes como este?

PARTE F —DETERMINAR SE ALGUM EPISÓDIO VAI DE ENCONTRO AOS DOIS CRITÉRIOS DE ESQUIZOFRENIA

FI- TEVE PELO MENOS UM DOS SEQUITES SINTOMAS DURANTE PELO MENOS UM PERÍODO DE PSICOSE NÃO-AFETIVA NÃO-ORGÂNICA

	Sem Informação	Não	Sim	
Difusão de pensamento, inserção, afastamento... <i>Alguma vez sentiu que os seus pensamentos eram difundidos de tal modo que as outras pessoas sabiam o que estava a pensar, ou sentiu que lhe eram postos na cabeça pensamentos que não eram seus, ou que lhe eram tirados pensamentos por alguma força externa?</i>	X	1	2	438
Delírios de ser controlado (ou influenciado), delírios múltiplos ou outros delírios bizarros...	X	1	2	439
<i>Teve a sensação de estar debaixo do controle de alguma força ou poder além de si,</i>	X	1	2	440

<i>como se fosse um robot sem vontade própria ou que foi forçado a fazer movimentos ou a dizer coisas sem o desejar, a pensar coisas ou a ter impulsos que não eram seus?</i>				
Se ainda não é sabido, questione acerca de delírios múltiplos ou bizarros... -Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo persecutório ou de ciúme durando pelo menos uma semana...				
Delírios de qualquer tipo se acompanhados de alucinações de qualquer tipo durante pelo menos uma semana...	X	1	2	441
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca dos comportamentos ou pensamentos do sujeito à medida que eles ocorrem ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	X	1	2	442
Alucinações verbais não-afetivas falando com o sujeito...	X	1	2	443
Alucinações de qualquer tipo ao longo do dia durante vários dias ou intermitentemente por cerca de um mês...	X	1	2	444
Formas bem determinadas de acentuado distúrbio formal do pensamento acompanhadas de afeto embutado ou inapropriado, delírios ou alucinações de qualquer tipo, ou comportamento acentuadamente desorganizado...				445
Tem pelo menos um dos sintomas enumerados em cima:	1 NÃO	Avance para		G
447	2 SIM			

F2- SE TEVE UM DOS NOVE TIPOS DE SINTOMAS ENUMERADOS ACIMA, O PERÍODO DA DOENÇA (NÃO NECESSARIAMENTE OS SINTOMAS ESPECÍFICOS) DUROU PELO MENOS DUAS SEMANAS
448

- 0 SEM INFORMAÇÃO, OU SEM CERTEZA
1 DURAÇÃO DE MENOS DE 2 SEMANAS
2 DURAÇÃO DE PELO MENOS 2 SEMANAS

PARTE G – CARACTERÍSTICAS DA PSICOSE NÃO-AFETIVA NÃO-ORGÂNICA

Para qualquer episódio em que ocorreu pelo menos um dos sintomas enumerados no critério 1 e que durou pelo menos 2 semanas, o diagnóstico é de esquizofrenia. Para qualquer episódio que não obedeça a estes 2 critérios, o diagnóstico é de Psicose Funcional Inespecífica. Anote a seguinte informação para episódios de Esquizofrenia ou de Psicose Funcional Inespecífica (ou ambos). Escreva um número ou faça um círculo em torno do SIM, quando se, aplique. Se um sujeito claramente obedece aos critérios de Esquizofrenia durante anos, não é necessário descrever episódios prévios em relação aos quais se tem acesso a informação diagnóstica inadequada, como Psicose Funcional Inespecífica.

	Esquizofrenia	Psicose Funcional Inespecífica	
Melhor estimativa do número de episódios ou períodos (99 se muito numerosos). Se manifestou sinais relevantes de Esquizofrenia mais ou menos contínuos desde o início, contar como um período de doença...			449-50-51-52
Idade na altura do primeiro episódio (pode ser difícil distinguir do funcionamento habitual, se o início foi insidioso. Dê a melhor estimativa)...			453-54-55-56

<i>Que idade tinha quando pela primeira vez...?</i> Idade na altura do último episódio, se houve mais do que um episódio...			457-58-59-60
<i>Qual foi a última vez em que esteve...?</i> Correntemente num episódio...	Sim	Sim	461-62
Se SIM, duração do episódio em semanas...	Sim	Sim	463-65-66-68
Melhor estimativa, em semanas, da duração mais longa de um episódio... <i>Qual foi o máximo de tempo que durou...?</i>	Sim	Sim	469-71-72-74
Nos itens seguintes deve ser feito um círculo em torno do SIM se eles caracterizam <u>algum</u> desses episódios: Durante <u>algum</u> desses episódios...			
Hospitalizado... <i>esteve hospitalizado?</i>	Sim	Sim	475-513
Recebeu tratamento somático (ECT, medicação)... <i>recebeu algum tratamento para...?</i>	Sim	Sim	514-15
A informação para os itens seguintes deve ser fornecida pelo inquérito feito previamente. Se o sujeito teve ambos os tipos de episódios pode ser necessária clarificação.			
Delírios de qualquer tipo...	Sim	Sim	516-17
Delírios de perseguição...	Sim	Sim	518-19
Delírios somáticos, de grandeza, religiosos, niilísticos ou outros sem conteúdo de perseguição ou ciúme, durando pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	520-21
Delírios de controle (ou influência), delírios múltiplos, ou outros delírios bizarros...	Sim	Sim	522-23
Delírios de qualquer tipo se acompanhados por alucinações de qualquer tipo durante pelo menos 1 semana...	Sim	Sim	524-25
Alucinações de qualquer tipo...	Sim	Sim	526-27
Alucinações de qualquer tipo durante o dia por vários dias, ou intermitentemente por pelo menos 1 mês...	Sim	Sim	528-29
Alucinações visuais...	Sim	Sim	530-531
Alucinações auditivas...	Sim	Sim	532-33
Alucinações auditivas em que uma voz faz um comentário contínuo acerca do comportamento ou pensamento do sujeito à medida que ele ocorre, ou em que duas ou mais vozes conversam entre elas...	Sim	Sim	534-35
Alucinações verbais não-afetivas faladas ao sujeito...	Sim	Sim	536-37
Difusão, Inserção ou Remoção do Pensamento...	Sim	Sim	538-39
Formas bem determinadas de acentuado Distúrbio Formal do Pensamento	Sim	Sim	540-41
Comportamento motor catatónico óbvio...	Sim	Sim	542-43
Outro comportamento bizarro grosseiro...	Sim	Sim	544-45
Tentativa de suicídio ou gesto...	Sim	Sim	546-47
Incapacitado. Incapacidade para continuar alguma atividade com objetivo complexo como trabalhar, tomar conta da casa, manter a atenção e participação em atividades sociais e recreativas (não contar se devido a falta de motivação para as tarefas)... Estava incapaz de trabalhar (ir à escola, tomar conta da casa) ou cuidar de si?	Sim	Sim	548-49
Todos os episódios estiveram associados com gravidez ou parto (no espaço de 2 meses)...	Sim	Sim	550-51

Para os sujeitos que vão de encontro ao critério de Esquizofrenia anote o curso dos sintomas até ao presente. Alguns sujeitos diagnosticados inicialmente como “agudos” podem mostrar mais tarde cursos subagudos, sub-crónicos ou crónicos

- 0 Não Aplicável
- 1 Esquizofrenia Aguda
- 2 Esquizofrenia Sub-Aguda
- 3 Esquizofrenia Sub-Crónica

4 Esquizofrenia Crônica

PARTE H – ALCOOLISMO

Existem dois critérios

HI- TEVE PELO MENOS DOIS DOS ITENS
553-571

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Como têm sido os seus hábitos de bebida? Existiu algum período na sua vida em que bebia demais?..</i>	X	I	2	553
<i>Havia alguém na sua família- ou outrém- que se manifestou contra a sua bebida?..</i>	X	I	2	554
<i>Houve alguma altura em que não conseguia parar de beber quando queria?..</i>	X	I	2	555
<i>Quando bebia em que quantidade o fazia?</i> <input type="checkbox"/> Faça questões adicionais se necessárias. Se não existam sinais que sugiram problemas com álcool marque aqui e avance para Abuso de Drogas ou Dependência 556				
<i>Houve alguma altura em que bebia frequentemente antes do pequeno almoço?..</i>	X	I	2	557
<i>Houve alguma altura ou período em que, por causa da bebida faltou frequentemente ao trabalho, teve problemas no emprego ou esteve incapaz de tomar conta da casa (fazer as refeições, fazer compras)?..</i>	X	I	2	558
<i>Alguma vez perdeu um emprego por causa da bebida?..</i>	X	I	2	559
<i>Teve com frequência dificuldades com a família, amigos ou conhecidos por causa da bebida?..</i>	X	I	2	560
<i>Divorciou-se ou separou-se essencialmente por causa dos seus hábitos de beber?..</i>	X	I	2	561
<i>Alguma vez entrou no período de beber continuamente por 3 ou mais dias bebendo mais de um quinto de uma garrafa de whiskey (ou 24 garrafas de cerveja, ou 3 garrafas de vinho) [deve ter ocorrido 3 ou mais vezes]...</i>	X	I	2	562
<i>Alguma vez esteve fisicamente violento enquanto bebia? (deve ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões)...</i>	X	I	2	563
<i>Alguma vez teve dificuldades de condução e tráfico por causa da bebida - como condução descuidada, acidentes ou excesso de velocidade?..</i>	X	I	2	564
<i>Alguma vez foi apanhado pela polícia pela maneira como se comportava enquanto bebia? (perturbar a paz, lutar, intoxicação pública. Não incluir dificuldades de trânsito) ... Alguma vez teve falhas de memória para acontecimentos que ocorram enquanto esteve consciente num episódio de bebida?..</i>	X	I	2	566
<i>Teve com frequência tremuras (que seriam provavelmente devido à bebida)?..</i>	X	I	2	567
<i>Alguma vez teve Delirium Tremens? (Estado confusional que se segue à paragem de beber que inclui desorientação, delírios ou alucinações)...</i>	X	I	2	568

<i>Alguma vez ouviu vozes, viu coisas que não estavam realmente ali, logo a seguir a parar de beber? (alucinações – devem ter ocorrido em pelo menos 2 ocasiões separadas) ...</i>	X	1	2	569
<i>Alguma vez teve um ataque ou um acesso depois de parar de beber? (Não epilético)...</i>	X	1	2	570
<i>Alguma vez um médico lhe disse que desenvolveu uma complicação física devido ao alcoolismo como gastrite, pancreatite, cirrose ou neurite? (incluir uma boa evidência do síndrome de Korsakoff- síndrome cerebral crônico com amnésia antecipada como principal sinal)...</i>	X	1	2	571

Teve pelo menos 2 dos itens de 557-575 : I NÃO Avance para I

2 SIM

572

H2- PERÍODO DE MUITA BEBIDA QUE DUROU PELO MENOS UM MÊS

I NÃO Avance para I

2 SIM

573

Vai de encontro a 2 critérios para Alcoolismo...	Sim	574
Tem um problema corrente com álcool...	Sim	575
A idade de começo de bebidas fortes...		613-14
Idade de fim das bebidas fortes (deixar em branco se bebeu fortemente no espaço dos últimos 6 meses)...		615-16

PARTE I – ABUSO DE DROGAS OU DEPENDÊNCIA

Esta secção cobre detalhes de uso de drogas até ao presente. -O sujeito deve ser recordado disso.

II- GRAU DE USO DE SUBSTANCIAS NÃO-ALCO.EM EXCESSO OU COMPULSIVAMENTE COM SINT.FISICOS, EMOCIONAIS E K.

<i>Alguma vez tomou alguma coisa por iniciativa própria para dormir, para o humor ou para ficar mais "alto" como: dexedrina, seconal ou outros barbitúricos?</i>	0 Sem Informação ou Não Clara 1 De Modo Algum Avance Para Psi.Não Associada 2 Clinicamente Insignificante (Marij., Ou Anfetaminas) 3 Interferencia Menor no Comportamento 4 Droga Resulta Em Modificações Importantes Na Vida 5 Droga Resulta Em Grandes Modificações Na Vida 6 Droga Resulta Numa Disrupção Na Vida	
<i>Alguma vez usou marijuana, narcóticos, LSD ou coisas desse tipo? (Alguma vez usou alguma coisa para se sentir mais "alto", perder peso ou manter-se acordado?: Alguma vez quis parar de tomar drogas e não o conseguiu?)</i>		
Tipo de droga:	<input type="checkbox"/> Narcóticos: Heroína, Morfina, Ou Outros <input type="checkbox"/> Substâncias Tipo Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaina <input type="checkbox"/> Sedativos, Hipnóticos, Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Derivados De Cannabis	618 619 620 621

	622 <input type="checkbox"/> Alucinogêneos (Lsd...) <input type="checkbox"/> Solventes (Cola...) <input type="checkbox"/> Outros 1 NÃO Avance para K 2 SIM	623 624
Tem um problema corrente com drogas...	SIM 626	
Idade do primeiro problema com drogas...	627-28	
Idade em que para de tomar drogas em grande quantidade (deixar em branco se usou muita droga no espaço de 6 meses)	629-30	

PSICOPATOLOGIA NÃO ASSOCIADA COM EPISÓDIOS DE MANIA OU SÍNDROME DEPRESSIVO MAJOR OU PSICOSE NÃO-AFETIVA NÃO-ORGÂNICA COMO DESCRITA PREVIA 631

Se o sujeito foi julgado como tendo tido esquizofrenia crônica ou sub-crônica, ou desordem esquizo-afetiva sub-crônica ou crônica, marque aqui e avance para distinção primária/secundária dentro das desordens de depressão major porque, as desordens desta seção são de pouco diagnóstico ou prognóstico para tais pacientes.

Agora vou-lhe fazer algumas perguntas acerca de como tem estado - fora dos períodos em que... acabamos de discutir.
(Como descreveria o seu humor a maior parte do tempo?)

PARTE J- EPISÓDIOS HIPOMANIÁICOS

Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de desordem maníacos incluindo o presente, marque aqui e avance para Personalidade Ciclotímica
632
Existem 2 critérios:

J1- TEVE UM MAIS PERÍODOS DISTINTOS DURANDO PELO MENOS 2 DIAS COM HUMOR ELEVADO 633

<p><u>Se teve Síndrome Maníaco:</u> <i>Alguma vez teve outros períodos em que se sentiu extremamente bem, alto ou irritável mas não tão grave como nos outros episódios que discutimos? Durou pelo menos 2 dias?</i></p> <p><u>Se não teve Síndrome Maníaco:</u> <i>Alguma vez teve um período que durasse pelo menos 2 dias em que sentiu extremamente bem, ou alto - claramente diferente do seu normal? Os seus amigos ou família acharam que era algo mais do que sentir-se bem? E acerca de períodos em que se sentiu muito irritável ou facilmente aborrecida?</i></p>	<p>0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para K 2 Teve Período(s) Quando o Humor Estava Irritável Mas Nunca Com Humor Elevado 3 Teve Período(s) Com Humor Elevado</p>
--	--

J2- TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO GRAVE DE HUMOR EUFÓRICO OU 3 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM HUMOR IRRITÁVEL

	Sem	Não	Sim	
--	-----	-----	-----	--

	Informação			
<i>Durante o período mais grave...esteve mais ativo que o habitual socialmente, no trabalho, sexualmente, ou fisicamente cansada?..</i>	X	1	2	634
<i>Esteve mais falador que o habitual ou sentiu alguma pressão para continuar a falar?</i>	X	1	2	635
<i>Os seus pensamentos corriam-lhe ou falava tão depressa que era difícil para as pessoas seguir o que dizia?..</i>	X	1	2	636
<i>Sentiu que era uma pessoa muito importante, com planos especiais, poderes, talentos ou capacidades (grandiosidade)?</i>	X	1	2	637
<i>Precisou menos de sono que o habitual?</i>	X	1	2	638
<i>Teve problemas em concentrar-se no que se passava porque a sua atenção saltava constantemente para coisas pouco importantes à sua volta (distractibilidade)?</i>	X	1	2	639
<i>Fez alguma coisa errada que o pode ter levado a sarilhos como comprar coisas, investimentos financeiros, indiscrições sexuais, condução descuidada?</i>	X	1	2	640
Número de sintomas definidos = Se Eufórico, critério = 2 ; Se apenas Irritável, critério = 3				641
Vai de encontro aos 2 critérios de episódios Hipo Maníaco	1 NÃO			642
		2 SIM		
Melhor estimativa do número de episódios de hipomania				643 -44
Idade do primeiro episódio hipomaniaco				645 -46
Duração do período hipomaniaco mais longo em semanas				647 -49
Correntemente num episódio que inclui períodos de hipomania	SIM			650
Se SIM duração em semanas do período presente de hipomania				651 -53

PARTE K- PERSONALIDADE CICLOTÍMICA

Esta categoria é para indivíduos que desde os 20 anos vão de encontro aos 3 critérios seguintes:

K1- PERÍODOS RECORRENTES DE DEPRESSÃO DURANTE ALGUNS DIAS ALTERNANDO COM PERÍODO DE HUMOR ALGO ELEVADO
654

<i>Desde que se tornou adulto tem sido o tipo de pessoa que frequentemente tem alguns dias que se sente em baixo ou deprimido e outras vezes tem alguns dias um pouco melhor que o normal? (O seu humor alterna de bom para mau?; Está claramente mais ativo durante os períodos mais altos? Sente-se com muita energia?)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
---	---

K2- FREQUENTEMENTE NÃO NO HUMOR NORMAL
655

<i>Isso significa que a maioria do tempo está quer bem quer mal?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

K3- MUDANÇAS DE HUMOR FREQUENTEMENTE NÃO RELACIONADAS COM ACONTECIMENTOS OU CIRCUNSTÂNCIAS EXTERNAS

<i>O seu humor muda frequentemente sem razão aparente?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

Tenha a certeza de diferenciar entre Personalidade Ciclotímica e outras condições efetivas crónicas com períodos ocasionais Hipomaniacos.

Vai de encontro aos 3 critérios de Personalidade Ciclotímica... SIM
657

PARTE L- DISTÚRBIOS DE SOMATIZAÇÃO

Existem 2 critérios:

L1- SUJEITO PARECE TER UMA HISTÓRIA MÉDICA COMPLICADA, VAGA OU DRAMÁTICA ANTERIOR AOS 25 ANOS 658

<i>Como tem estado a sua saúde física? Tem tido muitas doenças? E acerca de operações?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para L 2 Sim
--	---

Se relata falta de saúde, determine a natureza da doença(s), o que o médico disse que se estava a passar, quando começou, número de sistemas envolvidos...

L2- RELATO MIN. DE UMA MANIFESTAÇÃO EM PELO MENOS 5 DOS 6 GRUPOS SEGUINTE MULHERES

	Sem Informação	Não	Sim	
GRUPO I - Sujeito acredita que tem estado doente a maior parte da sua vida <i>Diria que tem estado doente uma grande parte da sua vida?</i>	X	1	2	659
GRUPO II - Perda de sensações, perda de voz e incapaz de murmurar, problemas em caminhar, ou outras conversões pseudoneurológicas, ou reações dissociativas.. <i>Alguma vez perdeu as sensações ou esteve incapaz de sentir qualquer coisa (associado ou não com paralisia), ou perdeu a voz, ou esteve incapaz de sequer murmurar (mas não apenas rouquidão), problemas em caminhar ou paralisia-incapacidade para se mover (não devida a dor ou paralisia), ou cegueira (completa ausência de percepção da luz durando mais de um instante), convulsões, ataques, desmaios, ou períodos de inconsciência em que não consegue recordar-se do que lhe aconteceu ou que fez (não associado com álcool ou drogas)?</i>	X	1	2	660
GRUPO III - Dores abdominais ou vômitos (sem gravidez)... <i>Alguma vez teve dores abdominais ou vômitos?</i>	X	1	2	661
GRUPO IV - Dismenorreia, irregularidade menstrual, excesso de fluxo menstrual (julgados pelo sujeito como ocorrendo mais frequentemente ou com mais gravidade do que na maioria das mulheres)... <i>Sentiu-se frequentemente tão incomodada por dores menstruais que fazia com dificuldade o seu (trabalho, trabalho doméstico, cuidados com as crianças, atividades de tempo livre)? Faltaram-lhe mais do que dois períodos seguidos várias vezes (excluindo gravidez, ou</i>	X	1	2	662

<i>primeiro ano depois da menarca ou menopausa)? Sentiu-se alguma vez perturbada por excessivo fluxo sanguíneo?</i>				
GRUPO V - Indiferença sexual (falta de interesse em relações sexuais), falta de prazer ou dor durante o coito (na maior parte da vida depois de ter oportunidade para uma vida sexual)... <i>Tem-se sentido habitualmente desinteressado por sexo, ou incapaz de sentir prazer nas relações sexuais com ou sem orgasmo), ou tem sentido dor durante o coito?</i>	X	I	2	663
GRUPO VI - Dores nas costas, dores nas articulações, dores nas extremidades, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas <i>Tem-se sentido incomodado por dores nas costas, nas articulações, nas pernas e nos braços, ou mais dores de cabeça que a maioria das pessoas?</i>	X	I	2	664
Critério para Mulheres - Ter I manifestação em pelo menos 5 dos 6 grupos			SIM	665
Critério para Homens - Ter I manifestação em pelo menos 4 dos 6 grupos			SIM	666
Vai de encontro aos 2 critérios para Distúrbio de Briquet (Distúrbio de Somatização) (Avance para Distúrbio de Pânico) SIM				667
<input type="checkbox"/> Se vai de encontro aos critérios de Personalidade Ciclotímica, marque aqui e avance para Distúrbio de Pânico				668

PARTE M- PERSONALIDADE LÁBIL

Sujeitos nesta condição podem ter outras condições episódicas sobrepostas

Esta condição deve ser distinguida da Personalidade Ciclotímica, Distúrbio de Briquet, Distúrbio Depressivo Minor e Distúrbio Depressivo Intermitente

As oscilações de Humor podem ou não estar associadas com precipitantes

Existem 3 critérios:

MI- MOSTRA DURANTE A VIDA ADULTA UM PADRÃO DE AFETIVIDADE LÁBIL

[Se teve Síndrome Depressivo Major: Já me falou cerca daquelas (número) vezes em que esteve (descrição dos períodos de Síndrome Depressivo Major)] <i>Agora gostaria de saber se durante a maior parte da sua vida tem sido uma pessoa cuja disposição muda rapidamente de normal para má, como por exemplo sentir-se deprimido ou zangado durante algumas horas ou dias e depois voltar ao normal; aparentemente não devido ao período menstrual; quanto tempo é que isso dura habitualmente; quantas vezes é que isso acontece)?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
---	---

M2- PRESENTES 3 DOS TRAÇOS EM GRANDE GRAU DURANTE O INICIO DA VIDA ADULTA

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Diria que frequentemente?...Se desapontava com facilidade, tinha pena de si mesmo, ou que estava shortchanged?</i>	X	I	2	670
<i>Tinha reação exagerada a situações difíceis?</i>	X	I	2	671
<i>Tomava decisões importantes sem pensar o suficiente sobre elas?</i>	X	I	2	672

<i>Sente-se aborrecido por se sentir Inadaptado?..</i>	X	1	2	673
<i>Tem dificuldades em dar-se com pessoas de quem é próximo (cortar relações, ter discussões)?</i>	X	1	2	674
<i>Está preocupado com os aspetos maus da sua vida ou situação? .</i>	X	1	2	675
Teve pelo menos 3 dos sintomas ou traços	1 NÃO Avance para N 2 SIM			713

M3- A CONDIÇÃO CRÓNICA CONDUZIU A PROCURA DE AJUDA, TOMAR MEDICAMENTOS OU DIMINUIÇÃO DE FUNCIONAMENTO 714

<i>Isto interferiu com a sua vida social, trabalho ou capacidade para fazer as coisas?</i> <i>Tomou alguma medicação por causa disso?</i> <i>Procurou ajuda de alguém por causa disso? (Foi indicado para procurar ajuda?)</i>	0 SEM INFORMAÇÃO OU SEM CERTEZA 1 NÃO Avance para N 2 SIM
Vai de encontro a 3 critérios de Personalidade Lábil e não encontra o critério de Personalidade Ciclotímica, Desordem de Briquet nem, Desordem Depressiva Intermitente...	SIM
715	

PARTE N- DESORDEM DEPRESSIVA MINOR

Se o sujeito teve 2 ou mais episódios de Síndrome Depressivo Major no passado, marque aqui e avance para Desordem Depressiva Intermitente a não ser que ele esteja correntemente num episódio ou período de Desordem Depressivo Minor 716

Existem 3 critérios:

NI- TEVE UM EPISÓDIO DE DOENÇA DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA COM HUMOR DEPRESSIVO PERSISTENTE 717

<u>Se teve apenas um episódio de Síndrome Depressivo Major:</u> <i>Alguma vez teve outros episódios que durassem pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, angustiado, desesperançado, em baixo, indiferente, mas não era tão grave como nos outros episódio(s) que discutimos?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
<u>Se não teve Síndrome Depressivo Major:</u> <i>Alguma vez teve um período que durasse pelo menos uma semana em que foi perturbado por se sentir deprimido, triste, desesperançado, em baixo ou indiferente?</i>	

N2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI. OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR. 718

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?.. agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para N 2 Sim
--	---

N3-TEVE PELO MENOS 2 DOS SINTOMAS ASSOCIADOS COM PERÍODO MAIS GRAVE DE HUMOR DEPRESSIVO

	Sem Informação	Não	Sim	
Durante o período mais grave for ainda perturbado por:				
<i>Falta de apetite, perda de peso, aumento de apetite ou peso?</i>	X	1	2	719
<i>Problemas em adormecer ou demasiado sono?</i>	X	1	2	720
<i>Perda de energia, facilmente fatigado, ou cansaço?</i>	X	1	2	721
<i>Perda de interesse ou prazer nas suas atividades habituais ou sexo?</i>	X	1	2	722
<i>Sensação de culpa, sem valor ou em baixo?</i>	X	1	2	723
<i>Problemas em concentrar-se, pensar ou tomar decisões?</i>	X	1	2	724
<i>Pensar acerca de morte ou suicídio (tentou suicidar-se)?</i>	X	1	2	725
<i>Incapaz de se sentar quieto ou ter que se movimentar ou oposto - sentir-se lentificado ou com problemas em mover-se?</i>	X	1	2	726
<i>Choro?</i>	X	1	2	727
<i>Pensar acerca das coisas com visão pessimista?</i>	X	1	2	728
<i>Pensativo acerca de coisas desagradáveis que aconteceram?</i>	X	1	2	729
<i>Sentir-se inadapitado?</i>	X	1	2	730
<i>Sentir-se ressentido, irritável, zangado?</i>	X	1	2	731
<i>Precisou de ser tranquilizado ou ajudado por alguém (dependência ou exigência)?</i>	X	1	2	731
<i>Sentir pena de si próprio (autopiedade)?</i>	X	1	2	733
<i>Queixas físicas que não pareciam ser causadas por nenhuma doença física em particular?</i>	X	1	2	734
Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para O Se SIM rever critério de Desordem Depressiva Major e Desordem Depressiva Intermittente para certificar que o episódio não deve ser aí classificado.				735
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim ao longo dos últimos 2 anos?</i>				
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Depressiva Minor e não encontra os critérios de Personalidade Ciclotímica, Desordem Depressiva Intermittente ou Personalidade Lábil	1 Sim, Episódico 2 Sim, Crónico, persistiu 2 anos e Continuou em condições piores			736
Melhor estimativa do número de episódios				737-38
Idade no primeiro episódio...				739-40
Duração do episódio mais longo em semanas...				741-43
Correntemente num episódio... SIM				744
Se SIM, duração do episódio presente em semanas...				745-47
Episódio corrente associado com Ansiedade significativa...				748

PARTE O- DISTÚRBO DEPRESSIVO INTERMITENTE

Existem 4 critérios

O1-PERTURBADO POR HUMOR DEPRESSIVO A MAIORIA DO TEMPO NOS 2 ANOS PASSADOS OU ANTERIORES A DOENÇA 749

<i>Sentiu-se perturbado por se sentir deprimido ou em baixo a maioria do tempo (nos 2 anos passados ou nos 2 anos anteriores a...)?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
<i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i>	

O2-PERÍODOS INTERMITENTES FREQUENTES DE HUMOR NORMAL DURANTE ALGUMAS HORAS, DIAS OU SEMANAS 750

<i>Durante este tempo em que se sentiu quase sempre deprimido, teve com frequência períodos em que se sentiu bem ou ótimo durante algumas horas, dias ou semanas? Ou sentiu-se constantemente deprimido durante o período inteiro?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

O3-TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ASSOCIADOS DOS LISTADOS EM N3 QUANDO SE SENTIA DEPRIMIDO 751

<i>Quando se sentia deprimido foi ainda perturbado por... (nomear os itens do critério N3)</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

O4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 752

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?... tomou medicação?... agiu de modo diferente com as pessoas, família ou no emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para P 2 Sim
--	---

Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem Depressiva Intermitente e SIM 753

não vai de encontro ao critério de ,Personalidade Ciclotímica

Idade em que aparentou pela primeira vez...

754-55

Duração do episódio corrente em anos...

(Se correntemente tem outra desordem, indicar a duração do período de sintomas depressivos intermitentes anteriores ao desenvolvimento da desordem corrente)... 756-57

PARTE P- DESORDEM DE PÂNICO

Existem 4 critérios

PI-TEVE ATAQUES DE PÂNICO COM PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS SEGUINTE

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Alguma vez teve ataques de pânico ou ansiedade em que se sentiu subitamente muito assustado e teve sintomas físicos como... (quando é que isto acontece?)</i>	X	1	2	758

<i>Falta de ar (dispneia)?..</i>				
<i>Palpitações?</i>	X	1	2	759
<i>Dores no peito ou desconforto?</i>	X	1	2	760
<i>Choques ou sensações suaves?</i>	X	1	2	761
<i>Tonturas ou como se andasse tudo à volta (vertigens) ou como se as coisas fossem irreais?</i>	X	1	2	762
<i>Tremores (parastésias)?</i>	X	1	2	763
<i>Suores?</i>	X	1	2	764
<i>Desmaios?</i>	X	1	2	765
<i>Tremor ou abanar?</i>	X	1	2	766
<i>Medo de morrer, ficar louco, ou perder o controle durante um ataque?</i>	X	1	2	767
Teve medo intenso ou receio e pelo menos 2 sintomas	1 NÃO	Avance para item 821		768
		2 SIM		

P2-TEVE PELO MENOS 3 ATAQUES DE PÂNICO DISTRIBUÍDOS POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS
769

Teve pelo menos 3 destes...? (Quando e que ocorreram?)	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Item 821 2 Sim
--	--

P3-NERVOSO PARA ALEM DOS 3 ATAQUES DE PANICO POR UM PERÍODO DE 3 SEMANAS
770

<i>Esteve muito nervoso a maior parte do tempo entre os ataques?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Item 821 2 Sim
--	--

P4-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR. 771

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um medico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para Q 2 Sim
<i>Os (ataques de pânico) afetaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 4 critérios de Desordem de Pânico	SIM
772	
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	
773-74	
Duração do episódio mais longo em semanas	
813-15	
Correntemente num episódio	SIM
816	
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	1 Igual situação ou tipo na maioria dos ataques
Situações estimuladoras para evocar ataques de pânico...	2 Não claramente 1 ou 3
	820

particular de situação	3 Sem tipo
<input type="checkbox"/> Se teve Desordem de Briquet marque aqui e avance para Desordem Ansiosa Generalizada e vá para Desordem Obsessiva Compulsiva 821	

PARTE Q- DESORDEM DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Existem 3 critérios

Q1-TEVE EPISÓDIO DE DOENÇA DE PELO MENOS 2 SEMANAS COM HUMOR ANSIOSO PERSISTENTE	822
--	-----

<i>Teve períodos de pelo menos 2 semanas em que se sentiu ansioso ou tenso (nervoso, inquieto) a maioria do tempo?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
--	---

Q2-HUMOR ANSIOSO ASSOCIADO COM PELO MENOS UM DOS SINTOMAS

<i>Durante o período mais grave foi perturbado por</i>	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Dificuldade em adormecer?</i>	X	1	2	823
<i>Suores, corar, tonturas, palpitações ou falta de ar?</i>	X	1	2	824
<i>Tensão muscular ou tremores?</i>	X	1	2	825
<i>Grande preocupação a maior parte do tempo acerca de coisas que podem acontecer?</i>	X	1	2	826
<i>Agitação contínua ou incapacidade de se sentar quieto?</i>	X	1	2	827
Teve pelo menos um dos sintomas quando Ansioso	1 NÃO Avance para R			828
	2 SIM			

Q3-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 829

<i>Durante esse tempo procurou ajuda de alguém como, um médico, um padre ou um amigo... ou alguém sugeriu que procurasse ajuda?.. tomou medicação?..</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para R 2 Sim
<i>O (humor ansioso) afetou de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	
Vai de encontro aos 3 critérios de Desordem Ansiosa Generalizada	SIM 830
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	831-32
Duração do episódio mais longo em semanas	833-835
Correntemente num episódio	SIM 836
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	

	837-39	
Episódio corrente associado com depressão significativa embora a Ansiedade seja predominante		840

PARTE R- DESORDEM OBSESSIVA COMPULSIVA

Existem 2 critérios

RI-TEM OBSESSÕES OU COMPULSÕES

<i>E acerca de ser perturbado por pensamentos que lhe apareciam continuamente, sem qualquer sentido, e que não conseguia ver-se livre deles ou pô-los fora da sua mente?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para S 2 Sim
<i>Alguma vez teve que repetir um gesto uma ou outra vez sem conseguir resistir a repeti-lo - como lavar constantemente as mãos, contar ou verificar coisas?</i>	2 Sim

RI-INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERIODO DPR.

<i>Que efeito tiveram estas (obsessões, compulsões) em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 NÃO Avance Para S 2 SIM
<i>As (obsessões, compulsões) afetaram de algum modo o seu funcionamento na família ou emprego?</i>	2 SIM
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Obsessiva Compulsiva	SIM 843
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	844-45
Duração do episódio mais longo em semanas	846-48
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 849
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas...	
Sintomas predominantes	1 Obsessões 2 Compulsões 3 Nenhum Deles (Ou Ambos Com Igual Gravidade)

PARTE S- DESORDEM FÓBICA

Existem 2 critérios:

SI-MEDOS IRRACIONAIS PERSISTENTES E RECORRENTES DE OBJETOS, ATIVIDADES OU SIT.COM TENDÊNCIA A EVITAR 854

<i>Existiram alturas em que sentiu medo de alguma coisa ou situação particular como multidões, certos animais, alturas, ou estar fechado?</i>	0 Sem informação ou sem certeza 1 NÃO Avance para T 2 SIM
<i>(E acerca de ter medo de certas atividades - como estar só, sair sozinho ou certas formas de viajar?; Saiu do seu caminho para evitar...?)</i>	2 SIM

S2- INDICAÇÃO PARA PROCURA DE AJUDA, MEDICAÇÃO, MAU FUNCIONAMENTO SOC.,FAMI.OU EMPG.DURANTE PERÍODO DPR. 854

<i>Que efeito teve isto em si? Procurou ajuda de alguém ou tomou alguma medicação por causa de...? Os (sintomas fóbicos) afetaram de algum modo o seu funcionamento - na família ou emprego?</i>	0 Sem Informação Ou Sem Certeza 1 Não Avance Para T 2 Sim
Vai de encontro aos 2 critérios de Desordem Fóbica	SIM 856
Idade em que pela primeira vez encontra o critério	857-58
Duração do episódio mais longo em semanas	859-861
Correntemente vai de encontro ao critério	SIM 862
Se SIM, duração do episódio corrente em semanas	863-65
Tipo de Fobia (marque a mais predominante):	1 AGORAFOBIA 2 FOBIAS SOCIAIS 3 FOBIAS SIMPLES 4 FOBIAS MISTAS

PARTE T- PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

Existem 4 critérios

T1- DESDE OS 15 ANOS COM RESULTADOS POBRES NAS SUAS OCUPAÇÕES DURANTE VARIOS ANOS, COM PELO MENOS UM DOS CRITÉRIOS

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Desde que começou a trabalhar mudou muito de emprego (SIM se teve 1 ou mais empregos em 5 anos)?</i>	X	1	2	867
<i>Teve períodos sem trabalhar (SIM se num total de 6 meses durante 10 anos quando era esperado trabalhar: e não devido a doença física)?</i>	X	1	2	868
<i>Faltava muito enquanto trabalhava (SIM se o absentismo envolve uma média de 3 dias ou mais por mês quer quando se atrasava ou quando se ausentava)?</i>	X	1	2	869
Teve pelo menos um dos itens acima (ou mau desempenho escolar)	1 NÃO Avance para U 2 SIM			870

T2-INICIO NA INFÂNCIA COMO INDICADO NOS ITENS SEGUINTE (PELO MENOS UM ANTES DOS 15 ANOS)

	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Quando era mais novo... ..Faltava à escola?</i>	X	1	2	871
<i>Foi alguma vez expulso da escola?</i>	X	1	2	872
<i>As pessoas esperavam melhores notas do que teve?</i>	X	1	2	873
<i>Estava sempre a quebrar regras em casa ou na escola?</i>	X	1	2	874

<i>Foi preso ou mandado para tribunal de menores por alguma coisa que fez?</i>	X	1	2	875
<i>Fugia de casa à noite?</i>	X	1	2	913
<i>Mentia muito?</i>	X	1	2	914
<i>Começou a beber muito antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade?</i>	X	1	2	915
<i>Roubava coisas?</i>	X	1	2	916
<i>Partia janelas ou destruía coisas (vandalismo)?</i>	X	1	2	917
<i>Começou a ter sexo antes dos outros rapazes ou raparigas da sua idade (SIM se muito precoce ou comportamento sexual agressivo)?</i>	X	1	2	918
Teve pelo menos 3 itens e pelo menos 1 antes dos 15 anos 1 NÃO Avance para U 2 SIM				919

T3- TEVE PELO MENOS 2 SINTOMAS ANTES DOS 15 ANOS

Desde a idade dos 15 anos...	Sem Informação	Não	Sim	
<i>Foi preso (SIM se 1 ou mais vezes preso)?</i>	X	1	2	920
<i>Divorciou-se ou separou-se (SIM se 2 ou mais divórcios ou separações legalmente casado ou não)?</i>	X	1	2	921
<i>Meteu-se em lutas (físicas)?</i>	X	1	2	922
<i>Embriagava-se frequentemente todas as semanas?</i>	X	1	2	923
<i>Não pagava com frequência dívidas ou não tomava conta de outras responsabilidades financeiras como era esperado?</i>	X	1	2	924
<i>Alguma vez teve um período de tempo sem residência permanente ou vagueou de lugar para lugar sem planos prévios (para além das férias)?</i>	X	1	2	925
Teve pelo menos 2 sintomas 1 NÃO Avance para U 2 SIM				926

T4- DIMINUIÇÃO MARCADA DE CAPACIDADE PARA MANTER RELAÇÕES E RESPONSABILIDADES SOCIAIS, FAMI. E SEXUAIS 927

<i>Existe alguém de quem se sente muito próximo? Mais alguém?</i> <i>Durante quanto tempo se sentiu assim?</i> <i>Ajuda-os quando eles têm problemas?</i> <i>Mantém os mesmos amigos durante muito tempo?</i>	0 Sem informação ou sem certeza 1 NÃO Avance para U 2 SIM
Vai de encontro aos 4 critérios de Personalidade Antissocial	SIM 928

PARTE U- TRAÇOS DE PERSONALIDADE CARACTERÍSTICOS DO COMPORTAM. DO SUJEITO DURANTE UM PERÍODO LONGO DE TEMPO

UI- PERSONALIDADE HIPERSENSITIVA, DESCONFIADA, CIUMENTA, INVEJOSA DESDE LONGO TEMPO

929

<p>As questões seguintes são acerca das suas atitudes habituais e comportamentos durante a maioria da sua vida. <i>Como se descreveria como pessoa?</i> <i>Sente que as pessoas estão a criticá-lo?..que há pessoas que lhe estão a fazer a vida difícil?..</i> <i>Tem tendência a ser uma pessoa ciumenta ou invejosa?..</i> <i>Desconfia com frequência dos outros ou tem medo que se aproveitem de si?</i> <i>Teve fases de grandes suspeitas ou sentiu que tinha que estar alerta?</i></p>	<p>0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo</p>
---	--

U2- PERSONALIDADE INIBIDA, SÉRIA, FECHADA, INTOLERANTE, SENSITIVA DESDE LONGO TEMPO

930

<p><i>Tem tendência geralmente a ser cuidadoso na expressão de sentimentos fortes?</i> <i>Fica no lado mais calmo ou é considerado o tipo de pessoa séria?</i> <i>Tem um sentido muito forte do certo ou errado?..ser mais honesto que a maioria das pessoas?..</i> <i>As pessoas chamam-lhe-iam teimoso?</i> <i>Tem tendência a ter certas maneiras para fazer as coisas e fica aborrecido se as rotinas têm de ser mudadas?</i> <i>O trabalho é mais importante do que divertir-se pelo que lhe é difícil pô-lo de lado para relaxar ou ir de férias?..</i></p>	<p>0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo</p>
--	--

U3-PERSONALIDADE, ALEGRE. OTIMISTA, ENTUSIASTICA, ENERGÉTICA, ATIVA DESDE LONGO TEMPO

931

<p><i>Descrever-se-ia como uma pessoa alegre e otimista?.. mais entusiasta que a maioria das pessoas?..com muita iniciativa e ambição?..mais energética e ativa que a maioria das pessoas?..</i> <i>Gosta mais de se envolver com pessoas e atividades que maioria das pessoas?..</i></p>	<p>0 sem informação 1 de modo algum 2 numa extensão pequena (1 ou 2 traços) 3 em alguma extensão 4 numa considerável extensão 5 numa extensão marcada 6 num grau extremo</p>
--	--

PARTE V- OUTRAS DESORDENS PSIQUIÁTRICAS

Esta categoria é para condições psiquiátricas que não podem ser classificadas em nenhum dos diagnósticos anteriores e que não parecem ser parte de um período prodromal ou sintomas residuais de uma desordem específica. É possível que um sujeito tenha um período de doença que seja considerado Outras Desordens Psiquiátricas seguido ou precedido por um episódio que possa ser diagnosticado como um dos outros diagnósticos específicos.

Existem 2 critérios:

VI-		
O quadro clínico sugere um distúrbio específico não coberto por este instrumento (ex: Anorexia Nervosa, Transexualismo, Personalidade Paranoide)	Sim	932

Especificar _____		
Suspeita-se de uma ou mais desordens mas os sintomas são mínimos para completar os critérios Especificar _____		933
A ordem cronológica de classes de sintomas importantes não é conhecida ex: alcoolismo e alucinações: desconhecimento do que apareceu primeiro		934
A informação existente sobre a fenomenologia é inadequada para estabelecer um diagnóstico específico		935
Um fator orgânico conhecido é provavelmente a causa etiológica ex: abuso de álcool, intoxicação por anfetaminas, ingestão de alucinogêneos, febre		936
Pelo menos um destes critérios é verdade	1 Não	Passar para Traços Esquizofrênicos
	2 Sim	

O estado foi de gravidade suficiente para resultar na procura ou recomendação de procura de ajuda, tomar medicação (que não sejam hipnóticos ocasionais para a insônia), ou causou impedimento de funcionar socialmente, com a família, em casa, na escola, no trabalho	0 Sem informação ou sem certeza: Passar para Traços Esquizofrênicos 1 Não: Passar para Traços Esquizofrênicos 2 Sim 938
Reúne os 2 critérios para Outras Desordens Psiquiátricas	Sim 939
Idade do primeiro episódio ou idade em que se tornou visível	940
Correntemente num episódio	Sim 942
Se sim, duração em semanas _____ vida classificar com 999	se se aplicar à maior parte da

PARTE W- TRAÇOS ESQUIZOFRÊNICOS

Esta categoria é usada apenas para classificar outros diagnósticos (incluindo Outras Desordens Psiquiátricas) e nunca deve ser considerada como categoria única. Pode estar presente como linha de base de toda a vida ou pode ser usada para classificar uma desordem episódica quando os sintomas são muito raros.

Pelo menos um dos seguintes traços está presente (não incluir um sintoma claramente explicado por álcool, abuso de droga, esquizofrenia, desordem esquizo-afetiva, Desordem Depressiva ou Maníaca, Psicose Funcional Inespecífica, ou outro diagnóstico RDC). Também existirá suficiente informação disponível para registrar a maioria dos itens.

	Sem Informação	Não	Sim
Ilusões recorrentes, sentir a presença de uma pessoa ou presença não presentes na realidade (“sinto que a minha mãe que já morreu está comigo”), suspeita de alucinações, ou períodos de severas dissociações, despersonalização, ou derealization (que não seja ataque de pânico) <i>Sentiu com frequência que o mundo parece diferente ou que de alguma forma mudou? Sentiu que estava fora do seu próprio corpo, ou como se uma parte não lhe pertencesse? Ou que estava fisicamente desligado das pessoas... ou sentiu como se estivesse num sonho...ou alguma experiência estranha?</i>	X	1	2
Ideação odd ou bizarra, ou pensamento mágico ex: superstição, clarividência, telepatia, sexto sentido, “os outros podem sentir os seus sentimentos”, ou delusões suspeitas	X	1	2
Ideias de referência, suspeita extrema, ideação paranoide	X	1	2
Postura inadequada na interação face a face devido a afeto inapropriado ou constricto ex: aloof, distante, frio, superficial, pateta	X	1	2
Comunicação odd (sem desordem formal do pensamento) ex: discurso tangencial, digressive, vago, demasiado elaborado, circunstancial, metafórico e não simplesmente detalhado	X	1	2
Isolamento social, não devido a ansiedade social, hipersensibilidade a críticas reais ou	X	1	2

imaginárias (ex: sem amigos íntimos ou confidentes, contactos sociais limitados às tarefas essenciais, sempre desconfortável quando está com pessoas)			
---	--	--	--

Tem pelo menos 1 dos critérios acima mencionados Sim

PARTE X- DISTINÇÃO PRIMÁRIA/SECUNDÁRIA COM A DESORDEM DEPRESSIVA MAJOR

Se o sujeito reúne os critérios para Desordem Depressiva Major, para um episódio atual ou passado, avaliar se o primeiro ou o mais recente episódio foram precedidos por alguma das seguintes desordens (depressão secundária):

<ol style="list-style-type: none"> 1. Esquizofrenia (não agora mas Tipo Residual) 2. Desordem Esquizo-afetiva 3. Distúrbio de Pânico 4. Distúrbio Fóbico 5. Desordem Obsessivo-Compulsiva 6. Desordem de Briquet (Desordem de Somatização) 7. Personalidade antisocial 8. Alcoolismo 9. Abuso de drogas 10. Preferência Homossexual (perguntar se necessário) 11. Anorexia Nervosa 12. Transsexualismo 13. Síndrome Cerebral Orgânico 	<p><input type="checkbox"/> Sem informação, sem certeza, ou nunca teve uma Desordem Depressiva Major 953</p> <p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major <u>não</u> foi precedido pelas desordens listadas ao lado 954</p> <p><input type="checkbox"/> O primeiro Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 955</p> <p>____ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 956-7</p> <p><input type="checkbox"/> O mais recente Episódio de Desordem Depressiva Major foi precedido pelas desordens listadas ao lado 958</p> <p>____ Se sim, assinalar o número da desordem (se existir mais do que uma, assinalar o número da que se desenvolveu primeiro) 959-60</p>
--	--

PARTE Y- COMPORTAMENTO SUICIDA

<p>Teve comportamentos ou fez tentativas discretas de suicidio <i>Alguma vez tentou matar-se ou fazer algo que o pudesse ter matado?</i></p> <p><i>Se sim Perguntar por mais detalhes</i></p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 961</p> <p>1 Não Passa para o funcionamento social</p> <p>2 Sim</p>
<p>Número de gestos ou tentativas</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 + 962</p>

Y1- Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria

<p>Tentativa de suicídio no período de tentativa mais séria Determinar as circunstâncias e grau de seriedade da tentativa considerando fatores como: probabilidade de ser salvo, precauções para não ser descoberto, ações para obter ajuda durante ou após a tentativa, grau de planeamento da tentativa, o objetivo aparente da tentativa (manipulativo ou a conseguir a morte)</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 953 1 Obviamente sem intenção, meramente manipulativo 2 Com hesitação ou intenção mínima 3 Definitivo mas muito ambivalente 4 A sério 5 Muito a sério 6 Extremo (cuidadosamente planeado e com expectativa de morte)</p>
---	---

Y2- Ameaça médica atual à vida ou à condição física após a tentativa mais séria de suicídio.

<p>Considerar o método (ferimento por tiro é considerado mais grave do que por faca), grau de consciência no e durante o momento de salvamento, gravidade da lesão ou da toxicidade do material ingerido, reversibilidade (tempo previsto para a recuperação completa) e tempo de tratamento necessário</p>	<p>0 Sem informação ou sem certeza 964 1 Sem perigo (ex: sem efeito, apenas com os comprimidos na mão) 2 Mínimo (ex: arranhão ou wrist) 3 Médio (ex: tomou 10 aspirinas, gastrite média) 4 Moderado (ex: tomou 10 seconals, inconsciência breve) 5 Severo (ex: corte de garganta) 6 Extremo (ex: corte respiratório ou coma prolongado)</p>
---	---

PARTE Z- COMPORTAMENTO SOCIAL

Z1- RELAÇÕES SOCIAIS NOS ULTIMOS 5 ANOS COM DURAÇÃO DE PELO MENOS ALGUNS MESES

965

<p>Durante os 5 anos passados, quando foi o período em que mais se relacionou socialmente com as outras pessoas? <i>Até que ponto se relacionou socialmente com amigos ou com outras pessoas?</i> <i>E acerca de visitas ou receber pessoas em casa?</i> <i>E acerca de atividades na igreja, clube ou jogos?</i> <i>Com quem se encontra?</i> <i>Até que ponto lhes é próximo?</i> <i>Consideraria algum deles como amigo íntimo - alguém que pudesse realmente confiar?</i></p>	<p>0 sem informação ou sem certeza 1 superior, muitos amigos especiais e saídas 2 muito bom; alguns amigos, algumas saídas 3 bom; 1 ou 2 amigos, saídas pouco frequentes 4 suficiente; um amigo próximo, saídas raras 5 pobre; sem amigos especiais, poucos contactos 6 muito pobre, sem amigos especiais, contactos raros 7 muito inadequado sem contactos <input type="checkbox"/> características de funcionamento durante a maior parte da sua vida 966 <input type="checkbox"/> aparentemente como resultado da deterioração do funcionamento 967</p>
---	--

Z2- FUNCIONAMENTO GERAL MAIS SAUDÁVEL DO SUJEITO DURANTE PELO MENOS ALGUNS MESES NOS PASSADOS 5 ANOS

968

Grau de confiança e certeza da informação obtida nesta entrevista	1 MUITO BOM 2 BOM 3 SUFICIENTE 4 POBRE 5 MUITO POBRE
---	--

FONTES DE INFORMAÇÃO

Fontes de informação	<input type="checkbox"/> ENTREVISTA COM O SUJEITO 974 <input type="checkbox"/> PESSOAL 975 <input type="checkbox"/> FAMÍLIA 1013 <input type="checkbox"/> REGISTO DE CASO 1014 <input type="checkbox"/> OUTROS 1015
<input type="checkbox"/> Resultados deste exame podem ter sido afetados por medicação, descreva: 1016	

Anexo VI
Griffiths

C.IV.4 Compreensão Que deves fazer quando ... - estás cansado / tens frio / está a chover e tens que sair / te perderes /

C.VI.2 / tiveres que ir a um sitio e perderes o autocarro / fores no caminho para a escola e vires

que já é tarde

F.IV.2 Qual a linha mais comprida ? _____

Idade 5 anos	A LOCOMOTOR		B PESSOAL - SOCIAL		C LINGUAGEM AUDIÇÃO		D OLHO - MÃO		E REALIZAÇÃO		F RACIOCÍNIO PRÁTICO
1	Corre para dar um pontapé na bola	1	Lava mãos e cara	1	Define pelo uso 6 objetos	1	Copia cruz	1	Placa de 6 peças (20 s.) (Tempo: _____)	1	Nomeia 2 moedas
2	Escadas desce alternando os pés	2	Sabe a morada (casa, rua,...)	2	Opostos (2)	2	Copia círculo	2	Ponte com 3 caixas	2	Conta 10 cubos
3	Sem dobrar joelhos toca mãos nos pés	3	Usa faca (para empurrar) e garfo	3	Materiais (2+) De que é feito? (mesa, casa, janela)	3	Copia quadrado	3	Padrão com cubos (nº 2) (60 s.) Tempo: _____	3	Conhece Manhã Tarde
4	Com pés juntos salta sobre corda (15 cm)	4	Veste-se e despe-se sem ajuda	4	Repete frases (10 sílabas)	4	Copia janela	4	Arco com 3 caixas e tampas	4	Nomeia 3 moedas
5	Sobe e desce de autocarro sem ajuda	5	Aperta fivelas de sapatos	5	Descreve gravura (uma ou mais frases)	5	Desenha uma casa (quadrado + 2)	5	Padrão com cubos (nº 2) (40 s.) Tempo: _____	5	Qual o mais rápido? *
6	Escadas sobe a correr	6	Veste casaco sem ajuda	6	Nomeia 12 objetos da gravura	6	Tesoura: corta tira de papel	6	Padrão com cubos (nº 5) (60 s.) Tempo: _____	6	Conta 15 cubos
	Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____		Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____		Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____		Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____		Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____		Meses de crédito: Itens= _____ x 2= _____

C. V.2 Opostos: Um rapaz é grande, um bebé é..... **F.V.5** Qual anda mais depressa? Uma ave ou um avião?

O carvão é preto, a neve é.....

O leão é bravo, o cordeiro é.....

Um rapaz grande ou um pequeno ?

Um carro ou uma bicicleta?

C.V.4 Frases: O meu cão é um grande amigo / Levo o cão comigo à rua comigo.

Idade 6 anos	A LOCOMOTOR		B PESSOAL - SOCIAL		C LINGUAGEM AUDIÇÃO		D OLHO - MÃO		E REALIZAÇÃO		F RACIOCÍNIO PRÁTICO
1	Atira a bola ao chão e apanha-a (2x)	1	Tem um companheiro de jogo preferido	1	Utiliza frases (10 sílabas)	1	Enfia contas (12 com padrão)	1	Placa 11 peças (40 s) Tempo: _____	1	Sabe o número de dedos de cada mão (sem contar)
2	Corre rapidamente, no exterior	2	Nó (1) (2 tentativas)	2	Compreensão (4)	2	Copia triângulo	2	Padrão com cubos (nº 5) (40 s) Tempo: _____	2	Nomeia 4 moedas

3	Atira uma bola ao ar (+ 50 cm) e apanha-a	3	Vai só às lojas próximas	3	Adjetivos e Advérbios (6 +)	3	Desenha figura humana (cabeça + 6)	3	Reproduz escada com cubos (sem modelo)	3	Nomeia 5 moedas
4	Saltita (4 + saltos)	4	Vai só às lojas próximas	4	Nomeia letras maiúsculas (10 +)	4	Escreve letras ou algarismos (3 +)	4	Padrão com cubos (nº 3) (60 s) Tempo: _____	4	Repete 5 dígitos:(6-1-3-8-4; 5-9-7-2-1 / 9-2-7-8-6)
5	Salta degraus (3)	5	Penteia e escova o cabelo	5	Pronomes pessoais (6)	5	Escreve o seu nome	5	Põe 9 cubos na caixa e coloca tampa (20 s) Tempo: _____	5	Sabe o número de dedos das duas mãos (sem contar)
6	Empurra 1 cubo ao pé coxinho	6	Sabe a morada completa	6	Conhece as cores (10)	6	Desenha uma casa (quadrado + 6)	6	Padrão com cubos (nº4) (60 s) Tempo: _____	6	Sabe alto e baixo
	Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___

Idade	A LOCOMOTOR		B PESSOAL - SOCIAL		C LINGUAGEM AUDIÇÃO		D OLHO - MÃO		E REALIZAÇÃO		F RACIOCÍNIO PRÁTICO
7 anos											
1	Salta sobre uma corda, a pés juntos 25cm	1	Nó (uma laçada)	1	Repete frases (16 sílabas)	1	Cópia Quadrado	1	Padrão com cubos (nº 3) (40s) Tempo: _____	1	Conta até 30
2	Saltita (12 ou mais saltos)	2	Usa garfo e faca (faca para cortar os alimentos)	2	Descrição de Imagem (3 ou mais frases corretas)	2	Cópia Escada	2	Padrão com cubos (nº 4) (40s) Tempo: _____	2	Conhece direito e esquerdo: (mão D; orelha E; pé D; olho E; mão E; orelha D; pé E; olho D)
3	Empurra um cubo ao pé coxinho (2)	3	Aperta os atacadores	3	Nomeia letras maiúsculas (120 ou mais)	3	Cópia Losango	3	Encaixe – 4 peças (7s) Tempo: _____	3	Contagem decrescente (10-0) (2 tentativas)
4	“Trote”	4	Come corretamente à mesa	4	Semelhanças (1)	4	Cópia Triângulo	4	Encaixe - 11 peças (30s) Tempo: _____	4	Sabe dizer os dias da semana (1)
5	Salta à corda	5	Come corretamente à mesa	5	Diferenças (2)	5	Escreve algarismos até 9	5	Padrão com cubos (nº 2) (20s) Tempo: _____	5	Sabe dizer as horas (4h)
6	Empurra um cubo ao pé coxinho (3)	6	Nó (laço correto)	6	Nomeia letras maiúsculas (23)	6	Escreve o nome completo	6	Padrão com cubos (nº 3) (30s) Tempo: _____	6	Sabe comprido e curto
	Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___

CVII.1. Frases: Gostava muito de visitar o jardim zoológico/Amanhã vai haver uma grande festa na escola/Gosto muito de brincar e passear com os meus amigos

CVII.4 Semelhanças: O que há de semelhante entre... uma cenoura e um nabo?/um tigre e um gato?/uma moeda e um botão?/uma árvore e um malmequer?

CVII.5 Diferenças: Qual é a diferença entre... uma mosca e uma abelha?/o gelo e o vidro?/o sal e o açúcar?/um fio e uma corda?

Idade	A LOCOMOTOR		B PESSOAL - SOCIAL		C LINGUAGEM AUDIÇÃO		D OLHO - MÃO		E REALIZAÇÃO		F RACIOCINIO PRATICO
8 anos											
1	Escadas IV – desde a escada a correr	1	Veste-se e despe-se sem ajuda	1	Descrição de Imagens (4 frases corretas)	1	Escreve Letras (10)	1	Padrão com cubos (nº4) (30s) Tempo: _____	1	Sabe os dias da semana (2 perguntas)
2	Salta degraus (4)	2	Tem só um amigo especial na escola	2	Semelhanças (3)	2	Copia Janela	2	Encaixe – 6 peças (10s) Tempo: _____	2	Nomeia 6 moedas
3	Bicicleta (duas rodas)	3	Assume a limpeza e aspeto do seu cabelo	3	Compreensão (6)	3	Desenha figura humana (ex: deve estar vestida)	3	Padrão com cubos (nº5) (20s) Tempo: _____	3	Repete 3 dídotos na ordem inversa (186 - 723 - 493)
4	Empurra um cubo ao pé coxinho – IV (4)	4	Assume a limpeza e aspeto do seu cabelo	4	Diferenças (3)	4	Copia Losango	4	Pôr 9 cubos na caixa com tampa (15s) Tempo: _____	4	Sabe pesado e leve
5	Salta à corda – II (12 ou mais)	5	Sabe o seu aniversário (dia e mês)	5	Semelhanças (3)	5	Copia Losango	5	Padrão com cubos (nº2) (15s) Tempo: _____	5	Contagem decrescente (20-0)
6	Salta à corda – III (com saltinho intermédio 12 ou mais)	6	Põe a mesa com supervisão	6	Opostos (3)	6	Escreve Letras (23-alfabeto)	6	Padrão com cubos (nº3) (20s) Tempo: _____	6	Nomeia 7 moedas
Pontos Extra											
7	Saltita – III (20 saltoa)	7	Põe a mesa sem ajuda ou supervisão	7	Diferenças (4)	7	Desenha uma Casa	7	Padrão com cubos (nº4) (20s) Tempo: _____	7	Sabe dizer as horas
8	Bicicleta (anda competentemente)	8	Sabe a data de nascimento (dia, mês, ano)	8	Diferenças (4)	8		8	Padrão com cubos (nº5) (15s) Tempo: _____	8	Sabe dizer as horas
	Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___		Meses de crédito: Itens= ___ x 2= ___

C.VIII.3 Compreensão: Que deves fazer quando ... estás cansado / tens frio / está a chover e tens que sair / te perderes / tiveres que ir a um sitio e perderes o autocarro / fores no caminho para a escola e vires que já é tarde

CVIII.4 Diferenças: Qual é a diferença entre... uma mosca e uma abelha?/o gelo e o vidro?/o sal e o açúcar?/um fio e uma corda?

CVIII.5 Semelhanças: O que há de semelhante entre... uma cenoura e um nabo?/um tigre e um gato?/uma moeda e um botão?/uma árvore e um malmequer?

C.VIII.6 Opostos: Um rapaz é grande, um bebé é.....

O carvão é preto, a neve é.....

O leão é bravo, o cordeiro é.....

Anexo VII
CBCL 1 ½ - 5 anos

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA
C B C L - 1.5 A 5 ANOS
T. M. Achenbach

Nome _____

Proc. Nº _____ / _____

—

Escala Preenchida por:

Data de Avaliação ___/___/___

Mãe ___ Pai ___

Data de Nascimento ___/___/___

Outro: _____

Idade..... _____ A _____ m _____

Profissão do Pai: _____

Sexo Masculino ___

Profissão da Mãe: _____

 Feminino ___

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva o(a) seu/sua filho(a), AGORA ou NOS ÚLTIMOS 2 MESES.

-Marque uma **cruz (X)** no **2** se a afirmação é **MUITO VERDADEIRA** ou FREQUENTEMENTE VERDADEIRA em relação ao seu filho;

-Marque a cruz **(X)** no **1** se a afirmação é **ALGUMAS VEZES VERDADEIRA**;

-Se a afirmação **NÃO É VERDADEIRA**, marque com uma cruz **(X)** no **0**.

Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas vezes pareçam não se aplicar ao seu filho. **SUBLINHE QUALQUER UMA QUE O/A PREOCUPE**

- 0 1 2 1. Dores ou queixas (sem causa médica conhecida)
- 0 1 2 2. Age de maneira demasiado infantil para a sua idade
- 0 1 2 3. Tem medo de experimentar coisas novas
- 0 1 2 4. Evita olhar de frente (nos olhos) as outras pessoas
- 0 1 2 5. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo
- 0 1 2 6. Não consegue ficar sentado sossegado, é muito activo ou irrequieto
- 0 1 2 7. Não suporta ver coisas fora do lugar
- 0 1 2 8. Não se controla, deseja tudo imediatamente
- 0 1 2 9. Leva à boca coisas que não deve
- 0 1 2 10. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
- 0 1 2 11. Pede ajuda constantemente
- 0 1 2 12. Tem prisão de ventre, obstipação (quando não está doente)
- 0 1 2 13. Chora muito
- 0 1 2 14. É cruel com os animais
- 0 1 2 15. É desafiador
- 0 1 2 16. Os seus desejos (pedidos) têm que ser imediatamente satisfeitos
- 0 1 2 17. Destroi as suas próprias coisas
- 0 1 2 18. Destroi objectos da família ou de outras crianças
- 0 1 2 19. Diarreias ou perdas de fezes (sem estar doente)
- 0 1 2 20. Desobediente
- 0 1 2 21. Fica perturbado com mudanças nas rotinas
- 0 1 2 22. Não quer dormir só
- 0 1 2 23. Não responde quando alguém lhe fala
- 0 1 2 24. Não come bem (descreva):_____
- 0 1 2 25. Não fica com outras crianças
- 0 1 2 26. Não sabe brincar, comporta-se como um pequeno adulto
- 0 1 2 27. Não parece sentir-se culpado quando se comporta mal
- 0 1 2 28. Não gosta de sair de casa
- 0 1 2 29. Fica frustrado com facilidade
- 0 1 2 30. Fica ciumento com facilidade, é invejoso
- 0 1 2 31. Come ou bebe coisas que não são comestíveis (não incluir doces)
(descreva):_____

- 0 1 2 32. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares
(descreva): _____
- 0 1 2 33. Fica melindrado com facilidade
- 0 1 2 34. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
- 0 1 2 35. Mete-se em muitas brigas, lutas
- 0 1 2 36. Mete-se em tudo o que não lhe diz respeito
- 0 1 2 37. Fica muito perturbado quando se separa dos pais
- 0 1 2 38. Tem dificuldades em dormir
(descreva): _____
- 0 1 2 39. Dores de cabeça (sem causa médica)
- 0 1 2 40. Magoa os outros
- 0 1 2 41. Parece parar a respiração
- 0 1 2 42. Magoa pessoas ou animais, mas sem o querer
- 0 1 2 43. Parece triste ou infeliz, sem qualquer razão
- 0 1 2 44. Anda sempre irritado ou zangado
- 0 1 2 45. Náuseas, sente enjoos (sem causa médica)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____

- 0 1 2 47. É nervoso, muito excitado ou tenso
- 0 1 2 48. Tem pesadelos
- 0 1 2 49. Come demais
- 0 1 2 50. Cansa-se demasiado
- 0 1 2 51. Entra em pânico sem razão aparente
- 0 1 2 52. Sente dores quando vai à casa de banho
- 0 1 2 53. Agride os outros
- 0 1 2 54. Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo
(descreva): _____

- 0 1 2 55. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
- 0 1 2 56. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação
- 0 1 2 57. Problemas com a vista, sem causa médica
(descreva): _____
- 0 1 2 58. Mesmo castigado não muda o seu comportamento
- 0 1 2 59. Muda constantemente de uma actividade para outra

- 0 1 2 60. Borbulhas ou outros problemas de pele (sem causa médica)
- 0 1 2 61. Recusa comer
- 0 1 2 62. Recusa participar em jogos mais activos
- 0 1 2 63. Abana repetidamente a cabeça ou o corpo
- 0 1 2 64. Recusa ir para a cama, à noite
- 0 1 2 65. Recusa ir à sanita/pote
(descreva): _____
- 0 1 2 66. Grita muito
- 0 1 2 67. Parece não reagir quando o acariciam
- 0 1 2 68. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado
- 0 1 2 69. Egoísta, recusa partilhar
- 0 1 2 70. Mostra pouca afecto em relação às pessoas
- 0 1 2 71. Mostra pouco interesse pelas coisas à sua volta
- 0 1 2 72. Parece não ter medo de se magoar
- 0 1 2 73. É demasiado tímido ou envergonhado
- 0 1 2 74. Dorme menos que a maioria das crianças, durante o dia ou a noite
(descreva): _____
-
- 0 1 2 75. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 76. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação
(descreva): _____
-
- 0 1 2 77. Fica de olhar fixo ou parece preocupado
- 0 1 2 78. Dores de estômago ou vômitos (sem causa médica)
- 0 1 2 79. Muda repentinamente entre a alegria, a excitação e a tristeza
- 0 1 2 80. Tem comportamentos estranhos
(descreva): _____
- 0 1 2 81. É teimoso, mal humorado ou irritável
- 0 1 2 82. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
- 0 1 2 83. Amua muito
- 0 1 2 84. Fala, grita ou caminha durante o sono
(descreva): _____
- 0 1 2 85. É birrento ou exaltado
- 0 1 2 86. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio

- 0 1 2 87. Demasiado medroso ou preocupado
- 0 1 2 88. Não é colaborante
- 0 1 2 89. É pouco activo, move-se com lentidão, tem falta de energia
- 0 1 2 90. Infeliz, triste ou deprimido
- 0 1 2 91. É barulhento, fala invulgarmente alto
- 0 1 2 92. Fica perturbado com pessoas ou situações estranhas
(descreva): _____

-
- 0 1 2 93. Tem vômitos (sem causa médica conhecida)
- 0 1 2 94. Levanta-se muitas vezes durante a noite
- 0 1 2 95. Já tem fugido (de casa)
- 0 1 2 96. Requer muita atenção
- 0 1 2 97. Choramingão
- 0 1 2 98. É introvertido, não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
- 0 1 2 99. É preocupado
- 0 1 2 100. Por favor indique outros problemas do seu filho, que não tenham sido referidos:
- 0 1 2 _____
- 0 1 2 _____

**CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS FRASES SUBLINHE QUALQUER UMA QUE A/O
PREOCUPE**

O seu filho tem alguma doença, deficiência (física ou mental)? Se sim, qual?

Que mais o preocupa com o seu filho(a)?

Descreva as melhores coisas do seu filho(a):

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM PARA IDADE 18-35 MESES

A avaliação do desenvolvimento da linguagem procura conhecer o vocabulário e combinações de palavras. Através das suas respostas pode ajudar-nos a obter um quadro adequado do desenvolvimento da linguagem da sua criança.

Por favor, responda a todas as questões.

1. A sua criança nasceu prematuramente, antes dos 9 meses de gestação?

Não _____

Sim ____ , com quantas semanas de gestação? _____

2. Qual o peso ao nascer? _____ Gramas

3. Quantas vezes esteve doente dos ouvidos (infecções) antes dos 24 meses de idade? _____

4. Falam outra língua, para além do português, em casa?

Não: _____

Sim: ____ Qual?

5. Alguém, na sua família, começou a falar mais tarde? _____

6. Está preocupado(a) com o desenvolvimento da linguagem da sua criança?

Não _____

Sim _____

Porquê? _____

7. A sua criança diz palavras espontaneamente (sem ser a imitar)?

Não __

Sim __ (quais?)

8. A sua criança combina duas ou mais palavras para fazer frases? (por exemplo: dá pão; quer pápa)

Não: __

Sim: __ Por favor, escreva cinco das melhores e mais longas frases da sua criança:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

VEÍCULOS	ARTIGOS DE CASA	ARTIGOS PESSOAIS	VESTUÁRIO	PESSOAS	LUGARES
<i>Carro</i>	<i>Cama</i>	<i>Chupeta</i>	<i>Bota</i>	<i>Pai</i>	<i>Casa</i>
<i>Mota</i>	<i>Cadeira</i>	<i>Faca</i>	<i>Sapato</i>	<i>Mãe</i>	<i>Escola</i>
	<i>Copo</i>	<i>Colher</i>	<i>Calça</i>	<i>Avó</i>	
				<i>Tia</i>	
				<i>Bebé</i>	

Outras palavras (incluindo estrangeiras):

Anexo VIII
C- TRF 2 – 5 anos

Questionário de Comportamentos da Criança
RELATÓRIO DO EDUCADOR
TERF 2-5 (® T. M. Achenbach, 1991)

Tradução:

J.P. Almeida (Serviço de Pediatria – HGSJ, Porto)
M. Gonçalves & P. Dias (U. Minho)

Nome do(a) criança: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos Sexo: Masculino Feminino

Nome do(a) Professor/Educador(a): _____

Escola: _____ Morada da escola: _____

Data de Avaliação: ___/___/___

Por favor, preencha este questionário de modo a exprimir a sua opinião, a sua perspectiva sobre a criança, mesmo que outros não concordem. Caso deseje pode acrescentar outras informações ou comentários ao questionário. Preencha todos os itens.

1. Em que tipo de instituição está a criança inserida? (seja específico, ex.: infantário, creche, pré-escola, centro de dia, ...): _____

2. Quantos alunos frequentam a sala ou classe? _____

3. Quanto tempo por semana é que ele(a) passa na sua aula? _____

4. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)? _____

5. Acha que o conhece... Não muito bem Razoavelmente Muito bem

6. Já alguma vez o(a) aluno(a) mereceu tratamento especial, por exemplo, em termos de escolha de turma, aulas de apoio ou ensino especial? _____

7. Este(a) aluno(a) tem alguma doença, problema físico ou mental? Sim Não

Por favor, descreva: _____

8. O que o(a) preocupa mais neste(a) aluno(a)? _____

9. Por favor, descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a) _____

10. Por favor, escreva, se assim o desejar, outros comentários referentes a este(a) aluno(a), ao seu comportamento ou ao seu trabalho: _____

Segue-se uma lista de itens que descrevem o(a) seu aluno(a) agora ou nos últimos dois meses. Coloque, por favor, uma cruz no **2** se a **afirmação é muito verdadeira** ou frequentemente verdadeira, coloque uma cruz no **1** se a **afirmação é algumas vezes verdadeira**. Se o **item não é verdadeiro**, coloque uma cruz no **0**.

0= Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1= Algumas vezes verdadeira

2= Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira

0	1	2	1	Dores ou queixas (sem causa médica conhecida)
0	1	2	2	Age de maneira demasiado infantil para a sua idade
0	1	2	3	Tem medo de experimentar coisas novas
0	1	2	4	Evita olhar de frente (nos olhos) as outras pessoas
0	1	2	5	Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo
0	1	2	6	Não consegue ficar sentado sossegado, é muito activo ou irrequieto
0	1	2	7	Não suporta ver coisas fora do lugar
0	1	2	8	Não se controla, deseja tudo imediatamente
0	1	2	9	Leva à boca coisas que não deve
0	1	2	10	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
0	1	2	11	Pede ajuda constantemente
0	1	2	12	Apático ou desmotivado
0	1	2	13	Chora muito
0	1	2	14	É cruel com os animais
0	1	2	15	É desafiador
0	1	2	16	Os seus desejos (pedidos) têm que ser imediatamente satisfeitos
0	1	2	17	Destroi as suas próprias coisas
0	1	2	18	Destroi objectos da família ou de outras crianças
0	1	2	19	Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	20	Desobediente
0	1	2	21	Fica perturbado com mudanças nas rotinas
0	1	2	22	É cruel, ameaçador ou agride os outros
0	1	2	23	Não responde quando alguém lhe fala
0	1	2	24	Tem dificuldade em seguir instruções
0	1	2	25	Não fica com outras crianças
0	1	2	26	Não sabe ter graça, comporta-se como um pequeno adulto

0	1	2	27	Não parece sentir-se culpado quando se comporta mal
0	1	2	28	Perturba as outras crianças
0	1	2	29	Fica frustrado com facilidade
0	1	2	30	Fica ciumento com facilidade, é invejoso
0	1	2	31	Come ou bebe coisas que não são comestíveis (não incluir doces). Ex.: _____
0	1	2	32	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares (Ex.): _____
0	1	2	33	Fica melindrado com facilidade
0	1	2	34	Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
0	1	2	35	Mete-se em muitas brigas, lutas
0	1	2	36	Mete-se em tudo o que não lhe diz respeito
0	1	2	37	Fica muito perturbado quando se separa dos pais
0	1	2	38	Tem comportamento explosivo ou imprevisível
0	1	2	39	Dores de cabeça (sem causa médica)
0	1	2	40	Magoa os outros
0	1	2	41	Parece parar a respiração
0	1	2	42	Magoa pessoas ou animais, mas sem o querer
0	1	2	43	Parece triste ou infeliz, sem qualquer razão
0	1	2	44	Anda sempre irritado ou zangado
0	1	2	45	Náuseas, sente enjoos (sem causa médica)
0	1	2	46	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
0	1	2	47	É nervoso, muito excitado ou tenso
0	1	2	48	Não cumpre as tarefas prescritas
0	1	2	49	Medo ou ansiedade face à escola ou infantário
0	1	2	50	Cansa-se demasiado
0	1	2	51	Inquieto ou agitado
0	1	2	52	É gozado pelos outros
0	1	2	53	Agride os outros
0	1	2	54	Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____
0	1	2	55	Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
			56	É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação
0	1	2	57	Problemas com a vista, sem causa médica (descreva): _____
0	1	2	58	Mesmo castigado não muda o seu comportamento
0	1	2	59	Muda constantemente de uma actividade para outra
0	1	2	60	Borbulhas ou outros problemas de pele (sem causa médica)
0	1	2	61	Recusa comer
0	1	2	62	Recusa participar em jogos mais activos
0	1	2	63	Abana repetidamente a cabeça ou o corpo
0	1	2	64	Desatento ou facilmente distraído
0	1	2	65	Mente ou tenta enganar
0	1	2	66	Grita muito
0	1	2	67	Parece não reagir ao afecto ou manifestações de carinho
0	1	2	68	Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado
0	1	2	69	Egoísta, recusa partilhar

0	1	2	70	Mostra pouca afecto em relação às pessoas
0	1	2	71	Mostra pouco interesse pelas coisas à sua volta
0	1	2	72	Parece não ter medo de se magoar
0	1	2	73	É demasiado tímido ou envergonhado
0	1	2	74	As outras crianças não gostam dele
0	1	2	75	Muito activo
0	1	2	76	Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva): _____
0	1	2	77	Fica de olhar fixo ou parece preocupado
0	1	2	78	Dores de estômago ou vômitos (sem causa médica)
0	1	2	79	Cumpe excessivamente as regras
0	1	2	80	Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
0	1	2	81	É teimoso, mal humorado ou irritável
0	1	2	82	Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos
0	1	2	83	Amua facilmente
0	1	2	84	Arreliador
0	1	2	85	É birrento ou exaltado
0	1	2	86	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
0	1	2	87	Demasiado medroso ou preocupado
0	1	2	88	Não é colaborante
0	1	2	89	É pouco activo, move-se com lentidão, tem falta de energia
0	1	2	90	Infeliz, triste ou deprimido
0	1	2	91	É barulhento, fala invulgarmente alto
0	1	2	92	Fica perturbado com pessoas ou situações estranhas (descreva): _____
0	1	2	93	Tem vômitos (sem causa médica conhecida)
0	1	2	94	Aspecto pessoal sujo ou descuidado
0	1	2	95	Vagueia pela sala
0	1	2	96	Requer muita atenção
0	1	2	97	Choraminga
0	1	2	98	É introvertido, não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
0	1	2	99	É preocupado
			100	Por favor indique outros problemas do(a) aluno(a) que não tenham ainda sido referidos:
0	1	2		_____
0	1	2		_____
0	1	2		_____

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo IX
Graffar

Graffar

Código

Data ___/___/___

Avaliação

Nº

Entrevistador _____

Fazer um círculo à volta da categoria de cada cláusula que melhor se aplica. Anotar no quadrado no final de cada cláusula a nota parcelar (o número escolhido). Registrar, no fim, a nota global que resulta da soma das notas parcelares.

I. PROFISSÃO (considerar a da pessoa com nível profissional mais elevado)

1. Quadros superiores da administração pública ou privada, especialista das profissões científicas, técnicos, liberais e similares. Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais, e militares de altas patentes.

2. Empregados de escritório em posições de chefia, chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, sub-directores de bancos; comerciantes, operários altamente qualificados, peritos e técnicos ou trabalhadores especializados; oficiais.

3. Profissionais "artistas" - serralheiros, cozinheiros - trabalhando por conta própria em oficina de dimensões reduzidas; ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras.

4. Empregados de escritório, operários, funcionários subordinados em geral; motoristas, polícias, cozinheiros, etc.

5. Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, pessoal auxiliar, etc.

Nota parcelar

II. NÍVEL DE INSTRUÇÃO

1. Ensino universitário ou equivalente (licenciatura ou bacharelato de curso superior).

2. Curso técnico ou profissional; ensino médio ou técnico superior.

3. Terceiro ciclo, ensino secundário, complementar dos liceus, curso comercial ou industrial; ensino técnico inferior.

4. Ensino primário completo ou ciclo preparatório (ensino básico).

5. Ensino primário incompleto ou nulo.

Nota parcelar

III. FONTES DE RENDIMENTOS FAMILIARES (PRINCIPAIS)

1. Vive de rendimentos. Fortuna herdada ou adquirida.
2. Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc.
3. Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário.
4. Os rendimentos resultam de salários, ou seja, remuneração por semana, por hora, ou à tarefa.
5. A benficiência pública ou privada é que sustenta o indivíduo ou a família. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Nota parcelar

IV. CONFORTO DO ALOJAMENTO

1. Casas ou andares luxuosos e muito grandes oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
2. Categoria intermediária, casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis.
3. Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.
4. Categoria intermédia entre 3 e 5. Casa em bom estado de conservação mas sem quarto de banho dentro de casa ou de construção clandestina.
5. Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas, ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação, ou também aqueles em que moram demasiadas pessoas em promiscuidade (nomeadamente, qualquer habitação em que o quarto de banho não sirva só o agregado familiar).

Nota parcelar

V. ASPECTO DO BAIRRO ONDE HABITA

1. Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
2. Bairro residencial bom, ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
3. Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável, ou bairro de construção económica, com água, luz e saneamento.
4. Bairro operário populoso, mal arejado, ou bairro em que o valor do terreno está diminuído em consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. Construção razoável, mas sem água, ou luz e saneamento.

Nota parcelar

Nota geral

NORMAS PARA A CLASSIFICAÇÃO SOCIAL



Aplicando coeficientes de ponderação de 1 a 5 em cada um dos grupos encontrados, obtendo a seguinte classificação:

Classe I - Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II - Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III - Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV - Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V - Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Anexo X

SSNI

SSNI

Código

Data ___/___/___ Pai _____

Mãe _____

Avaliação N°

Entrevistador _____

Comece, por favor, por fazer, na primeira página deste questionário uma lista de todas as pessoas e grupos com quem tem frequentemente uma relação mais íntima e que lhe dão alguma forma de apoio.

Nessa lista, pode escrever as iniciais ou qualquer outro sinal que o (a) ajude a lembrar-se das pessoas que quer referir, ao longo deste questionário.

Essas pessoas podem ser familiares, vizinhos, colegas de trabalho, professores, médicos ou quaisquer outros com quem tenha uma relação de intimidade e que sejam importantes para si.

Comece por enumerar a pessoa mais íntima - ou seja, aquela com quem tem mais facilidade em conversar acerca dos aspectos da sua vida mais privados, quer sejam pensamentos, problemas, ou ambições.

A seguir, coloque, por ordem decrescente, na lista, as outras pessoas com quem tem mais intimidade.

Em relação a grupos, registe qualquer grupo de pessoas ou organização a que esteja ligado (a) e de quem receba algum tipo de apoio. Esta categoria pode incluir: familiares, vizinhos, colegas de trabalho, e lugares específicos ou organizações que frequenta, como uma clínica, uma igreja ou sinagoga, os A. A., etc.

Pode começar.

Faça a lista das pessoas e grupos que são mais importantes para si no presente, começando com a mais importante de todas.

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----
8. -----
9. -----
10. -----
11. -----
12. -----
13. -----
14. -----
15. -----
16. -----
17. -----
18. -----
19. -----
20. -----

Agora, deve considerar apenas as primeiras quatro pessoas da sua lista e o grupo mais importante e deve responder, nas páginas seguintes, às várias perguntas que lhe são feitas, com relação a eles. Se não tiver um grupo, utilize uma quinta pessoa.

Procure responder com cuidado, fazendo corresponder a cada uma dessas pessoas, o número apropriado.

Estamos conscientes de que algumas pessoas/ou grupos constituem apoios importantes, enquanto que outros não. Por isso, a exactidão da sua resposta será importante para que tenhamos um melhor conhecimento da sua situação em particular.

De A a D - Apenas para indivíduos

A. Qual é a sua relação com essa pessoa?

1. Cônjuge ou companheiro
2. Outro membro da família residente na mesma casa
3. Outro membro da família não residente na mesma casa
4. Colega de escola ou de trabalho
5. Vizinho
6. Outra

B. Qual é a idade aproximada dessa pessoa?

C. Há quantos anos conhece essa pessoa? (se for há menos de 6 meses, escreva 0)

D. De que sexo é essa pessoa?

1. Masculino
2. Feminino

De E a F - Apenas para grupos:

E. Há quantos anos mantém ligação com este grupo?

F. De que género é esse grupo?

1. Recreativo
2. Religioso
3. Organização de vizinhos ou organização política
4. Grupo terapêutico ou médico
5. Grupo profissional/ sindical/ relacionado com o trabalho
6. Outro

De G a Q - Para indivíduos e grupos:

G. Quantas vezes está em contacto com essa pessoa ou grupo (directo, por telefone ou por carta?)

1. Uma vez por ano ou menos
2. De duas a quatro vezes por ano
3. Cerca de uma vez por mês
4. Cerca de uma vez por semana
5. Habitualmente todos os dias

H. Se precisar de (ou desejar) entrar em contacto com essa pessoa ou grupo para ter ajuda, qual é a disponibilidade

dela/ dele?

1. Raramente disponível
2. Algumas vezes disponível
3. Muitas vezes disponível
4. Quase sempre disponível
5. Sempre disponível quando tem necessidade dela/dele?

I. Que género de coisas se sente *à vontade* para conversar com essa pessoa ou grupo?

1. Sinto-me pouco à vontade em qualquer conversa com essa pessoa ou grupo
2. Só me sinto à vontade para conversar sobre pessoas ou acontecimentos locais
3. Questões gerais da vida tais como empregos e saúde
4. A maior parte das coisas, mas não aquelas que considero muito pessoais
5. Todo o género de coisas, incluindo os meus pensamentos mais pessoais, os meus medos e ambições

J. Essa pessoa (ou grupo) dá-lhe ajuda prática (ou pensa que lhe daria em caso de necessidade), fazendo tarefas para si, como cuidar dos seus filhos, auxiliar nas tarefas domésticas, dar conselhos práticos, ajudar na procura de empregos, instruir, ou emprestar dinheiro ou equipamento?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

K. Até que ponto é que o (a) senhor(a) dá ajuda prática (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa ou grupo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

L. Essa pessoa/grupo dá-lhe apoio emocional (ou daria em caso de necessidade), ouvindo, falando, consolando ou simplesmente estando consigo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

M. Até que ponto é que o (a) senhor(a) dá apoio emocional (ou daria em caso de necessidade) a essa pessoa/grupo?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes

5. Muito frequentemente

N. Todas as pessoas têm, em algumas ocasiões, dúvidas acerca das suas verdades e perdem a fé em si próprias. Por favor, indique até que ponto cada pessoa/grupo o (a) ajudou a ter confiança no seu próprio valor pessoal quando sentiu que não valia nada ou que não tinha esperança, ou até que ponto eles ajudariam em caso de necessidade.

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

O. Às vezes, as pessoas também precisam de ajuda para a clarificação da direcção a tomar ou dos seus objectivos de vida. Por favor, indique até que ponto pensa que cada uma das pessoas/grupo ajudou quando precisou de orientação, ou até que ponto pensa que ajudaria em caso de necessidade?

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Bastantes vezes
5. Muito frequentemente

P. No espaço branco em baixo, descreva a mais importante perda pessoal, acontecimento da sua vida, ou dificuldade que sentiu o ano passado. (Exemplos: morte ou doença de amigo ou familiar, divórcio, mudança de terra, doença pessoal séria, problemas conjugais, problemas financeiros).

Como se sentiu depois de entrar em contacto com as pessoas da sua lista?

0. Não entrei em contacto com essa pessoal grupo na altura, por causa deste acontecimento.
1. Penso que o apoio que recebi não ajudou
2. Não me senti apoiado
3. Senti-me um pouco apoiado e mais capaz de lidar com a situação
4. Senti-me bastante apoiado e mais capaz de lidar com a situação
5. Senti-me muito apoiado e mais capaz de lidar com a situação

Q. Descreva agora o segundo acontecimento/dificuldade mais importante que ocorreu no ano passado.

Como se sentiu depois de ter falado (entrado em contacto) com as pessoas/grupo da sua lista?

0. Não entrei em contacto com essa pessoal grupo na altura, por causa deste acontecimento.
1. Penso que o apoio que recebi não ajudou
2. Não me senti apoiado
3. Senti-me um pouco apoiado e mais capaz de lidar com a situação
4. Senti-me bastante apoiado e mais capaz de lidar com a situação
5. Senti-me muito apoiado e mais capaz de lidar com a situação

De A a L - Apenas acerca de si:

A. Que idade completou no seu último aniversário?

B. Qual é o seu sexo?

1. Masculino
2. Feminino

C. Qual é a sua ocupação ou a da pessoa que é a principal fonte de recursos financeiros da família?

1. Executivo, médico, dentista, advogado, dono de uma grande empresa, gestor
2. Director/dono de uma empresa média, ou outras profissões liberais
3. Administrador, pequeno empresário
4. Administrativo, vendedor, técnico
5. Operário semi-especializado
6. Operário não especializado
7. Desempregado há um ano ou mais

D. Qual é o seu nível de habilitações ou o da pessoa que é a principal fonte de recursos financeiros da família?

1. Curso universitário
2. Grau universitário
3. Um ano ou mais de universidade sem completar qualquer grau
4. Curso liceal
5. Curso técnico
6. Menos do que o ensino obrigatório (ciclo preparatório)

E. A sua raça/grupo étnico é:

1. Branca
2. Negra
3. Asiática
4. Outra

F. Estatuto conjugal:

1. Nunca fui casado(a)
2. Actualmente casado(a)
3. Divorciado(a) ou separado(a)
4. Viúvo(a)

G. Quantos filhos tem neste momento?

H. Quantos filhos estão a viver no seu aglomerado familiar?

L. Quantas pessoas vivem no seu aglomerado familiar?

J. Quantos irmãos tem?

K. O seu pai e a sua mãe ainda são vivos?

1. Apenas a mãe é viva
2. Apenas o pai é vivo
3. A mãe e o pai estão ambos vivos
4. Ambos já morreram

L. Quantos dos seus filhos, irmãos e pais (na totalidade) vivem na sua área geográfica (ex: dentro de um raio de 100Km)

Anexo XI

EPI

EPI-Forma A

Código

Data ___/___/___

Pai _____

Mãe _____

Avaliação Nº

Entrevistador _____

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes vai encontrar algumas perguntas sobre a maneira como se comporta, sente e age. À frente de cada pergunta há um espaço para responder "SIM" ou "NÃO".

Procure qual das respostas "SIM" ou "NÃO" representa a sua maneira habitual de agir ou de sentir. Depois faça uma cruz **X** no círculo da coluna do "SIM" ou do "NÃO". Trabalhe rapidamente e não demore muito tempo com cada pergunta; queremos a sua primeira reacção e não uma resposta demasiado pensada. Deverá responder a todo o questionário em poucos minutos. Tenha cuidado para não esquecer nenhuma pergunta.

Agora vai voltar a página e começar. Trabalhe rapidamente e lembre-se de que deve responder a todas as perguntas. Não há respostas boas nem más, nem se trata de um teste de inteligência ou de aptidão, mas simplesmente de uma medição da maneira como se comporta.

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A **TODAS** AS PERGUNTAS

	SIM	NÃO
1. Sente frequentemente o desejo de experimentar emoções fortes?		
2. Tem muitas vezes necessidade de amigos compreensivos que o animem?		
3. É habitualmente uma pessoa despreocupada?		
4. Custa-lhe muito a aceitar uma resposta negativa?		
5. Procura reflectir antes de fazer qualquer coisa?		
6. Quando promete fazer uma coisa, cumpre sempre a sua promessa quaisquer que sejam os inconvenientes que daí possam resultar?		
7. O seu humor é muito variável?		
8. Costuma fazer e dizer coisas com rapidez sem parar para pensar?		
9. Sente-se infeliz sem haver razões para isso?		
10. Faria o que quer que fosse para provar que não tem medo?		
11. Sente-se repentinamente tímido ao pretender falar com uma pessoa desconhecida que o atrai?		
12. De vez em quando perde a calma e zanga-se?		
13. Faz muitas vezes coisas levado por impulsos de momento?		
14. Fica frequentemente preocupado com coisas que não devia ter dito ou feito?		
15. Em geral, prefere a leitura ao convívio com outras pessoas?		
16. Sente-se ferido nos seus sentimentos com muita facilidade?		
17. Gosta de sair com frequência?		
18. Acontece-lhe por vezes ter pensamentos e ideias que não gostaria que as outras pessoas conhecessem?		
19. Umas vezes está cheio de energia e outras muito fatigado?		
20. Prefere ter poucos amigos mas bons?		
21. Sonha acordado muitas vezes?		
22. Quando alguém grita consigo, responde gritando também?		
23. Tem muitas vezes sentimentos de culpa?		
24. <u>Todos</u> os seus hábitos são bons e desejáveis?		
25. Consegue geralmente descontrair-se e divertir-se a valer numa festa animada?		
26. Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?		
27. Os outros consideram-no uma pessoa "cheia de vida"?		
28. Depois de ter feito qualquer coisa importante, fica muitas vezes com a impressão de que poderia ter feito		

melhor?		
29.Fica a maior parte do tempo calado, quando está com outras pessoas?		
30.Às vezes diz mal dos outros?		
31.Passam-lhe tantas ideias pela cabeça que não consegue dormir?		
32.Quando quer saber alguma coisa, prefere procurar num livro em vez de perguntar a alguém?		
33.Tem palpitações ou sente bater o coração com força?		
34.Gosta do género de trabalho que exige muita atenção?		
35.Tem acessos de agitação ou de tremuras?		
36.Declararia sempre <u>tudo</u> na alfândega, mesmo sabendo que a sua bagagem não seria vista?		
37.Detesta estar na companhia de pessoas que dizem piadas umas às outras?		
38.É uma pessoa irritável?		
39.Gosta de fazer coisas em que tenha de agir rapidamente?		
40.Preocupa-se com desgraças que possam vir a acontecer?		
41.É lento e calmo nos seus movimentos?		
42.Já alguma vez chegou tarde a um encontro ou ao trabalho?		
43.Tem muitos pesadelos?		
44.Gosta tanto de falar com as pessoas que nunca perde a oportunidade de conversar com um desconhecido?		
45.Costuma ter indisposições e dores?		
46.Sentir-se-ia muito infeliz se não pudesse ver muita gente durante a maior parte do tempo?		
47.Considera-se uma pessoa nervosa?		
48.De todas as pessoas que conhece, há algumas de quem francamente não gosta?		
49.Diria que tem uma razoável confiança em si mesmo?		
50.Fica facilmente magoado quando alguém lhe aponta defeitos a si ou ao seu trabalho?		
51.Acha difícil divertir-se realmente numa festa animada?		
52.Tem sentimentos de inferioridade?		
53.Consegue animar com facilidade uma festa aborrecida?		
54.Por vezes fala de coisas de que não sabe nada?		
55.Preocupa-se com a sua saúde?		
56.Gosta de fazer partidas às outras pessoas?		
57.Sofre de insónias?		

Anexo XII

LOT-R

ORIENTAÇÃO PARA A VIDA

Código

Data ___/___/___ Pai _____

Mãe _____

Avaliação N°

Entrevistador _____

Por favor indique o grau em que concorda ou discorda que cada uma das seguintes frases representa a sua maneira de pensar

	Concordo totalmente	concordo	neutro	discordo	Discordo totalmente
Em momentos difíceis espero sempre o melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é fácil relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou sempre otimista acerca do meu futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto muito de estar com os meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para mim é importante estar ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não me chateio facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raramente espero que me aconteçam coisas boas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em geral, espero sempre que me aconteçam mais coisas boas do que más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo XIII

Paykel

Entrevista sobre Acontecimientos de Vida Recientes

(Paykel & Mangen,1980)

Código

Data ___/___/___

Pai _____

Mãe _____

Avaliação

Nº

Entrevistador _____

TRABALHO

01. Mudança para uma linha de trabalho diferente, como, por exemplo, iniciar trabalho pela primeira vez a seguir a um período de tempo substancial, ou mudar para uma linha de trabalho diferente com um novo patrão.

“ Período de tempo substancial” é uma função do estatuto ocupacional anterior; para homens economicamente activos e mulheres solteiras, 6 meses; para outras pessoas (incluindo as donas de casa que regressam ao trabalho), 3 anos.

02. Mudança substancial nas condições de trabalho, como, por exemplo, a mudança para um trabalho similar numa firma ou departamento novos, novos colegas de trabalho, grande reorganização ou mudança substancial de tarefas e responsabilidades.

Inclui mulheres que cessam um emprego permanente e regressam às tarefas de dona de casa, assim como mulheres casadas e estudantes que iniciam um emprego temporário.

03. Mudança substancial no horário de trabalho.

Inclui o iniciar de um segundo emprego.

04. Início de problemas ou desentendimentos com o patrão, com o supervisor, ou com os colegas de trabalho, de que resultou algum tipo de sanções ou que

determinou a ocorrência de discussões que trouxeram alguma ameaça ao indivíduo.

05. Promoção – uma mudança específica em grau com concomitante de salário ou reescalonamento salarial.

Não se refere apenas a aumento de responsabilidade porque, nesse caso seria cotada como 02.

07. Despedimento ou desemprego por diminuição do número de empregados.

08. Reforma. Deve ser cotado mesmo que a pessoa inicie um trabalho em tempo parcial, logo a seguir à reforma formal.

09. Desemprego por um mês ou mais.

Inclui desemprego por encerramento da instituição empregadora, por despedimento ou por desistência de um emprego e impossibilidade de encontrar outro alternativo.

10. Falência no negócio.

Cotar apenas para proprietários e gestores. Para o cônjuge ou companheiro(a), cotar como 17, se daí advierem dificuldades financeiras.

ESTUDOS

11. Início de estudos em tempo completo ou parcial.

Incluir programas de treino. Não incluir cursos por correspondência, se não conduzirem a uma qualificação formal, nem cursos nocturnos ligeiros.

12. Mudança de escola.

13. Cessação dos estudos a tempo completo, como por exemplo, por graduação ou desistência.

14. Insucesso académico importante.

15. Preparação para/ou realização de exame importante.

Também incluir tese importante. Incluir um aumento da quantidade de trabalho, tal como o resultante de coligir dados ou escrever uma tese que envolve quase na totalidade os tempos livres da pessoa ou que obriga a deixar o trabalho por algum tempo para se ocupar com os estudos. Não incluir exames de rotina ou finais, a não ser que: - seja o primeiro grupo de exames da universidade. - a reprovação ponha em risco a continuidade dos estudos.

FINANÇAS

16. Dificuldades financeiras moderadas

Incluir novas dificuldades relevantes mas não o suficiente para serem cotadas como graves, e dificuldades crónicas que pioraram um pouco, por exemplo, por aumento de despesas. Sinais disso podem ser: problemas comos cobradores de contas, atraso no pagamento das obrigações não representando mais do que o correspondente a um mês de salário, ou necessidade de iniciar um segundo emprego.

17. Dificuldades financeiras graves.

Muito pior do que o habitual, como, por exemplo, bancarrota, dívidas ou despesas muito avultadas, atraso no pagamento de uma hipoteca ou obrigações pesadas (maiores do que na alínea 16).

18. Melhoria substancial nas finanças

Quando usufrui benefícios da segurança social, quando o cônjuge ou o próprio iniciam emprego adicional, ou em caso de herança. Esta alínea refere-se a melhorias incondicionais e não a um aumento do dinheiro disponível resultante da utilização de um empréstimo. Melhoria substancial nas finanças, quando ocorre pelo recebimento de uma quantia regular (como, por exemplo, por emprego adicional do cônjuge ou por benefício da segurança social) deve representar no mínimo 30% do salário bruto semanal (ou seja, 105 acima da taxa de inflação corrente – ajustável segundo as circunstâncias.

SAÚDE

19. Doença física grave, ferimentos ou acidente do próprio.

Doença, hospitalização ou cirurgia exigindo um mês de ausência do trabalho.

20. Doença física ou emocional grave de familiar próximo (pai ou mãe, cônjuge, tia preferida, irmãos) não conducente a morte.

Doença definida pelos mesmos critérios da alínea 19.

21. Gravidez desejada.

Cotar a descoberta da gravidez. Cotar também para o pai.

22. Gravidez não desejada.

Cotar a descoberta da gravidez. Cotar também para o pai.

23. Aborto espontâneo, nascimento de uma criança nado-morta, ou aborto provocado.

24. Nascimento de uma criança viva.

Cotar só para a mãe.

25. Menopausa.

Cotar apenas o período de aparecimento das modificações menstruais mais acentuadas – irregularidade, menstruação infrequente, etc

PERDA RELEVANTE

26. Perda de um amigo íntimo ou de uma pessoa de família importante (por exemplo, a tia preferida, a noiva

Intimidade é definida em função da frequência de contacto (físico, por carta ou telefónico) – para ser considerado íntimo, o contacto deve ser, pelo menos, de duas em duas semanas.

27. Morte de um familiar próximo (pais, irmãos, cônjuge ou companheiro).

28. Morte de um filho natural ou adoptado.

29. Morte do cônjuge.

30. Perda ou roubo de objectos de valor estimativo ou real.

Exemplo: aliança de casamento, jóia objecto de valor sentimental, animal de estimação da família, ou dinheiro que representa, pelo menos, o equivalente ao salário bruto de 1 semana

MIGRAÇÃO

31. Mudança de residência dentro da mesma cidade.

32. Mudança para outra cidade.

33. Mudança para outro país.

NAMORO

34. Ficar noivo.

35. Romper o noivado.

36. Terminar um namoro estável que durou 3 meses ou mais.

Incluir o terminar de uma relação
homossexual estável.

37. Discussão séria das dificuldade, com o noivo(a) ou com o companheiro(a) numa relação hetero ou homossexual estável.

Incluir conflitos sexuais graves. Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta o comportamento de um ou de ambos os elementos, de uma forma adversa, por um mínimo de 5 dias.

PROBLEMAS LEGAIS

38. Violação menor não conducente a julgamento no tribunal (como, por exemplo, multa de estacionamento, excesso de velocidade).

Incluir circunstâncias de estudantes

que tiveram problemas disciplinares com as hierarquias da faculdade.

39. Violação de maior significado que conduz a julgamento em tribunal.

Incluir confiscação da carta de condução.

Incluir pena suspensa ou decorrência de inquérito.

40. Sentença de prisão

41. Processo legal com acção legal.

Incluir Não se refere aos processos de transmissão normais a não ser se excepcionalmente pouco usuais, complicados ou prolongados.

42. Problemas legais de um membro de família próxima.

Violação importante que conduz a Julgamento em tribunal. Também incluir o confiscar da carta de condução.

RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

43. Nascimento de uma criança.

Cotar apenas para o pai.

44. Adopção de uma criança ou aceitação de uma criança adoptiva numa modalidade a longo prazo.

Cotar tanto para a mãe como para o pai adoptivo.

45. Vinda de uma pessoa desconhecida, para além das referidas nas alíneas 43 e 44, para viver na mesma casa.

Exemplo: pensionista, familiar, hóspede que partilha a sala de estar e toma as refeições com a família. Incluir crianças que regressam da casa dos pais adoptivos ou crianças adoptadas por períodos curtos que chegam para habitar a casa. Para contar na cláusula pessoa que vem viver na mesma casa, uma pessoa deve residir por três meses ou mais, se forem duas pessoas, por dois meses ou mais.

46. Noivado de filho(a).

47. Casamento de filho(a), com aprovação.

48. Casamento de filho(a), sem aprovação.

49. Filho(a) deixa a casa por outras razões (Exemplo: ida para a universidade, institucionalização, ida para o serviço militar).

50. Discussões sérias com familiares residentes na mesma casa.

Incluir problemas de comportamento dos filhos, quando conduzem a institucionalização ou quando é manifesto comportamento delinquente que, se descoberto, pode resultar em sanções legais. Não devem ser cotadas dificuldades típicas dos conflitos entre pais e filhos, como, por exemplo, no caso de um adolescente moderadamente rebelde. Cortar na alínea “doença emocional” se envolver hospitalização ou institucionalização.*** Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta negativamente o comportamento de uma ou de ambas (ou de todas) as partes, por um mínimo de 5 dias para um familiar residente.

51. Discussão séria com um familiar próximo não residente na mesma casa (pais, irmãos), familiar por casamento, vizinho, ou amigo íntimo.

Discussão séria – comportamento afectado por duas semanas ou mais.

52. Melhoria acentuada no relacionamento com familiares residentes ou não residentes na mesma casa, ou com amigo íntimo.

Aplica-se a: (i) Uma relação anteriormente fria que volta ao normal, como, por exemplo, a retoma de um contacto regular com uma pessoa em relação à qual se evitava ou diminuía ao mínimo contacto. (ii) Uma relação casual/ não íntima que, no período em estudo, evolui para uma relação de confiança (em que tudo pode ser debatido, ou apenas uma ou duas coisas evitadas) ou o restabelecimento de uma relação íntima, de confiança, anterior, por outras razões que não as expostas em (i).

RELAÇÕES CONJUGAIS

55. Casamento.

56. Discussões sérias com o cônjuge.

Discussão séria é definida como uma alteração unilateral ou interactiva que afecta negativamente o comportamento de uma ou de ambas as partes, por um mínimo de 5 dias

57. Separação conjugal de 1 mês, não resultante de discussão.

Não cotar quando é mantido algum contacto regular, ou quando um dos cônjuges está fora em trabalho mas vem a casa aos fins-de-semana, ou ainda quando o cônjuge ou o entrevistado está no hospital mas é visitado regularmente.

58. Separação conjugal resultante de discussão.

Não cotar também “aumento nas discussões”.

59. Relação extra-conjugal do companheiro(a), que envolve também infidelidade esporádica.

60. Início de relação extra-conjugal ou envolvimento em infidelidade esporádica.

61. Melhoria acentuada no relacionamento com o cônjuge.

62. Reconciliação conjugal.

Aplica-se a casais que estiveram a viver separados por sua própria iniciativa, por, pelo menos, um mês

63. Divórcio (formulação condicional ou absoluta).

64. Outros.

Incluir qualquer acontecimento (exemplo: assaltos ou actos de violência) que não pode ser classificado em nenhuma das outras categorias, mas pode ser considerado um acontecimento de vida porque: (1) É claramente um acontecimento de importância fundamental para o doente.

(2) Originou modificações importantes no contexto profissional, no círculo familiar e social, ou nas condições de vida, de saúde, ou de estatuto.

APÊNDICE

Apêndice 1

Resumo enviado para 166th APA Annual Meeting

Long term effects of Postnatal Depression in Families: Psychiatric Morbidity in Couple, Psychosocial Adjustment and Cognitive Development in Children

Abstract No:

4012

Abstract Type:

New Research Poster

Lead Author:

[Professor Maria Emilia Areias, PhD](#) - [View Additional Info](#)
ISCS-N (CESPU)

Co-Authors:

Juliana Rocha, Graduate in Psychology (1), (2)
Filipa Pires, Master in Clinical Neuropsychology (1), (2)
Sara Moreira, Master in Clinical Neuropsychology (1), (2)
Maria dos Prazeres Gonçalves, PhD in Psychology (1), (2)
Florabela Teixeira, PhD in Psychology (1), (2)
Anabela Monteiro, Master in Criminal Psychology (1), (2)
Jorge Quintas, PhD in Criminal Psychology (2), (3)
Maria Emília Guimarães Areias, PhD in Medical Psychology (1), (4)
(1) Department of Psychology of ISCS-N (CESPU)
(2) UNIPSA/ CICS (CESPU)
(3) Faculty of Law, University of Porto
(4) CINEICC, Faculty of Psychology, University of Coimbra

Abstract:

Introduction/ Hypotheses: Postnatal Depression (PND) has been studied on the standpoint of its causes, nature and consequences. However, its long term effects over the mental health of families are yet to unravel and emerge as an interesting issue to analyze. The main hypotheses of this study are: families where PND occurred are more likely to have psychopathological disorders, whereas children are more prone to a worse psychosocial adjustment (PSA) and a poorer cognitive development (CD). **Objetives:** to study the long-term effects of PND on the PSA and psychiatric morbidity (PM) of families and on the CD of children.

Methods: **Participants:** The study enrolled 97 women (mean age 37.0 years old + 4.32), 60 of their partners (mean age 38.0 years old + 4.64), and 99 children (48 girls, ranging in age between 5 and 6 years old) recruited from a pool of 200 women (75 with a previous history of depression and 125 without prior psychopathology), 155 of their partners and 202 of their babies, whom we followed prospectively from pregnancy to 12 months postnatally, in a previous investigation. The present study takes place six years later. The participants were examined on their mental health status and on their PSA. Children were also

assessed on CD. Assessment Instruments: The participants responded to questions in a standardized psychiatric interview SADS-L, completed the self-report questionnaires HADS and EPDS and were interviewed regarding topics of social support, stressful life events and other information about the family. Demographic, clinical and psychosocial information about parents and information about babies' physical health and parameters along the first year, psychomotor and cognitive development, was obtained from previous survey. One of the parents completed the observational version of ASEBA questionnaire (CBCL) about PSA of the child, and the teacher at school answered to the TRF (version for school). Children were assessed on their CD with the Griffiths Scale. Results: Six years after childbirth, 34.7% of the women had major and 7.1% minor depression, 9.5% of the men had major and 4.8% minor depression. Women that were depressed postnatally versus those that were not depressed were more likely to have depression 6 years later, to have children emotionally reactive, with sleeping and attention problems, aggressive behaviors, high scores in internalization and externalization, low scores in locomotor, performance scales and overall CD, whereas men with DPN compared with those without depression are more likely to have children with withdrawal problems. Women with PND were also less likely to have other children, after this childbirth six years ago. Conclusions/ Discussion: PND in parents is very often severe and long lasting; furthermore, our findings suggest that PND has a longstanding effect on mental health in the couple and on PSA and CD of children.

Track:

Child and Adolescent Psychiatry
Psychosomatic Medicine

Primary Topic:

Depressive Disorders

Secondary Topic:

Anxiety Disorders
Women's Health

Apêndice 2
Aprovação da submissão para poster

----- Mensagem Original -----

Assunto:Poster submission for the 166th APA Annual Meeting has been accepted

Data:Thu, 7 Feb 2013 07:46:33 -0500 (EST)

De:lcorchado@psych.org

Para:metega@sapo.pt

The following abstract submission(s) has been accepted.

Abstract Title: Long-Term Effects of Postnatal Depression in Families: Psychiatric Morbidity in Couple, Psychosocial Adjustment, and Cognitive Development in Children
Abstract Number: 4012

Congratulations, your poster has been approved for the 2013 APA Annual Meeting to be held in San Francisco, CA, May 18-22, 2013. In late February 2013, a notification will be sent giving you the day, time and location of the poster session in which you have been scheduled. Please plan to be available each day of the meeting to facilitate the scheduling process.

Special attention is given each year to arrange the poster sessions by type and topic and liberally space sessions across the Annual Meeting program. The APA and SPC planning committee respectfully request your assistance in their efforts to preserve the integrity of the meeting content. To this end, they respectfully ask that presenters adhere to the assigned day and time provided in their scheduling notification.

International Submitters: If you have not already done so, please begin the visa-application process immediately. The visa process takes longer than you may anticipate. For further information, please visit <http://travel.state.gov/>.

