



Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia Clínica

Linha de Pesquisa: Processos saúde-doença em contextos institucionais

Patrícia Wolff Müller

A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares

Orientadora:

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

São Leopoldo, Julho de 2014.

PATRÍCIA WOLFF MÜLLER

A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares

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

Orientadora:

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

São Leopoldo

2014

PATRÍCIA WOLFF MÜLLER

A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares

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

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Tagma Schneider Donelli– Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Orientadora)

Profª Drª Gimol Benzaquen Perosa– Universidade Estadual Paulista

(Membro)

Profª Drª Aline Groff Vivian– Universidade Luterana do Brasil

(Membro)

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

(Membro)

Dedico este estudo aos meus sobrinhos

Sofia e Vicente por me mostrarem o lado bom e inocente da vida.

Ao meu esposo Jean por acolher a minha alma,

O meu amor e as minhas angústias

Ao nosso filho Lorenzo, tão esperado e que partiu de forma inesperada,

Mas que estará para sempre no meu coração.

Agradecimentos

A Deus, por me dar forças para seguir adiante e poder concluir esta etapa, independentemente dos obstáculos.

Aos meus pais, Evani e João, aos quais palavras me faltam para agradecer, pois me deram a vida, me incentivaram a estudar e ir em busca dos meus objetivos e, principalmente, por compreenderem e respeitarem o meu jeito “espícula” que tanto incomodou, mas que hoje se transforma em conhecimento e nesta dissertação de mestrado.

Ao meu marido Jean, a quem eu não tenho palavras suficientes para expressar toda a gratidão por estar sempre ao meu lado, por me deixar amá-lo e me amar e pelo *holding* em todos os momentos.

À minha irmã Daiene por ter me mostrado o mundo dos livros, por sempre estar de prontidão a me ajudar e me apoiar.

Ao meu irmão Felipe e à minha cunhada Lúcia por me darem sobrinhos tão maravilhosos que me ensinam sobre a arte de ser criança e por me darem apoio nos momentos necessários.

À minha orientadora Tagma, uma pessoa admirável, pelo constante incentivo e apoio durante esta trajetória, por ter me dado a oportunidade de ser sua orientanda, por ter acolhido minhas angústias, por ter compartilhado o amor pelos bebês e que sempre me incentivou a seguir adiante, independente dos percalços da vida.

Às bolsistas do grupo de pesquisa SINBEBÊ e aos meus colegas da turma de 2012 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNISINOS pela parceria.

À Helô, pela parceria, amizade, por compartilhar a paixão pelos bebês e por me ajudar a concluir este trabalho.

À Béia, pela amizade desde a faculdade e por me ajudar a concluir este trabalho.

À Vivi, bolsista muito especial do SINBEBÊ, que me ajudou na conclusão do trabalho, pela perceria no final do mestrado e pelos deliciosos cupcakes.

A todos que de uma forma ou de outra incentivaram e ajudaram neste momento.

Às duplas mãe-bebê que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade em abrir as portas de suas casas e de suas histórias e de seus bebês, possibilitando este estudo.

*“Eu não acho que haja qualquer outra qualidade tão
essencial para o sucesso como a qualidade da perseverança.*

ela supera quase tudo, até mesmo a natureza”.

John Davison Rockefeller

Sumário

A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares.....	13
Resumo	13
The mother and baby relationship in the context of feeding difficulties.....	13
Summary	13
Apresentação da Dissertação.....	13
Seção I – Artigo Teórico	14
Dificuldades alimentares na primeira infância: uma revisão sistemática.....	14
Resumo	14
Introdução	16
Método	23
Resultados e Discussão	26
Considerações Finais	31
Referências Bibliográficas	33
Seção 2 – Artigo Empírico	40
Olha o aviãozinho! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares.....	40
Resumo	40
Abstract	41
Introdução	41
Alimentação e Relação mãe-bebê.....	44
Sintomas psicofuncionais e dificuldades alimentares.....	51
Justificativa e objetivos do estudo.....	54
Método	55
Delineamento.....	55
Participantes	56

Procedimentos e Instrumentos	57
Apresentação e Discussão dos Resultados.....	64
Caso 1: Larissa e Carolina.....	65
Experiência de ser mãe	67
As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos	69
As dificuldades alimentares do bebê.....	71
Relação mãe e bebê.....	73
Experiência de ser mãe	78
As dificuldades alimentares do bebê.....	82
Relação mãe e bebê.....	83
Caso 3: Heloísa e Clarissa.....	86
Experiência de ser mãe	89
As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos	93
As dificuldades alimentares do bebê.....	94
Relação mãe e bebê.....	95
Síntese dos casos cruzados	97
Considerações Finais	108
Referências	109
Considerações Finais da Dissertação.....	119
Apêndices	121
Apêndice A - Características dos Estudos Empíricos Rrevisados	122
Apêndice B – Parecer do Comitê de Ética	139
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Estudo 1	141
Apêndice D – Questionário de Dados Sociodemográficos	142
Apêndice E – Ficha de Dados Clínicos	145
Apêndice F - Questionário Symptom Check-List.....	147

Apêndice G - Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS).....	158
Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Estudo 2	191
Apêndice I - <i>Interaction Assessment Procedure</i> (IAP)	192
Apêndice J - Entrevista Sobre a Gestação e o Parto, a Experiência da Maternidade ...	193

Lista de Tabelas e Figuras

Figura 1: Fluxograma da Revisão Sistemática	24
Figura 2: Relação entre os artigos encontrados e a metodologia empregada.....	27
Tabela 2	57

A relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares

Resumo

Esta Dissertação de Mestrado aborda a maternidade e a relação mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares da criança. Compõe-se de dois artigos, um teórico e um empírico. O artigo teórico é uma revisão sistemática da literatura sobre as dificuldades alimentares na infância. Para isso, foi efetuada uma busca nas bases de dados internacionais *BVS*, *Ebsco Host* (*Academic Search e Medline*), *Psychinfo*, *Pubmed*, *Scielo*, *Science Direct*, e *Scopus* com as palavras-chave *feeding difficulties*, *feeding disorder* e *feeding problems*, juntamente com as palavras *child* e *infancy* e seus equivalentes em inglês nos últimos cinco anos. Do total de 3.077 itens encontrados, apenas 24 preencheram os critérios de inclusão. Os resultados indicam que o comportamento materno possui influência nas dificuldades alimentares da criança, assim como o alimento pode ser usado como uma forma de controle e também de conforto. O estudo empírico trata de um estudo qualitativo, com delineamento de estudo de casos múltiplos, cujo objetivo foi investigar de que forma se dá a relação entre mãe e bebê com dificuldades alimentares, e compreender como a interação entre a dupla interfere nesse âmbito. Os participantes foram três duplas mãe e bebê com idade entre sete e oito meses de idade com dificuldades na área da alimentação. Cada caso foi analisado a partir da experiência de ser mãe, primeiras experiências com a alimentação, transição dos alimentos e as dificuldades alimentares do bebê e a relação entre mãe e bebê. Os resultados apontam que a introdução da alimentação complementar pode ser vista como uma interferência na interação entre mãe e bebê, por ter que abrir mão do aleitamento materno exclusivo e dar lugar a um terceiro, representado pela colher e pelo alimento sólido.

Palavras-chave: dificuldades alimentares, relação mãe-bebê, maternidade, sintomas psicofuncionais.

The mother and baby relationship in the context of feeding difficulties

Summary

This Master's entitled Dissertation discusses motherhood and the mother and baby food in the context of the child's difficulties. It consists of two papers, one theoretical and one empirical. The theoretical paper is a systematic review of the literature on feeding difficulties in infancy. For this, we performed the search in the international databases Ebsco Host (Academic Search and Medline), PsychInfo, PubMed, Science Direct and Scopus with keywords Difficulties feeding, and feeding disorder feeding problems, along with the words child and infancy, the period from January 2009 to September 2014 the total of 3.077 items found, only 24 met the inclusion criteria. The empirical study is a qualitative study, with delineation of multiple case studies, whose goal was to investigate how the relationship between mother and baby with feeding difficulties, and understand how the interaction between the duo interferes in this context. Participants were three doubles mother and baby aged between seven and eight months of age with difficulties in the area of food. Each case was examined from the experience of being a mother, first experiences with feeding, transition of food and baby food difficulties and the relationship between mother and baby. The results show that the introduction of complementary feeding can be seen as an interference in the interaction between mother and baby, for having to give up exclusive breastfeeding and give rise to a third party, represented by the spoon and the solid food.

Keywords: feeding difficulties, mother-infant relationship, motherhood, psychofunctionais symptoms.

Apresentação da Dissertação

O interesse pelo tema do estudo surgiu através da prática profissional na maternidade de um hospital privado da região do Vale do Sinos. Neste setor eram realizadas intervenções psicológicas com mães e bebês, quando eram observados, entre outras coisas, o aleitamento materno. Muitas vezes percebiam-se dificuldades da mãe em traduzir o que o bebê estava tentando comunicar, além de outros problemas para amamentar. Com isso, percebeu-se que o aleitamento materno é um momento exclusivo de trocas entre mãe e filho, e que dificuldades nesse âmbito podem ter repercussões na interação da dupla e no desenvolvimento da criança. A partir dessa premissa, surgiu o interesse de investigar como se dá a relação entre mãe e filho com dificuldades alimentares no primeiro ano de vida, pois a criança passa a receber alimentação que complementa o leite materno ou a fórmula infantil, sendo que a introdução dos novos alimentos configura uma etapa importante no desenvolvimento infantil e também na relação entre mãe e bebê.

Sendo assim, esta dissertação discursa sobre relação entre mãe e bebê no contexto das dificuldades alimentares. Ela está organizada em duas seções: a primeira é um artigo teórico, de revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi realizar uma busca em bases de dados internacionais, no período de 2009 a 2014, sobre o tema dificuldades alimentares na primeira infância, e o que estes estudos referem sobre essa questão. A segunda seção contém um artigo empírico, o qual pretendeu investigar de que forma se dá a relação entre a mãe e o bebê com dificuldades alimentares e compreender como esta influencia nas questões da alimentação.

Seção I – Artigo Teórico

Dificuldades alimentares na primeira infância: uma revisão sistemática

Resumo

A alimentação da criança é considerada um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde. O ato de nutrir e de comer ultrapassa o âmbito biológico e inclui também uma dimensão psicológica que perpassa as primeiras relações entre a mãe e a criança, sendo estas entendidas como relações fundamentais que influenciam toda a constituição subjetiva do bebê. Dificuldades no âmbito da alimentação podem incluir alterações na qualidade ou na quantidade da alimentação, bem como dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida da criança. A partir da constatação da carência de estudos nacionais sobre essa temática, este artigo tem por objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura internacional especializada sobre as dificuldades alimentares em crianças, de itens publicados entre janeiro de 2009 e Setembro de 2014, nas bases de dados internacionais *Ebsco Host (Academic Search e Medline)*, *Psychinfo*, *Pubmed*, *Science Direct*, e *Scopus* e nas bases nacionais *BVS-PSI* e *Scielo*. Foram selecionados 24 artigos da área da Psicologia. Identificou-se que o método quantitativo com características prospectivas e longitudinais foi o mais utilizado entre os estudos. Além disso, a Inglaterra e demais países do continente europeu são responsáveis pela maioria das publicações. Percebeu-se um crescimento de estudos sobre a questão alimentar na infância a partir do ano de 2010 e os participantes foram, em sua maior parte, mães e duplas mães e bebês. Dentre os objetivos encontrados, destacou-se o propósito de pesquisar a relação entre os problemas de alimentação e as práticas e estilos parentais, enquanto que os resultados mostraram que o

comportamento materno possui influência no transtorno alimentar, assim como o alimento pode ser usado como uma forma de controle e também de conforto.

Palavras-chave: dificuldades alimentares, alimentação, infância, relação mãe-bebê, revisão da literatura

Feeding difficulties in infancy: a systematic review

Summary

The feeding of the child is considered a key element for the promotion of his health. The Act of nourishing and eating goes beyond the biological realm and also includes a psychological dimension that pervades the first relationships between mother and child, these being understood as fundamental relationships that influence all the subjective Constitution of the baby. Difficulties in the context of food may include changes in the quality or quantity of food as well as difficulties with specific types of foods that should be introduced throughout the first year of the child's life. From the finding of lack of national studies on this subject, this article aims to conduct a systematic review of the international literature on specialized feeding difficulties in children, of items published between January 2009 and September 2014, the international databases Ebsco Host (Academic Search and Medline), Psychinfo, Pubmed, Science Direct, and Scopus and national bases BVS-PSI and Scielo. 24 articles were selected from the field of Psychology. It was identified that the quantitative method with prospective and longitudinal features was the most used among the studies. In addition, England and other countries of the European continent are responsible for the majority of the publications. It was realized a growth of studies on the food issue in childhood from the year 2010 and the participants were, for the most part, mothers and pairs mothers and babies.

Among the goals found, stood out for the purpose of researching the relationship between the problems of feeding and the parenting styles and practices, while the results showed that maternal behavior has an influence on the eating disorder, as well as the food can be used as a form of control and comfort, too

Keywords: feeding difficulties, feeding, childhood, mother-child relationship, the literature review

Introdução

Ao nascer e ao longo do seu desenvolvimento, o bebê é extremamente dependente do ambiente e das pessoas que o cercam. Ele não possui capacidade de sobreviver sozinho e de comunicar as suas necessidades por meio da linguagem verbal (Sei, Souza, & Arruda, 2008). Nesse sentido, o vínculo do bebê com sua mãe nos primeiros anos de vida é considerado como sendo a relação fundamental para o desenvolvimento e construção de suas estruturas afetivas (Gusmão, 2002; Neme, Dameto, Azevedo, & Fonseca, 2008). No entanto, se estas relações primitivas forem escassas ou não corresponderem às necessidades do bebê, poderão acarretar sérios prejuízos à saúde (Zavaschi, Costa, & Brunstein, 2001).

Nos três ensaios da teoria sexual, Freud (1905/1998) discorre sobre as fases de desenvolvimento da organização sexual do indivíduo. Segundo ele, a primeira delas é a fase oral, onde a atividade sexual e nutrição ocorrem de forma conjunta. A satisfação nessa fase é autoerótica e, por isso, a amamentação é vista como a primeira e mais importante atividade neste momento, por ser uma fonte de prazer e por estar associada com a necessidade de se alimentar e de conservação da vida. Sendo assim, a boca é a primeira zona erógena e com isso, torna-se a via de contato primordial entre o bebê e a mãe.

A oralidade surge como uma exigência ligada, inicialmente, à satisfação da necessidade de nutrição. Em torno da alimentação se fixa a mais precoce via de interação entre mãe e filho, e essa via inicial irá construir o núcleo de referência das diversas fases posteriores do desenvolvimento. Existe uma importância significativa da alimentação na relação mãe-filho desde o início da vida do sujeito, pois é em torno do alimento que se instalam simbolizações que permeiam todas as demais relações afetivas dos seres humanos (Kieslich, 2012). Para o bebê, o momento da alimentação está envolto de contato afetivo e vincular com sua mãe e servirá de modelo para as relações que irá estabelecer ao longo da vida, servindo também de fonte de experiências psíquicas e condicionamentos socioculturais (Madeira & Aquino, 2003).

Quando existem dificuldades na relação pais-bebê, o bebê pode vir a apresentar manifestações somáticas, sem causa orgânica, mas que estão associadas ao determinismo psicológico e sinalizam ainda, de forma geral, problemas na interação mãe/bebê ou pais/bebê. Essas manifestações são chamadas de sintomas psicofuncionais (Pinto, 2004). De acordo como Jerusalinski e Berlink (2008), quando um bebê apresenta um sofrimento que coloca em risco a sua constituição psíquica, o sintoma surge no corpo e na realização de suas produções. É um sintoma que é dado a ver, no sentido de que ele se manifesta e comparece na organização das funções corporais além de suas intenções. Os sintomas somáticos mais frequentes da criança, também conhecidos como sintomas psicofuncionais, são os distúrbios do sono, alimentares, digestivos e gástricos, respiratórios, de pele e de comportamento (Pinto, 2004; Mazet & Stoleru, 1990; Robert-Tissot et al., 1989). Os distúrbios alimentares tiveram prevalência de 12% em estudo realizado por Robert-Tissot et al. (1996) sobre psicoterapia para distúrbios psicofuncionais de 75 duplas mãe-bebê, em que a idade média das crianças foi de 15 meses. Além disso, os autores apontaram que 15% dos problemas eram derivados da interação pais-criança, envolvendo problemas de apego e ansiedade de separação. No estudo

de Nicholls e Bryant-Waugh (2009) referem que mais de 50% dos pais relatam um problema alimentar e mais de 20% reportam múltiplos problemas em crianças com idade entre nove meses e sete anos. Pinto (2004) refere que podem ser considerados sintomas alimentares os distúrbios na quantidade e qualidade da alimentação, e dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida.

De acordo com Schneider e Ramires (2007), a primeira infância é o período compreendido desde a concepção até o sexto ano de vida e é nesta etapa que as perturbações alimentares da primeira infância se mostram como situações clínicas muito frequentes que, em geral, provocam nos pais grande preocupação que se repercute quase sempre na relação com a criança. Vão desde flutuações do apetite, transitórias e relacionadas a acontecimentos tênues, como alterações no cotidiano ou no ambiente, entrada na creche, nascimento de irmãos, até situações de recusa alimentar graves que põe em risco a própria vida da criança. Estes comportamentos podem ser acompanhados ou não do aparecimento de comportamentos anômalos e bizarros (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

Para Nicholls e Bryant-Waugh (2009), os sintomas alimentares podem ocorrer em crianças com desenvolvimento normal, mas também naquelas com condições médicas crônicas ou com transtornos no desenvolvimento. As causas podem ser multifatoriais; no entanto, tentativas têm sido feitas para classificar dificuldades de alimentação que surgem principalmente de dificuldades psicológicas e relacionamento, e não como resultado de problemas orgânicos ou de desenvolvimento.

Em termos de classificação diagnóstica se faz necessário diferenciar os termos *transtornos alimentares* e *transtornos da alimentação*. Segundo Gusmão (2002), transtornos da alimentação, ou *feeding disorder*, geralmente é usado para dar destaque à natureza dual ou diádica dos problemas alimentares em bebês ou crianças pequenas. Neste caso, há uma

perturbação no ato de dar de comer, enquanto que os transtornos alimentares, ou *eating disorders*, se referem a perturbações no ato de comer.

A versão mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-V] (American Psychiatric Association, 2013) trata os transtornos da alimentação e de comer como uma perturbação persistente de comer ou do comportamento relacionado ao comer, que resulta na alteração do consumo ou da absorção de alimentos, e que prejudica seriamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Os critérios de diagnóstico são fornecidos por pica, transtorno de ruminação, transtorno de ingestão de alimentos esquiva / restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica. Os critérios diagnósticos para o transtorno de ruminação, transtorno de ingestão de alimentos esquiva / restritiva, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno como resultado da compulsão alimentar periódica são apresentados em um esquema de classificação que é mutuamente exclusiva, de modo que durante um único episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído. Apesar de uma série de características psicológicas e comportamentais comuns, os distúrbios diferem substancialmente em necessidades, curso, evolução e tratamento clínico. O diagnóstico de pica, no entanto, poderá ser aplicado, na presença de qualquer outra alimentação e distúrbios alimentares.

Antes de se utilizar de qualquer ferramenta de classificação diagnóstica, é importante que se conheça como é o desenvolvimento da criança na faixa etária em que ela se encontra, fazendo uma compreensão do seu funcionamento dentro da dinâmica familiar (Pinto, 2004). O Zero to Three [DC: 0-3R] (Three, 2005) procura fazer uma classificação sistemática, desenvolvimental, de saúde mental e dificuldades no desenvolvimento nos primeiros quatro anos de vida. Considera como transtorno do comportamento alimentar a criança que tem dificuldade em estabelecer padrões regulares de alimentação, quando essa não consegue regular sua alimentação de acordo com sensações fisiológicas de fome ou de plenitude. De

acordo com o DC: 0-3, há seis subcategorias de transtornos que são: 1) Estado regulatório; 2) Reciprocidade entre cuidador e bebê; 3) Anorexia infantil; 4) Aversão sensória a comida; 5) Transtorno da alimentação associado com uma condição médica atual 6) Transtorno da alimentação associada com trato gastrointestinal.

Chatoor (2002) desenvolveu uma classificação diagnóstica que é a seguinte: a) Transtorno da alimentação do estado regulatório (ocorre durante o período de recém-nascido); b) Transtorno da alimentação de reciprocidade (ocorre entre dois e seis meses de idade); c) Anorexia infantil (ocorre durante a transição de alimentação dada por outra pessoa à criança se alimentando sozinha); d) Aversão sensorial alimentar (ocorre durante a introdução da alimentação de bebê ou alimentação da família); e) Transtorno da alimentação associado com condições médicas atuais; f) Transtorno alimentar pós-trauma. As duas últimas classificações podem ocorrer em qualquer idade. Bryant-Waugh, Markham, Kreipe e Walsh (2010) sugerem pensar o transtorno dentro de um contexto levando em conta características das crianças e dos pais. Contudo, as causas comportamentais são mais difíceis de serem tratadas, pois são determinadas em sua maior parte por erros de concepção ou conduta dos pais (Madeira & Aquino, 2003).

A literatura mostra que não existe unanimidade em relação a qual termo utilizar para referir-se à questão da alimentação da criança quando essa ainda não se configurou como um transtorno, mas não está dentro do esperado, ou quando ela é motivo de queixas dos pais sobre a criança. Assim, neste estudo será utilizada a terminologia *dificuldades alimentares* para referir-se às dificuldades percebidas pelos pais como apresentadas pela criança no âmbito da alimentação como, por exemplo, que a criança não come ou come pouco, que a criança é muito seletiva e come apenas um ou dois tipos de alimentos, que a criança é muito voraz e nunca está satisfeita, entre outros.

Segundo Madeira e Aquino (2003), as dificuldades alimentares e de sono são comuns em pediatria e essas podem fazer parte das fases do desenvolvimento normal da criança rumo à sua independência. As autoras destacam ainda que o desconhecimento das necessidades nutricionais reais das crianças e o desconhecimento das etapas do desenvolvimento emocional e comportamental por parte dos pais seriam possíveis causas para as dificuldades alimentares. Nicholls e Bryant-Waugh (2009) referem que tais dificuldades podem ocorrer em crianças com desenvolvimento normal, mas também naquelas com condições médicas crônicas ou com transtornos no desenvolvimento. As causas podem ser multifatoriais, no entanto, tentativas têm sido feitas para classificar dificuldades de alimentação que surgem principalmente de dificuldades psicológicas e de relacionamento, e não como resultado de problemas orgânicos ou de desenvolvimento. Para Brazelton (2002), somente aos quatro anos é que a criança talvez esteja pronta para comer de tudo. Até chegar nessa etapa, a dieta e ingestão dos alimentos sofrerá variações. Na área da alimentação, comportamentos em busca da independência e o negativismo fazem parte do desenvolvimento até os quatro anos. No entanto, os pais sentem que a responsabilidade de alimentar o filho é deles. Assim, permitir que o filho expresse suas preferências dá-lhes uma sensação de vazio, de não estarem cuidando como deveriam da criança.

Do nascimento até os três anos de idade é considerado um período em que aquisições fundamentais para a constituição do sujeito estão sendo sedimentadas. É nesse período que o psiquismo e as funções mentais estão começando a se estruturar. Sob esse aspecto, as inconstâncias desse tempo da constituição psíquica são determinantes para o desenvolvimento da criança (Carvalho, Lima & Martins, 2013a). Sendo assim, estudos que abordam a primeira infância são fundamentais, pois essa é uma etapa crucial para o desenvolvimento emocional, físico e neurológico. Winnicott (1965/1982) considera importante estudar o desenvolvimento emocional em suas primeiras fases. Para ele, muitas vezes é possível detectar e diagnosticar

distúrbios emocionais ainda na infância, até mesmo no primeiro ano de vida. Micali, Smirnoff, Stahl e Treasure (2011) ressaltam a importância dos resultados das pesquisas no âmbito dos distúrbios alimentares como forma de prevenção e intervenção precoce em relação às dificuldades de alimentação infantis e também para futuras pesquisas na área.

Ponderando que a questão alimentar é de fundamental importância para a relação entre mãe e bebê, que é essencial para o processo de comunicação entre a dupla e que serve de modelo para as relações interpessoais que virão, e que as dificuldades alimentares podem ser consideradas esperadas, de acordo com a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, mas também podendo representar algo mais sério como um transtorno, buscou-se realizar um levantamento bibliográfico com o intuito de verificar o que está sendo publicado na literatura científica, pois estudos e intervenções na primeira infância são de grande valor para pensar tanto em desenvolvimento de enfermidades na área da alimentação quanto em possíveis intervenções pais e bebês com sintomas alimentares.

Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados *BVS-PSI*, *SCIELO*, *Psycinfo*, utilizando os seguintes descritores: *dificuldades alimentares*, *problemas alimentares*, *queixas alimentares*, *transtornos alimentares* e *transtornos da alimentação* associados com a palavra *criança*. A busca resultou em somente um estudo (Carvalho, Lima & Martins, 2013b) que atendia aos critérios de inclusão (artigos empíricos, disponibilização de texto completo, e publicação entre janeiro de 2009 e setembro de 2014). Para exclusão utilizou-se os critérios de artigos teóricos, duplicados, os que não contemplavam os descritores ou que estavam associados a uma doença crônica, síndromes e outros transtornos do desenvolvimento, e os que não estavam disponíveis na íntegra, assim como teses de mestrado e doutorado.

Com isso, pode-se considerar que existe um número limitado de publicações acerca do tema, o que dificulta uma análise da produção nacional. Portanto, julgou-se que uma busca

por trabalhos internacionais seria de grande relevância a fim de compilar como o tema das dificuldades alimentares está sendo estudado mundialmente. Assim, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura internacional especializada sobre as dificuldades alimentares em crianças.

Método

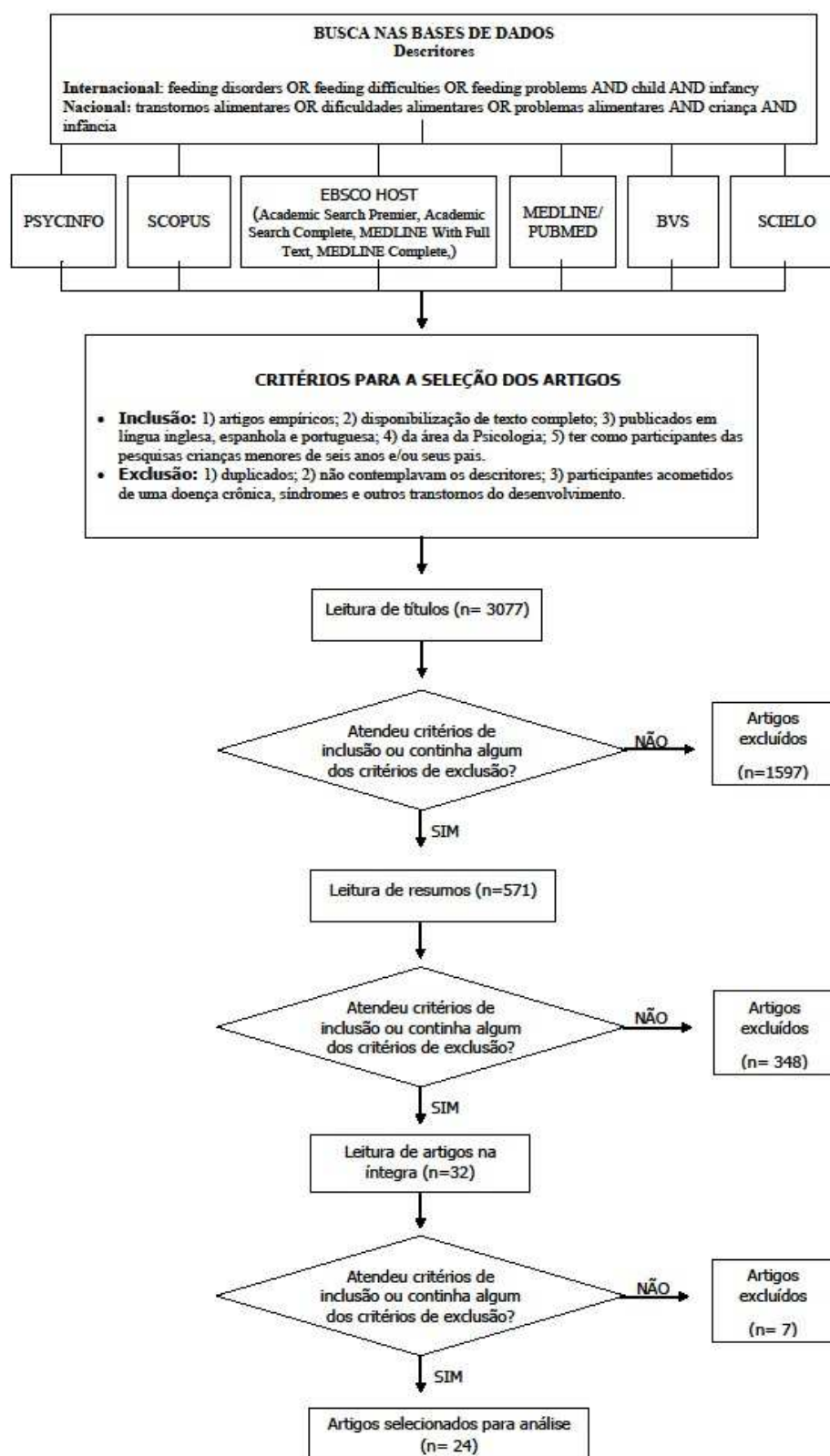
Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados internacionais *Ebsco Host* (*Academic Search* e *Medline*), *Pubmed*, *Psychinfo*, *Science Direct*, e *Scopus*. Utilizou-se os seguintes descritores: *feeding difficulties*, *feeding disorder* e *feeding problems*, juntamente com as palavras *child* e *infancy*, a fim de localizar o maior número de artigos publicados sobre o tema. A pesquisa abrangeu os últimos cinco anos tendo sido feitos cruzamentos entre todos esses descritores com o intuito de se encontrar o máximo de produção científica na temática estudada.

Para a seleção dos estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: 1) artigos empíricos; 2) disponibilização de texto completo; 3) publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa; 4) da área da Psicologia; 5) ter como participantes das pesquisas crianças menores de seis anos e/ou seus pais. Para exclusão, utilizaram-se os critérios: 1) duplicados; 2) não contemplavam os descritores; 3) participantes acometidos de uma doença crônica, síndromes e outros transtornos do desenvolvimento.

Os artigos encontrados foram analisados de acordo com o descritor empregado, base de dados pesquisada, método usado no estudo, ano de publicação, nacionalidade dos autores, participantes e a sua idade, objetivos, instrumentos utilizados e resultados encontrados.

A figura a seguir apresenta um fluxograma da metodologia aplicada na busca dos artigos:

Figura 1: Fluxograma da Revisão Sistemática



Resultados e Discussão

A partir da pesquisa por estudos nas bases internacionais consultadas, aplicando os descritores, obteve-se um resultado de 3.077 artigos. Após a leitura dos títulos, resumos e utilizando os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se 24 artigos (Ammaniti et al., 2012; Atzaba-Poria et al., 2012; Blisset et al., 2011; Carvalho, Lima & Martins, 2013b; Dovey et al., 2013; Farrow, Galloway & Fraser, 2009; Forestell & Mennella, 2012; Gaffney, Kitsantas, Brito & Swamidoss, 2014; Hoffman et al., 2013; Jones e Bryant-Waugh, 2012; Koh, Scott, Woodman, Kim, Daniels & Magarey, 2014; Li, Scanlon, May, Rose & Birch, 2014; Mc Dermott et al., 2010; McMeekin et al., 2013; Micali et al., 2011; Östberg & Hagelin, 2011; Owen, Ziebel, Lessard, Churcher, Bourget e Villeneuve, 2012; Powell, Farrow & Meyer, 2011; Reba-Harrelson et al., 2010; Richter & Reck, 2013; Rigal et al., 2012; Schmid et al., 2010; Tambelli, Odorisio & Lucarelli, 2014; Thompson & Bentley, 2013) que tiveram seu conteúdo analisado na íntegra. As características dos estudos estão detalhadas na tabela do Apêndice A.

Com relação ao delineamento das pesquisas, o gráfico abaixo mostra a predominância do método quantitativo que eram, em sua maioria, prospectivos ou longitudinais com características epidemiológicas. Com isso, pode-se dizer que há uma preocupação dos estudos quantitativos, predominantemente epidemiológicos e longitudinais, em mapear as dificuldades alimentares e se estas permanecem e como se manifestam com o passar do tempo. Nesses estudos, o tema da alimentação foi considerado uma questão de saúde pública, e esses trabalhos, em função do seu delineamento, podem contribuir para estratégias em saúde e políticas públicas. No entanto, consideram-se importantes estudos qualitativos, pois estes proporcionam uma investigação aprofundada e fornecem detalhes sobre os sintomas e de que forma eles se manifestam, adotando uma postura compreensiva do fenômeno.

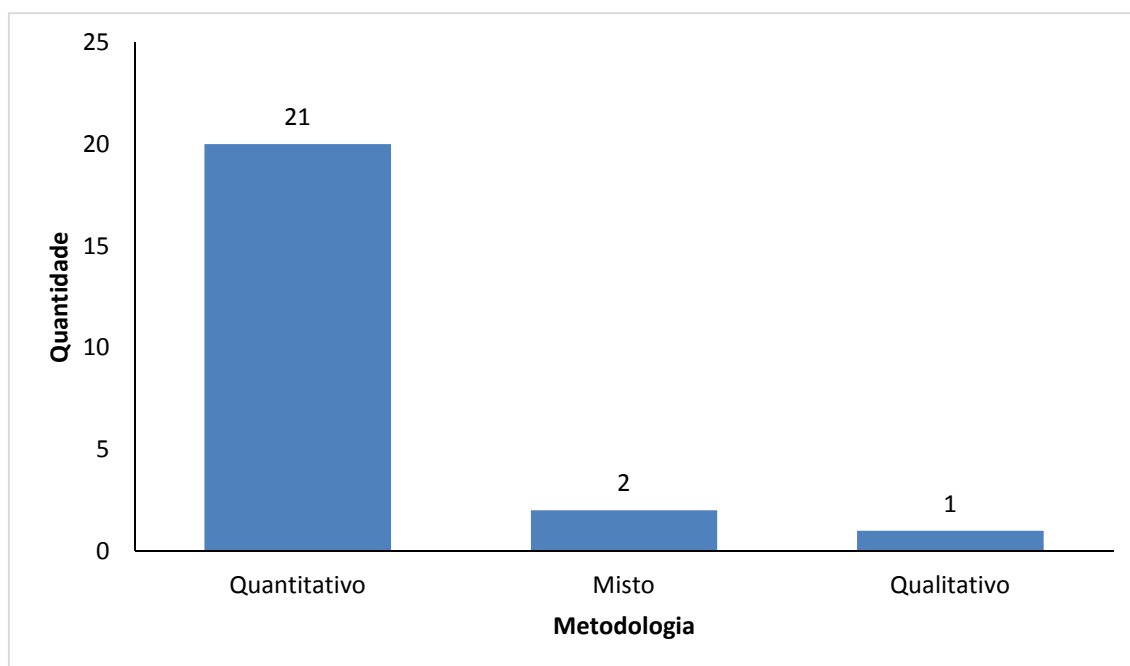


Figura 2: Relação entre os artigos encontrados e a metodologia empregada

Percebe-se que a Europa tem se focado nos estudos sobre a questão alimentar em crianças, especialmente a Inglaterra (Jones e Bryant-Waugh, 2012; Dovey, Jordan, Adridge e Martin, 2013; Powell, Farrow e Meyer, 2011; Micali, Smirnoff, Stahl e Treasure, 2011; Blisset, Meyer e Haycraft, 2011), seguido pelos Estados Unidos (Forestell & Mennella, 2012; Gaffney, Kitsantas, Brito & Swamidoss (2014); Hoffmann et al., 2013; Li, Scanlon, May, Rose & Birch (2014); Thompson & Bentley, 2013), Austrália (Koh, Scott, Woodman, Kim, Daniels & Magarey, 2014; Mc Dermott et al., 2010; McMeekin et al., 2013), Alemanha (Richter & Reck, 2013), Brasil (Carvalho, Lima, Martins, 2013), Canadá (Owen et al., 2012), França (Rigal et al., 2012), Israel (Atzaba-Poria et al., 2012), Itália (Tambelli, Odorisio & Lucarelli, 2014) e Suécia (Östberg & Hagelin, 2011). Houve também estudos em parceria com autores de nacionalidades diferentes como os de Ammaniti et al. (2012) (Itália e

Inglaterra), Farrow e Meyer (2011) (Estados Unidos e Reino Unido), Reba-Harrelson et al. (2010) (Estados Unidos e Noruega) e ainda Schmid et al. (2010) (Suíça e Inglaterra). Houve também estudos em parceria com autores de nacionalidades diferentes como os de Ammaniti et al. (2012) (Itália e Inglaterra), Farrow e Meyer (2011) (Estados Unidos e Reino Unido), Reba-Harrelson et al. (2010) (Estados Unidos e Noruega) e ainda Schmid et al. (2011) (Suíça e Inglaterra).

Identificou-se que grande parte dos estudos analisados teve como participantes as mães (Blisset et al., 2011; Jones & Bryant-Waugh, 2012; McMeekin et al., 2013; Powell, Farrow & Meyer, 2011; Rigal et al., 2012; Schmid et al., 2010) e a dupla mãe e bebê (Ammaniti et al., 2012; Carvalho, Lima, Martins, 2013b; Gaffney, Kitsantas, Brito & Swamidoss, 2014; Hoffmann et al., 2013; Koh, Scott, Woodman, Kim, Daniels & Magarey (2014); McMeekin et al., 2013; Micali et al., 2011; Reba-Harrelson et al., 2010; Richter & Reck, 2013; Thompson & Bentley, 2013), mas também famílias (Dovey, Jordan, Adridge & Martin, 2013; Maldonado-Duran et al., 2011; Östberg & Hagelin, 2011; Owen et al., 2012). Isso demonstra que é importante considerar o contexto onde a criança está inserida e a relação desta com as pessoas mais próximas, pois isto pode ter influência nas dificuldades alimentares.

A idade das crianças participantes variou de acordo com cada estudo, mas nota-se que nunca é cedo para averiguar as dificuldades alimentares e investigar isso no relacionamento entre mãe e bebê, principalmente no contexto da refeição. No trabalho de Micali et al., (2011) participaram gestantes e bebês de até oito meses de idade. Já McDermott et al. (2010) realizaram um estudo em que o intervalo de idade dos participantes abrangeu desde o nascimento até os 14 anos de idade.

Os objetivos propostos nos trabalhos foram variados. Contemplaram desde analisar se há relação entre os problemas de alimentação e as práticas e estilos parentais (Blisset et al.,

2011; Hoffmann et al., 2013; Powell et al., 2011; Reba-Harrelson et al., 2010; Richter & Reck, 2013), verificar a percepção dos pais sobre a prática alimentar em diferentes idades (McDermott et al., 2010; McMeekin et al., 2013), desenvolver e avaliar os resultados de uma intervenção (Jones & Bryant-Waugh, 2012; Owen et al., 2012), validar um instrumento (Dovey et al., 2013; Rigal et al., 2012), realizar grupos distintos com crianças para conhecer o comportamento alimentar e emocional da amostra (Ammaniti et al., 2012), avaliar as características clínicas de crianças com dificuldades alimentares (Maldonado-Duran et al., 2008), acompanhar crianças com problemas precoces de alimentação e/ou dormir e averiguar se ainda tinham os mesmos problemas após seis anos (Östberg & Hagelin, 2011). Dois estudos se propuseram a analisar o funcionamento psicológico materno, sendo que um investigou o papel da ansiedade e depressão materna na mediação do risco para dificuldades alimentares (Micali et al., 2011), e o outro examinou os padrões de alimentação das crianças e o seu funcionamento emocional e comportamental (Ammaniti, 2012; Forestell & Mennella, 2012). Além disso, outros dois buscaram investigar interações entre pais e filhos com distúrbios alimentares (Atzaba-Poria et al., 2010; Maldonado-Duran et al., 2008; McKeekin et al., 2013). Fatores comportamentais, sociais e macroambientais e suas contribuições para o desenvolvimento de práticas de alimentação foram objetivo do trabalho de Thompson e Bentley (2013).

Os instrumentos utilizados nos estudos quantitativos variaram desde escalas e questionários estruturados (Blisset et al., 2011; Hoffman et al., 2013; Forestell & Gaffney, Kitsantas, Brito & Swamidoss, 2014; Koh, Scott, Woodman, Kim, Daniels & Magare, 2014; Mennella, 2012; McMeekin et al., 2013; Micali et al., 2011; Richter & Reck, 2013; Östberg & Hagelin, 2011; Owen et al., 2012; Rigal et al., 2012; Schmid et al., 2010). Percebeu-se que para avaliar a questão alimentar, as ferramentas mais usadas foram os questionários padronizados como o *Child Behavior Checklist (CBCL)* e *Comprehensive Feeding Practices*

Questionnaire (CFPQ), além de vídeo da refeição (Atzaba-Poria et al., 2010; Forestell & Mennella, 2012; Hoffmann et al., 2013; Li, Scanlon, May, Rose & Birc, 2014).

Assim como os objetivos, os resultados encontrados nos estudos foram variados. Os achados de Blisset et al. (2011), Forestell & Mennella (2012), Micali et al., (2011), Powell et al. (2011) e Rigal et al., (2012) mostram que os comportamentos maternos, em relação às dificuldades alimentares da criança, tendem a aumentar e influenciar na quantidade de comida ingerida e também nos transtornos alimentares. Práticas como pressão para a criança comer tiveram influência no comportamento de evitação de alimentos. Powell et al. (2011) e McMeekin et al. (2013) consideraram que o alimento pode ser usado tanto como uma forma de controle como uma forma de conforto por haver dificuldade, por parte dos pais, em perceber os sinais de fome por parte da criança. Thompson e Bentley (2013) consideram que a obesidade na infância é um problema crescente de saúde pública, especialmente entre as crianças das minorias. As disparidades na prevalência do excesso de peso persistem e aumentam com a idade. Com isso, torna-se importante identificar os fatores que contribuem para o excesso de ganho de peso precoce. As características estruturais e sociais de práticas de alimentação sólida têm o potencial para moldar o desenvolvimento da obesidade na primeira infância. Os resultados encontrados pelos autores sugerem que a introdução aos alimentos sólidos ocorre na idade e de maneira inadequada, assim como uma má qualidade da dieta. Além disso, a amamentação está associada a uma menor chance de alimentação indevida de sólidos e líquidos. Os autores consideram que intervenções focadas a melhorar as características físicas e sociais do ambiente podem ser extremamente importantes para reverter este desenvolvimento.

Os resultados encontrados por Ammaniti et al. (2012) são de grande importância, pois perceberam uma melhora parcial no estado nutricional das crianças com anorexia infantil. Houve correlações significativas entre problemas alimentares das crianças e suas dificuldades

emocionais e maior sofrimento emocional de suas mães e distúrbios na alimentação. Tanto Ammaniti et al. (2012) como Östberg e Hagelin (2011), McDermott et al. (2010) e Schmid et al. (2010) verificaram que os problemas alimentares ou regulatórios persistiram ao longo do período em que a pesquisa foi realizada. Problemas psicossociais e de internalização das crianças foram comuns nos estudos de Ammaniti et al. (2012) como Östberg e Hagelin (2011) e Schmid et al. (2010).

Os autores que propuseram intervenções obtiveram resultados significativos. O grupo de mães de crianças com problemas de alimentação, proposta por Jones e Bryant-Waugh (2012), oportunizou a expressão emocional e ajudou a reduzir a sensação de isolamento e a autculpa. Já a intervenção proposta por Atzaba-Poria et al. (2010), verificou que semelhante às interações mãe-filho, as interações pai-filho foram menos positivas nas famílias com transtorno da alimentação do que aqueles no grupo de comparação. As sessões de educação interprofissional dos pais e um piquenique-observação da criança se mostraram eficazes, pois a frequência de dificuldades de alimentação foi menor no pós-tratamento.

Considerações Finais

Nesta revisão da literatura científica internacional, foram encontrados vinte e quatro estudos sobre as dificuldades alimentares em crianças, o que pode ser considerado um resultado discreto, tendo em vista a relevância da temática. O número inicial de 3.077 itens obtidos com os descritores eleitos demonstra que o assunto vem sendo investigado, principalmente nos últimos anos. Como a maioria dos trabalhos excluídos da análise tratava da alimentação vinculada a condições médicas e orgânicas ou associadas a problemas no desenvolvimento infantil, considera-se importante investigar a temática também quando esta não está atrelada a situações extremas vividas na infância. É importante atentar que a

alimentação da criança é considerada um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde, ultrapassa o âmbito biológico e inclui também uma dimensão psicológica que perpassa as primeiras relações entre a mãe e a criança, sendo esta entendida como uma relação fundamental que influencia toda a sua constituição subjetiva.

Entre 2010 e 2013 houve maior número de produções internacionais abordando as dificuldades alimentares em crianças. A produção tem se mantido estável. Nota-se que as dificuldades alimentares têm sido tema constante de estudos, principalmente na Europa e Estados Unidos. Ponderando que as questões das dificuldades na área da alimentação são frequentes na prática pediátrica e uma das queixas principais também na clínica psicológica com bebês e crianças pequenas, torna-se importante desenvolver estudos nacionais sobre o tema na área da Psicologia, principalmente contemplando a primeira infância, etapa decisiva do desenvolvimento infantil.

Apesar de não haver um consenso sobre a origem das dificuldades alimentares em crianças nos estudos revisados, a produção científica analisada mostra que é de grande relevância as relações familiares e o ambiente em que a criança está inserida, a fim de compreender a origem de suas dificuldades. Além disso, percebeu-se uma preocupação em averiguar como estes problemas se apresentam ao longo do desenvolvimento da criança, sugerindo o delineamento de estudos longitudinais. Ao mesmo tempo, as causas das dificuldades alimentares na primeira infância apontam para uma multiplicidade de variáveis que ainda não são bem conhecidas.

As pesquisas que utilizaram intervenções com os pais mostraram resultados positivos. A partir desta perspectiva, considera-se que é importante ampliar intervenções a fim de dar suporte para que os pais possam expor suas preocupações relacionadas aos problemas alimentares dos filhos e desenvolver mais pesquisas longitudinais com o objetivo de verificar a evolução dos sintomas e também obter dados epidemiológicos.

Os estudos que envolveram os pais trazem à tona a dimensão relacional dos problemas alimentares dos filhos, apontando para a necessidade de compreender o fenômeno deste ponto de vista, isto é, a partir do encontro que se dá entre eles. Assim, sugerem-se estudos que incluam como participantes não apenas as crianças, mas também seus pais e cuidadores.

Também se sugere ampliar os estudos com a metodologia qualitativa a fim de obter maior compreensão do significado que os pais e a família dão para as dificuldades alimentares. Além disso, ressalta-se a importância da Psicologia no desenvolvimento de estudos nacionais, pois assim pode-se ter uma compreensão de como as dificuldades alimentares são abordadas nos diferentes contextos e como esta é percebida pelos pais brasileiros.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5a ed). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.

Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimini, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 272-280.

Atzaba-Poria, N., Meiri, G., Millikovsky, M., Barkai, A., Dunaevsky-Idan, M., & Yerushalmi, B. (2010). Father–child and mother–child interaction in families with a child feeding disorder: The role of paternal involvement. *Infant Mental Health Journal*, 31(6), 682-698.

- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2011). The role of parenting in the relationship between childhood eating problems and broader behaviour problems. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 642-648
- Brazelton, T. B. (2002). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111.
- Carvalho, A. S. de, Lima, M. C. P., Martins, K. P. H. (2013a). Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: uma discussão psicanalítica. In Busnel, M.C. & Melgaço, R. G. (org). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (pp.261-271). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Carvalho, A. S. de, Lima, M. C. P. & Martins, K. P. H. (2013b). As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: contribuições psicanalíticas. *Estilos da Clinica*, 18(2), 372-386.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2), 163-183.
- Dovey, T. M., Jordan, C., Aldridge, V. K., & Martin, C. I. (2013). Screening for feeding disorders. Creating critical values using the behavioural pediatrics feeding assessment scale. *Appetite*, 69, 108-113.
- Farrow, C. V., Galloway, A. T., & Fraser, K. (2009). Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite*, 52(2), 307-312.

- Forestell, C. A., & Mennella, J. A. (2012). More than just a pretty face. The relationship between infant's temperament, food acceptance, and mothers' perceptions of their enjoyment of food. *Appetite*, 58(3), 1136-1142.
- Freud, S. (1996) La sexualidade infantil. In: Freud, S. *Tres ensayos de teoria sexual*. Obras Completas. Vol. VII. Buenos Aires, Amorrortu, 109-223 (trabalho original publicado em 1905).
- Gaffney, K. F., Kitsantas, P., Brito, A., & Swamidoss, C. S. (2014). Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 43-50.
- Gonçalves, M. J., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, 16(1), 127-138.
- Gusmão, M. H. (2002). Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (1), 44-60.
- Hoffman, E. R., Hodges, E. A., Propper, C., Postage, P. L., Zipkin, E. C., Bentley, M. E., Ward, D. S., Hamer, R. M., & Bulik, C. M. (2013). Behavioral and psychophysiological responsiveness during child feeding in mothers with histories of eating disorders: A pilot study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 578-591.
- Jerusalinsky, J., & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131.

- Jones, C. J.; Bryant-Waugh, R. (2012). Development and pilot study of a Group skills-and-support Intervention for mothers of children with feeding problems. *Appetite*, 58 (2), 450-456.
- Kieslich, A da R. (2012). *Comer, comer... para poder crescer! As patologias da esfera oro-alimentar sob uma perspectiva psicanalítica*. Trabalho de conclusão de curso, Unijuí, Ijuí, RS, Brasil.
- Koh, G. A., Scott, J. A., Woodman, R. J., Kim, S. W., Daniels, L. A., & Magarey, A. M. (2014). Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants: results from the SAIDI study. *Appetite*.
- Li, R., Scanlon, K. S., May, A., Rose, C., & Birch, L. (2014). Bottle-Feeding Practices During Early Infancy and Eating Behaviors at 6 Years of Age. *Pediatrics*, 134(Supplement 1), S70-S77.
- Madeira, I. R., & Aquino, L. A. D. (2003). Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". *Jornal de Pediatria*, 79(Supl 1), S43-54.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de Psicopatologia do Recém-Nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., & Bor, W. (2010). Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatrica*, 99(1), 68-71.
- McMeekin, S., Jansen, E., Mallan, K., Nicholson, J., Magarey, A., & Daniels, L. (2013). Associations between infant temperament and early feeding practices. A cross-sectional

study of Australian mother-infant dyads from the NOURISH randomised controlled trial. *Appetite*, 60, 239-245.

Micali, N., Simonoff, E., Stahl, D., & Treasure, J. (2011). Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (7), 800-807.

Neme, C. M. B.; Dameto, C. A.; Azevedo, G. M. G. de; Fonseca, M. da S. (2008). Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. *Pediatria Moderna* 44 (4): 162-166.

Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 17-30.

Östberg, M., & Hagelin, E. (2011). Feeding and sleeping problems in infancy—a follow-up at early school age. *Child: care, health and development*, 37(1), 11-25.

Owen, C., Ziebell, L., Lessard, C., Churcher, E., Bourget, V., & Villeneuve, H. (2012). Interprofessional Group Intervention for Parents of Children Age 3 and Younger With Feeding Difficulties Pilot Program Evaluation. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(1), 129-135.

Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457.

Powell, F. C., Farrow, C. V., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57(3), 683-692.

- Reba-Harrelson, L., Von Holle, A., Hamer, R. M., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2010). Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating behaviors*, 11(1), 54-61.
- Richter, N., & Reck, C. (2013). Positive maternal interaction behavior moderates the relation between maternal anxiety and infant regulatory problems. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 498-506.
- Rigal, N., Chabanet, C., Issanchou, S., & Monnery-Patris, S. (2012). Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite*, 58(2), 629-637.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Palácio-Espasa, F., Knauer, D., Muralt, M., Berney, C. & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M. de, & Palácio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In S. Lebovici. P. Mazet, & J.-P. Visier (Orgs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99(2), 286-290.

- Schneider, A., Ramires, V. R. (2007). *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
- Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança ea dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, 5(2), 194-207.
- Tambelli, R., Odorisio, F., & Lucarelli, L. (2014). Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: exploring the influences on mother–infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 376-388.
- Thompson, A. L., & Bentley, M. E. (2013). The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Social Science & Medicine*, 97, 288-296.
- Three, Z. T. (2005). Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0-3R). *Zero To Three Press*, Washington, DC.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. (6ª ed). Rio de Janeiro, RJ: LTC Editora (trabalho original publicado em 1965).
- Zavaschi, M. L. S., Costa, F. & Brunstein, C. (2001). O bebê e os pais. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski & Bassols, A. M. S. (org). *O clico da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Seção 2 – Artigo Empírico

Olha o aviãozinho! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares

Resumo

Considerando que as relações entre mãe e filho são imprescindíveis para o desenvolvimento saudável de um bebê, é necessário refletir sobre elas quando entram em cena as dificuldades alimentares do bebê. Assim, o objetivo deste trabalho é compreender como se configura a relação mãe e filho com dificuldades alimentares. Para isso, optou-se por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa com delineamento de estudo de casos múltiplos, sendo que cada caso foi analisado individualmente, buscando-se as suas particularidades, e depois comparado aos demais, a fim de investigar as convergências e divergências entre eles. Participaram três mães adultas e seus bebês com idades entre sete e oito meses, com dificuldades na área da alimentação. Foram utilizados como instrumentos: Ficha de Dados Clínicos, Ficha de Dados Sociodemográficos, *Mini Mental Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. – Plus), Questionário *Symptom Check-List* - Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância, Entrevista sobre a Experiência da Maternidade e o *Interaction Assessment Procedure* (IAP). Cada caso foi analisado a partir da experiência de ser mãe, das primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos, da transição dos alimentos, das dificuldades alimentares do bebê e da relação entre mãe e bebê. Os resultados apontam que a introdução da alimentação complementar pode ser vista como uma interferência na interação entre mãe e bebê por ter que abrir mão do aleitamento materno exclusivo e dar lugar a um terceiro, representado pela colher e pelo alimento.

Palavras-chave: dificuldades alimentares, relação mãe-bebê, maternidade, sintomas psicofuncionais.

Look at the little plane! The relationship with mother and baby feeding difficulties

Abstract

Whereas relations between mother and son are indispensable to the healthy development of a child, it is necessary to reflect on them when they come into the scene baby feeding difficulties. Thus, the objective of this work is to understand how to configure the mother-son relationship with feeding difficulties. For that, we decided to conduct a qualitative research study design with multiple cases, and each case was examined individually, seeking their particularities, and then compared to the others, in order to investigate the convergences and divergences between them. Participated in three adult mothers and their babies between the ages of seven and eight months, with difficulties in the area of food. Were used as instruments: Clinical Data Sheet, Sociodemographic Data Sheet, *Mental Mini Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.-Plus), *Questionnaire Sympton Checklist* - Evaluation of Psicofunctional Disorders of Early Childhood, Interview About the Experience of Motherhood and the *Interaction Assessment Procedure* (IAP). Each case was examined from the experience of being a mother, the first experiments with the food, the transition of food, baby food problems and the relationship between mother and baby. The results show that the introduction of complementary feeding can be seen as an interference in the interaction between mother and baby by having to give up exclusive breastfeeding and give rise to a third, represented by the spoon and food

Keywords: feeding difficulties, mother-infant relationship, motherhood, psicofuncionais symptoms.

Introdução

No início da vida, o ser humano é extremamente dependente do ambiente e das pessoas que o cercam, ainda incapaz de comunicar suas necessidades por meio da linguagem verbal (Sei, Souza, & Arruda, 2008). Fraiberg (1959/1996) ressalta que a mãe é a primeira

fonte de satisfação para o bebê, e é a partir e através dela que ele descobre a si mesmo e ao mundo externo. O contato com o corpo da mãe e com o seu próprio corpo torna possível para o bebê diferenciar sensações e adquirir os primeiros sentimentos próprios. A diferenciação da imagem mental da mãe e a percepção da mãe criam as primeiras declarações da realidade. Nesse sentido, o vínculo do bebê com sua mãe nos primeiros anos de vida é considerado como sendo a relação fundamental para o desenvolvimento e construção das estruturas afetivas da criança (Gusmão, 2002; Neme, Dameto, Azevedo, & Fonseca, 2008).

De acordo com o referencial psicanalítico, a identidade se constrói a partir da relação com a mãe, Winnicott (1967/1975) cria o conceito de espelho, em que afirma que para o bebê, o rosto de sua mãe é o precursor das trocas afetivas com o meio ambiente, é somente e através desta relação que o bebê estabelece com sua mãe que a separação eu-não-eu se efetue. Inicialmente, mãe e bebê são percebidos pela criança como uma unidade, a mãe é alguém que faz parte da criança e pode lhe suprir sempre que for necessário. Com o passar do tempo e com as pequenas e necessárias falhas dessa mãe (mãe suficientemente boa), o bebê passa a percebê-la como algo separado dele e a experimentar um auto enriquecimento de seu ego. O cuidado materno inicial, definido pelo autor (1960/1983) como *holding*, caracteriza toda a atenção dispensada ao bebê e vai além de aspectos físicos, implica em toda a provisão ambiental e considera os aspectos psíquicos e a sensibilidade da relação que se estabelece entre mãe e bebê. Sendo assim, o *holding* tem relação com a capacidade da mãe de identificar-se com o seu bebê: as primeiras relações de objeto da criança e suas primeiras experiências de gratificação instintiva estão intimamente atreladas à relação com sua mãe.

O desenvolvimento humano implica num caminho que vai desde a dependência do meio e da família em direção a uma maior independência. Com isso, questões emocionais apresentadas pelas crianças podem ter relação direta com a dinâmica familiar. Winnicott (1967/2011) afirma que “mesmo quando o bebê está vivendo num mundo subjetivo, a saúde

não pode ser descrita em termos apenas individuais”. A família é a responsável pelo acolhimento e sustentação do desenvolvimento, sem os quais podem surgir sintomas e desajustes na criança (Sei, Souza, & Arruda, 2008). Winnicott (1970/1999) refere que é importante reconhecer o fato da dependência. A dependência é real. Os bebês e as crianças não conseguem se virar por si próprios, as simples ocorrências de dependência passam facilmente despercebidas. No percurso do desenvolvimento infantil há uma história de dependência absoluta, que avança através de graus crescentes de dependência e vai em direção à independência.

Segundo Bowlby (1976/2001), a relação entre a mãe e o bebê nos primeiros anos de vida é caracterizada por ser complexa, rica e compensadora; é a mãe quem alimenta, limpa, mantém aquecida e conforta a criança, e a qualidade destes cuidados é responsável por efeitos vitais e duradouros para a saúde mental futura. Nas relações iniciais entre a mãe e seu bebê, a mãe é tomada como provedora insaciável de satisfação, dando a ilusão de que neste jogo quem comanda é o bebê. Basta chorar para ser satisfeito em sua necessidade. Há um momento fundamental em que esse jogo se inverte e se revela em sua verdade: é da mãe, e exclusivamente dela, que depende o acesso da criança aos objetos de satisfação. É no lugar da decisão que a mãe inscreve na relação sua função de marcar uma alternância entre sua presença e ausência diante do apelo do filho (Mariotto, 2003).

Sabe-se que a primeira infância se inicia na concepção e perdura até os seis anos (Schneider & Ramires, 2007). No entanto, o período que engloba o nascimento e vai, em média, até os três anos de idade, é considerado fundamental para as novas aquisições da criança e para a sua constituição como sujeito, pois tanto o psiquismo quanto as funções mentais passam a se estruturar. O final do primeiro ano de vida caracteriza-se como um momento importante para o desenvolvimento infantil, uma vez que a criança apresenta novas aquisições em termos de linguagem, locomoção e exploração do ambiente. Nessa etapa, o

bebê começa a manifestar comportamentos característicos da separação em relação ao cuidador. Essas mudanças provocam um impacto nos sentimentos maternos com relação a elas. Assim, as novas capacidades da criança constituem um desafio para a mãe, pois esta precisa se adaptar às novas exigências e aprender a entender como lidar com as aquisições que surgem nesse período do desenvolvimento (Lopes et al., 2007).

Alimentação e Relação mãe-bebê

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo do desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos além do leite materno e habilidades no autocontrole do processo de ingestão de alimentos para atingir o padrão alimentar cultural do adulto. Assim, torna-se inquestionável a importância da alimentação da criança nessa fase (Brasil, 2010).

A alimentação da criança, do nascimento até os primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo da vida do indivíduo (Monte & Giugliani, 2004). Além disso, nos cuidados com a criança, a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde. O ato de nutrir e de comer ultrapassa o âmbito biológico e irá depender da idade, do estado de saúde e da situação social. As práticas alimentares são compreendidas desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família. São originárias de conhecimentos, vivências e experiências construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural (Rotenberg & De Vargas, 2004).

Segundo Carvalho, Lima e Martins (2013), a alimentação é ainda um dos cuidados primordiais com o bebê, e as experiências alimentares primitivas são organizadoras e

determinantes na estruturação da personalidade deste sujeito em formação. O aleitamento materno é o primeiro contato que mãe e filho estabelecem em relação à alimentação. É um período muito importante para a dupla e para o desenvolvimento. A partir desse momento, o bebê passa a saber, de forma natural, que as mensagens amorosas que acompanham a amamentação são muito importantes. Sem essas mensagens, o alimento não seria suficiente para estimular o desenvolvimento emocional e físico da criança (Brazelton, 2002). A alimentação de uma criança é uma questão de relação da mãe com o filho, em que se põe em prática a relação de amor entre dois seres humanos (Winnicott, 1965/1982).

A alimentação da criança, a partir do nascimento até os seis meses de idade, deveria ser feita, preferencialmente, através do leite materno. A recomendação do Ministério da Saúde é de que o leite materno seja indicado como o único alimento do bebê. Após os seis meses, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos. A partir dos sete meses, é possível introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos além do leite materno, o qual é indicado até dois anos ou mais. A alimentação da família é inserida gradativamente aos oito meses e de forma completa a partir dos doze meses de idade. A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família e em intervalos regulares, respeitando o apetite da criança. No entanto, é comum que a criança rejeite as primeiras ofertas dos alimentos, pois tudo é novo: colher, a consistência e o sabor (Brasil, 2010). Essa fase é um período vulnerável para a ocorrência de infecções, atraso no desenvolvimento e formação de hábitos alimentares inadequados que favorecem o estabelecimento de sequelas futuras, como atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas (Vendruscolo, Bolzan, Crestani, Souza & Moraes, 2012).

As crianças amamentadas desenvolvem desde cedo a capacidade de autocontrole¹ sobre a ingestão de alimentos, de acordo com sua necessidade. Mais tarde, dependendo dos alimentos e da forma como esses são oferecidos, também desenvolvem o autocontrole sobre a seleção dos alimentos. Esse autocontrole poderá sofrer interferência de fatores como a cultura e sociedade. As práticas de esquemas rígidos de alimentação prejudicam o adequado desenvolvimento do autocontrole da ingestão alimentar pela criança. Ao iniciar a alimentação complementar, a criança está aprendendo a testar novos sabores e texturas de alimentos e sua capacidade gástrica é pequena. No entanto, fatores como desconhecimento do comportamento normal da criança enquanto bebê pelos pais e a dificuldade para diferenciar desconforto sentido pela criança em decorrência da sensação de fome e de saciedade, por exemplo, podem fazer com que mães/pais interfiram no autocontrole da criança pela demanda por alimentos. Geralmente há uma expectativa maior sobre a quantidade de alimentos que as crianças necessitam comer, havendo assim maior oferta de alimento do que a capacidade gástrica da criança, resultando então na recusa de parte da alimentação, podendo causar ansiedade nos pais ou cuidadores (Brasil, 2010). Nesse sentido, Farrow, Galloway e Fraser (2009) consideram que o comportamento alimentar desenvolve-se num contexto que inclui relações bidirecionais. Os pais do estudo relataram o uso diferentes níveis de pressão e restrição com seus filhos na mesma família. A pressão geralmente se dá nas crianças que comem devagar ou pouco.

A partir do final do primeiro ano de vida, pode-se perceber uma diminuição do interesse da criança pela situação alimentar e uma diminuição do apetite. Nesse momento, começa a aparecer a modificação do gosto em relação aos sabores e à consistência, a

¹ Ocorre durante os primeiros 12 meses de vida. É um importante determinante de mecanismos de apetite e saciedade. Está ligado ao mecanismo de autorregulação que controla a ingestão diária de energia, tendo por base a sua necessidade nutricional (Dewey citado por Skuse, 1993; Birch, 1998).

seletividade na apetência pelos alimentos, a variabilidade do apetite e a facilidade de distração pelo ambiente durante as refeições (Gonçalves & Rodrigues, 1998; Madeira & Aquino, 2003).

As crianças até em torno de dois anos passam por um período em que vivenciam a separação materna e a sua própria individuação. Apesar de ainda apresentarem grande dependência do adulto e habilidades limitadas de preensão, iniciam uma luta pela autonomia e controle de algumas funções diárias que, associadas à firmeza na locomoção e interesse pela exploração do ambiente, tornam a situação alimentar bastante conflituosa. Sendo assim, de acordo com Brazelton (2002), é necessário que os pais não tenham grandes pretensões acerca da alimentação do filho, pois somente aos quatro anos é que a criança talvez esteja pronta para comer de tudo. Até chegar nessa etapa, a dieta e ingestão dos alimentos sofrerá variações. Numa determinada semana, o bebê aceita comer ovos ou carne, mas na seguinte os recusa e só come derivados do leite. Na área da alimentação, comportamentos em busca da independência e o negativismo fazem parte do desenvolvimento nessa etapa. No entanto, os pais sentem que a responsabilidade de alimentar o filho é deles. Assim, permitir que o filho tome suas próprias decisões dá-lhes uma sensação de vazio, de não estarem cuidando como deveriam da criança. Muitas vezes os pais não levam em consideração o apetite da criança e estabelecem quantidades arbitrárias de alimento ou consideram que o bom apetite é quando a criança “raspa o prato” (Madeira & Aquino, 2003).

Para a mãe, a experiência de alimentar o seu bebê pode ser uma experiência gratificante, quando reforça positivamente o seu papel maternal. Entretanto, a ansiedade e a frustração dos pais e, sobretudo da mãe, causada pela recusa alimentar da criança, e a associação que estabelecem entre a recusa alimentar dos filhos e os seus sentimentos de insuficiência maternal, provocam uma baixa da autoestima e levam a que tenham atitudes que agravam as dificuldades da criança (Gonçalves & Rodrigues, 1998).

Dolto (1950/1999) refere que mães de crianças amamentadas pobremente, em termos de afeto (ou troca afetiva), podem apresentar dificuldades relacionadas à qualidade, quantidade e ritmo das refeições. Para a autora, muitas vezes mães de bebês se queixam que eles não estão com bom peso ou que não comem tudo o que deveriam, ou outras deixam as crianças chorarem de fome ou sede por se preocuparem com parâmetros. A alimentação adequada está atrelada a uma boa saúde e um clima harmonioso, pois os momentos da alimentação são os mais importantes das relações da mãe com a criança. Há uma influência direta da mãe sobre o filho e isso se observa na relação entre eles e nas consequências como a formação da personalidade da criança. O bebê tem meios de contatar o mundo, mas necessita que quem cuide dele seja uma figura estável e maternal que proporcione condições psíquicas e sociais que sejam favoráveis ao equilíbrio da criança no futuro.

Assim, pode-se afirmar que o ato de alimentar tem alta carga emocional para a mãe, cuja responsabilidade primária aos olhos da família, da sociedade e da cultura que a cercam é garantir o crescimento e o bem-estar inicial de seu bebê. Portanto, a relação de alimentação entre a mãe e o bebê é influenciada, desde os primeiros momentos de vida, tanto por fatores fisiológicos como por forças interacionais em múltiplos níveis (Ramsay, 2011). Brazelton (2002) refere que as interações mãe/filho na situação alimentar podem ser permeadas de queixas que dizem respeito a quem detém o controle alimentar, a mãe ou a criança, e à autopercepção materna sobre seu poder de controlar ou modificar o comportamento da criança.

Adami-Lauand e Ribeiro (2011) refletem sobre o papel da família nos transtornos alimentares, e, para elas, a família se caracteriza por um grupo social específico em que as transmissões das regras e hábitos culturais encontram espaço para coabitarem com vínculos afetivos construídos pela interação entre seus membros e suas histórias. A alimentação, com seu caráter simbólico, torna-se o veículo pelo qual essas regras e vínculos podem ser

transmitidos pelas gerações. Em sua pesquisa, consideraram que os vínculos entre as mães e suas genitoras envolveram esses dois universos emocionais, constituindo a base da herança transmitida psiquicamente às suas filhas. A maioria dessas mães demonstrou que as vivências afetivas com suas genitoras estão relacionadas às lembranças da alimentação e que serviu de base para preservarem em seu psiquismo elementos, lembranças e afetos que contribuíram na construção de suas histórias com as próprias filhas. As experiências, tanto positivas quanto negativas, constituíram elementos que demarcaram as futuras relações. As autoras puderam supor, com o estudo, que os conflitos referentes à alimentação e aos vínculos construídos a partir dessa relação vivenciada por essas mães, de alguma maneira, tenderam a se repetir com as filhas.

Para a psicanálise, segundo Carvalho, Lima e Martins (2013), há uma estreita ligação entre alimentação, oralidade e psicogênese, pois é através desta relação com o seio substituto, mediado pelo campo materno, que a estrutura psíquica da criança dá os seus primeiros passos. Desta forma, se algo não está correndo bem no curso do desenvolvimento de uma criança, os impasses nas trocas alimentares têm grandes chances de ocorrer. Sendo assim, pode-se pensar que dificuldades alimentares na infância podem denunciar aspectos falhos na constituição psíquica da criança ou então dificuldades no cumprimento da função materna.

Observações realizadas no estudo de Carvalhaes, Perosa e Silveira (2009), com 16 duplas mãe/filho na qual as crianças tinham idade entre 12 e 24 meses, apontam que a criança é quem detinha o controle sobre quanto, como e onde comem (ou não comem). No entanto, a mãe é quem define o cardápio. Esta acredita que tem capacidade de estimular o consumo alimentar dos filhos e então insistem quando as crianças recusam os alimentos. Contudo, estratégias empregadas se demonstraram fracas e ineficazes. Na pesquisa de Perosa, Carvalhães, Benício e Silveira (2011), foram realizadas observações com oito duplas mãe e filho com desnutrição e oito duplas mãe e filho com nutrição de boa qualidade, em que as

crianças tinham idade entre 9 e 24 meses. Percebeu-se que as mães empregavam estratégias como distrair, facilitar, insistir e encorajar, barganhar e ceder. Além do comportamento da mãe, outros fatores influenciaram o sucesso das estratégias alimentares: as condições situacionais, a quantidade, a palatabilidade e a aparência dos alimentos, respeito à fase do desenvolvimento neuropsicomotor e o apetite da criança. Não foram observadas diferenças nas estratégias utilizadas pelas mães dos dois grupos. Alimentar uma criança é um processo altamente interativo, que depende das habilidades e das características de ambos os parceiros e o sucesso alimentar pode estar associado às condições contextuais, à responsividade materna, mas também ao apetite e à flexibilidade da criança.

Ferriolli (2010) e De Brito e Mettel (1986) observaram que o adulto interagiu pouco com o filho na hora da refeição e realizava poucas verbalizações de incentivo e atenção voltadas à criança. De Brito e Mettel (1986) constataram discrepâncias entre os relatos das mães e os dados colhidos nas observações da refeição, por haver uma tendência em enfatizar o problema alimentar da criança e minimizar as dificuldades de relacionamento na hora da refeição. Na realidade, o adulto que orientava a criança na hora da refeição estava tão preocupado em fazê-la comer que a impedia de criar seus próprios hábitos alimentares e de se tornar independente.

Nos estudos de Lopes et al. (2007; 2009), sobre a percepção e os sentimentos maternos acerca do desenvolvimento e aquisições dos filhos, percebeu-se que a busca por independência e as conquistas de cada fase do desenvolvimento requeriam mais cuidados e tempo por parte das mães, o que acabou repercutindo nos sentimentos de algumas delas, em que predominavam os sentimentos negativos e ambivalentes. Além disso, sentimentos maternos negativos e ambivalentes ainda foram remetidos à dependência e também à independência dos filhos. No entanto, as mães compreendiam a importância dos momentos de independência e talvez por isso não interferissem na autonomia deles, ao mesmo tempo em

que favoreciam a expressão de movimentos de independência. Nesse contexto, a mãe precisa adaptar-se às necessidades do filho, o que demanda disponibilidade, proximidade e presença física.

Sintomas psicofuncionais e dificuldades alimentares

Quando a interação entre mãe/bebê ou pais/bebê apresenta algum tipo de conflito, manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânicas, podem surgir por estarem associadas ao determinismo psicológico (Pinto, 2004). Autores como Jerusalinski e Berlinck (2008) referem que quando um bebê apresenta um sintoma que coloca em risco a sua constituição psíquica, o sofrimento será expresso pelo corpo e na realização de suas produções. É um sintoma que se manifesta e apresenta-se na organização das funções corporais além de sua vontade.

Nos primeiros tempos do desenvolvimento, a alimentação é a via primordial de troca e comunicação entre a criança e seus cuidadores, e as dificuldades existentes na relação mãe-bebê facilmente desenvolvem sintomas ligados à esfera alimentar. Por isso a ideia de que um bebê feliz será aquele que se alimenta bem. Ou seja: quando as operações materna e paterna funcionarem de maneira estruturante para o bebê, o esperado será que as trocas alimentares e todos os demais processos de troca se deem de uma forma que não gerem fixações patológicas (Carvalho, Lima, & Martins, 2013). Partindo deste pressuposto, considerando a complexidade do desenvolvimento infantil e o período inicial de formação do psiquismo, ressalta-se a importância de detectar e diagnosticar distúrbios emocionais de forma precoce. Segundo Winnicott (1965/1982), a época certa para o tratamento de distúrbios na primeira infância é no seu início, ou um momento tão próximo deste quanto possível. O autor afirma que é somente na presença de uma mãe suficientemente boa que a criança pode realizar um

processo de crescimento pessoal e real, no entanto, se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acumulado de reações à violação; o *self* verdadeiro não consegue se formar ou permanece oculto por trás de um falso *self*.

Para a psicanálise, segundo Mariotto (2012), o sintoma seria uma forma de manifestação do inconsciente, uma maneira que ele encontra de poder falar. Isto quer dizer que o sintoma indica um modo de dizer aquilo que não pode ou não consegue ser dito por meio da palavra. Sendo assim, o sintoma assume a condição de uma resposta ou solução. Se há sintoma na criança, ela está na condição de dizer algo do sintoma desta estrutura que a sustenta: seus pais. Para Winnicott (1966/1999), a existência psicossomática é uma realização e embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. Uma crise nesta área tem a ver com todas as dificuldades que afetam a saúde do corpo, que realmente se originam da indefinição da estrutura da personalidade.

Pinto, (2004), Mazet e Stoleru, (1990), e Robert-Tissot et al. (1989) consideram como sintomas psicofuncionais mais frequentes na primeira infância os distúrbios do sono, alimentares, digestivos e gástricos, respiratórios, de pele e de comportamento. Quanto aos distúrbios alimentares, Robert-Tissot et al. (1996) refere que estes tiveram prevalência de 12%. Esses resultados foram alcançados a partir de um estudo realizado sobre psicoterapia para distúrbios psicofuncionais de 75 duplas mãe-bebê com idade média de 15 meses. Além disso, constatou-se que 15% dos problemas eram provenientes da interação entre pais e filhos, envolvendo problemas de apego e ansiedade de separação. O estudo de Nicholls e Bryant-Waugh (2008) foi o que apresentou maior prevalência, pois 50% dos pais relataram um problema alimentar e mais de 20% reportaram múltiplos problemas em crianças com idade entre nove meses e sete anos.

Apesar de causar grande preocupação nos pais, as perturbações alimentares da primeira infância são consideradas frequentes e podem interferir na relação com o bebê. Estas dificuldades podem ser caracterizadas por flutuações do apetite, transitórias e relacionadas com acontecimentos leves, como alterações no quotidiano ou no ambiente, entrada na creche, nascimento de irmãos, até situações de recusa alimentar graves que podem pôr em risco a vida da criança. Esses comportamentos podem ser acompanhados ou não do aparecimento de comportamentos atípicos e estranhos (Gonçalves & Rodrigues, 1998). Para Pinto (2004), os transtornos alimentares são aqueles que apresentam alterações tanto na quantidade quanto na qualidade da alimentação, além de dificuldades com tipos específicos de alimentos que são introduzidos ao longo do primeiro ano de vida. Já para Nicholls e Bryant-Waugh (2008), as dificuldades alimentares podem surgir em crianças com desenvolvimento normal, mas também naquelas com algum tipo de condição médica crônica ou com transtornos no desenvolvimento. As causas podem ser múltiplas, mas tem havido um esforço a fim de classificar as dificuldades de alimentação que surgem, principalmente, de dificuldades psicológicas e de relacionamento e não como resultado de problemas orgânicos ou de desenvolvimento. O DSM – V (2013) ressalta que condições médicas como doenças gastrointestinais, alergias e intolerâncias alimentares, e neoplasias ocultas, são exemplos de condições médicas ou comorbidades subjacentes podem interferir na alimentação e no comer.

No estudo de Perosa et al. (2011), alimentar uma criança é um processo altamente interativo, que depende das habilidades e das características de ambos parceiros. O êxito nessa situação pode estar associado a condições contextuais, à responsividade materna, mas, também ao apetite e à flexibilidade da criança. Para Palladino, Cunha e Souza (2007), a coocorrência de problemas de linguagem oral e transtornos alimentares não é considerada coincidência para os autores que avaliam ambos como transtornos da oralidade o que é contatado no trabalho de Ferriolli (2010) que identificou uma estreita relação entre transtornos

de alimentação e alterações de fala e linguagem. O estudo de Carvalho et al. (2013) com crianças desnutridas com idade entre dois e três anos e meio e suas mães, mostrou que a recusa alimentar se apresentou através da renúncia, por parte das crianças, de qualquer alimento que não fosse o leite materno. Havia uma dificuldade das mesmas em renunciar o objeto seio e operar as devidas substituições para outros objetos/alimentos. Recusa alimentar, portanto, seria como uma resposta ao processo de amamentação e desmame.

Diante do exposto, as primeiras relações entre o bebê e sua mãe são fundamentais e estruturantes, contribuindo para o desenvolvimento da constituição psíquica do bebê. Porém, o bebê precisa ser visto com um olhar diferente, pois se trata de um sujeito que não fala e não brinca como as crianças maiores e os adultos.

Justificativa e objetivos do estudo

Vendruscolo et al. (2012) referem que é importante abordar o tema da alimentação do bebê na perspectiva relacional, indo além do aspecto nutricional, pois a introdução ou retirada de qualquer modalidade alimentar, embora dependa de condições orgânicas do bebê, relaciona-se aos tempos alimentares determinados na relação deste com sua mãe e merece investigação. Além disso, Souza e Callia (2013) reforçam a ideia de que Reconhecer a importância e pertinência de intervenções na faixa etária de 0 a 3 anos, é reconhecer no sintoma, um pedido de ajuda, manifestações muito iniciais relativas a funções vitais como comer, dormir. Sendo assim, considera-se que a detecção precoce de problemas na primeira infância e a consequente dificuldade no diagnóstico revela um campo de pesquisa ainda pouco explorado. Entende-se que as dificuldades alimentares apresentadas pelo bebê são manifestações importantes da primeira infância e podem estar relacionadas ao modo como se

dá a relação mãe/bebê. Assim, partindo do referencial psicanalítico, o presente estudo tem por objetivo compreender como se configura a relação mãe e filho com dificuldades alimentares.

Método

Delineamento

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, em andamento, denominada de *Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação*, coordenada pela Prof^a Dr^a Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com a colaboração das pesquisadoras Prof^a Dr^a Giana Bitencourt Frizzo e Prof^a Dr^a Rita de Cássia Sobreira Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e Prof^a Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli e Prof^a Dr^a Angela Helena Marin, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Essa pesquisa maior tem por objetivo identificar sintomas psicofuncionais em bebês de seis a doze meses de idade, atendidos em instituições de educação e/ou saúde públicas, bem como avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê, cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional. Para isso, previu-se a realização de um estudo de caráter metodológico misto, com estratégia exploratória sequencial, composto por dois estudos interligados.

O presente estudo, derivado desse projeto maior utilizou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, empregando estudo de casos múltiplos. De acordo com Yin (2005), nesse tipo de estudo investiga-se empiricamente um fenômeno com profundidade, contextualmente, especialmente quando não há clareza evidente dos limites entre fenômeno-

contexto. Portanto, ao empregá-lo, é possível obter conclusões por meio do cruzamento entre os casos pesquisados.

Participantes

Participaram deste estudo três duplas mãe-bebê, que foram identificadas na primeira etapa do estudo maior referido, durante a qual se realizou um mapeamento da presença ou não de sintomas psicofuncionais nos bebês. Os participantes preencheram os seguintes critérios de inclusão: (a) para os bebês: ter idade entre seis e doze meses de vida e apresentar sintoma psicofuncional na área da alimentação (identificado a partir do Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al.,1989); (b) para as mães: ter idade acima de 18 anos. Quanto aos critérios de exclusão, foram adotados os seguintes: (a) para os bebês: apresentar malformações, síndromes e problemas neurológicos, e ausência de sintoma psicofuncional; (b) para as mães: presença de retardo mental (observado a partir do contato com elas) e outros quadros psicopatológicos severos, tais como esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas, identificados a partir da aplicação do M.I.N.I. PLUS (Sheehan et al., 1998). Em razão do manual do Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al.,1989) não informar um ponto de corte que classifique os bebês como tendo ou não tendo sintomas, optou-se por eleger para o estudo aqueles bebês que obtiveram maior pontuação na área da alimentação. De um total máximo de 35 pontos que podem ser alcançados na área da alimentação, os participantes obtiveram uma média de 15 pontos. Demais informações sobre as duplas constam na Tabela 2.

Tabela 2

Participantes

Dados	Bebê Larissa e Mãe Carolina	Bebê Gustavo e Mãe Marina	Bebê Heloísa e Mãe Clarissa
Idade da Mãe	33	32	34
Idade do Bebê	07 meses	07 meses	06 meses
Ocupação	Dona de Casa	Autônoma	Gerente
Tempo de Casados	5 anos	3 anos	5 anos
Resultado M.I.N.I da Mãe	Não evidenciou indicadores de psicopatologia	Episódio Hipomaníaco Atual e Transtorno de Somatização na vida inteira	Não evidenciou indicadores de psicopatologia
Pontuação na Área da Alimentação	17 Pontos	15 Pontos	13 Pontos
Principal Cuidador	Mãe e Avó materna	Mãe e avós	Mãe, avós e escola

Procedimentos e Instrumentos

A pesquisa maior foi submetida e aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Protocolo de aprovação do CEP/UFSPA - N ° 14/2012), respeitando todos os procedimentos éticos para Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos contidos na Resolução nº 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466/2012.

As duplas foram selecionadas por conveniência e as coletas realizadas pela pesquisadora. Após explanação dos objetivos da pesquisa e concordância em participar, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C). Os

encontros foram gravados em áudio e vídeo e transcritos literalmente, sob a autorização das participantes. Os seguintes instrumentos foram utilizados:

- a) *Ficha de Dados Clínicos*, abrangendo perguntas sobre a gestação, período pós-parto e dados acerca da saúde do bebê e da família (Apêndice E).
- b) *Ficha de Dados Sociodemográficos*, contendo questões sobre o bebê e sua família, tais como escolaridade e ocupação dos pais, descrição da moradia (para classificação do nível socioeconômico), ordem de nascimento do bebê, histórico de doenças e internação, tipo de parto, entre outros (Apêndice D).
- c) *Mini Mental Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. – Plus), elaborado por Sheehan et al., (1998) e traduzido por Amorim (2000). Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 2002), além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Também permite identificar participantes *borderline*, com regressão psicótica e com ansiedade de separação. É um instrumento que pode ser aplicado em um período relativamente curto de tempo (entre 15 e 30 minutos), e destina-se ao uso na prática clínica e em pesquisa, como instrumento de seleção de participantes. Nesse estudo, esse instrumento foi utilizado para excluir a participação de mães que apresentavam indicadores relacionados ao risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e antissocial e com regressão psicótica. Os demais indicadores, tais como os de depressão e de ansiedade, não foram utilizados como critério de exclusão, e sim para o entendimento da dinâmica relacional de cada dupla mãe-bebê (Apêndice G).
- d) *Questionário “Symptom Check-List” - Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância*, elaborado por Robert-Tissot et al. (1989). Instrumento ainda

não validado no Brasil, mas traduzido pela Prof^a Dr^a Elizabeth Batista Pinto Wiese, revisado pela Prof^a Dr^a Jaqueline Wendland, e utilizado mediante autorização da tradutora e da revisora, conforme contatos efetuados. Trata-se de um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida. É composto por perguntas de tipo fechado (com a escolha de uma resposta em uma escala padrão), perguntas abertas, de escolha múltipla (número limitado de respostas) e por um conjunto de perguntas abertas em lista. O conjunto de perguntas fechadas avalia a presença, frequência, intensidade e duração das manifestações sintomáticas da criança durante as últimas quatro semanas. Os demais blocos, que incluem as perguntas abertas, em lista e de escolha múltipla, fornecem informações sobre a história dos transtornos, as circunstâncias da ocorrência, as explicações propostas pelo ambiente, as reações e as tentativas para sanar os transtornos. A presença de perguntas abertas mantém a aparência de uma entrevista e permite a participação da mãe. Já as perguntas fechadas garantem a coleta de dados quantificáveis. Ao todo, o questionário é composto por 84 perguntas que permitem explorar os seguintes aspectos: sono, alimentação, digestão, respiração, pele, alergias, comportamento, medos, separação, utilização de cuidados médicos e mudanças na vida da criança. Destaca-se que, caso o bebê não apresente alguma categoria de sintoma, as demais questões a ele relacionadas são desconsideradas, o que agiliza a sua aplicação (Apêndice F).

A aplicação desses instrumentos foi realizada pela pesquisadora num único encontro de, aproximadamente, 90 minutos, e as respostas dadas à ficha de dados sociodemográficos, foram registradas somente por escrito, ao passo que as respostas dadas ao M.I.N.I. PLUS

(Sheehan et al., 1998) e Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989) foram gravadas em áudio.

Os bebês que tiveram maior pontuação na área da alimentação identificados a partir do Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989) e cujas mães não apresentaram indicadores de psicopatologia grave, como risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica e abuso de substâncias químicas, segundo o M.I.N.I. – Plus (Sheehan et al., 1998), participaram do segundo momento do estudo em que foi assinada a nova versão do TCLE (Apêndice H). Os instrumentos utilizados nesta etapa foram os seguintes:

- a) *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (versão adaptada de GIDEP/NUDIF, 2008): roteiro de entrevista semiestruturada para investigar diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, relação da mãe com os próprios genitores, história da gestação, parto e primeiro ano de vida do bebê, expectativas sobre o bebê e a maternidade, entre outros (Apêndice J).
- b) *Interaction Assessment Procedure* (IAP) (Wiese & Leenders, 2006): trata-se de um procedimento padronizado de observação, baseado no KIA Profil (Stern, Robert-Tissot, Muralt, & Cramer, 1989), que objetiva a avaliação quantitativa e qualitativa da interação pais-bebê (Apêndice I): São utilizadas as seguintes categorias para avaliar o comportamento da mãe
 - Sensibilidade: é categorizada como excelente, boa, inconsistente, fraca ou inexistente. Excelente indica uma qualidade especial que pode ser observada na interação. Como boa entende-se que o comportamento dos pais é semelhante

ao altamente sensível, mas sem uma qualidade excelente nas trocas interativas, indicando mãe/pai suficientemente boa/bom. Na categoria inconsistente, apesar de haverem amostras de sensibilidade parental, o observador julga difícil afirmar que o comportamento da mãe/pai seja saudável, seja por inconsistências, ambivalências ou flutuações. Já o resultado fraco corresponde a um estilo ativo/rude ou seu oposto, passivo/deprimido e afetivamente pouco expressivo (plano), onde, no entanto, se pode observar ainda alguns aspectos positivos. Por último, no inexistente o adulto mostra um nível baixo de interação positiva com a criança, e muitas vezes apresenta uma afetividade negativa.

- Estruturação: a estrutura parental na interação é avaliada como excelente quando a mãe ou o pai demonstra que se sente bem na situação, fornece excelente estruturação para a criança e é bem sucedido. Inconsistente é considerado quando há inconsistências na forma como o adulto estrutura ou estabelece limites para a criança. Inadequado sugere que a mãe ou o pai não coloca limites e não provê estrutura para a criança, por exemplo, sendo passivo ou indulgente.
- Não-Intrusividade: a interação avaliada como não-intrusiva, demonstra que o adulto tem a qualidade de estar efetivamente presente na interação sem que dela se apodere; deixa a criança liderar e oferece as bases da brincadeira de acordo com a liderança da criança, favorecendo o espaço para uma interação suave. Parcialmente intrusivo é considerado quando a mãe/pai frequentemente estabelece os passos da interação, faz perguntas, dirige o curso da brincadeira, faz sugestões, propõe mudanças para temas opostos àqueles escolhidos pela criança; é um comportamento que se parece mais como diretivo e super-

protetor do que propriamente intrusivo. O comportamento intrusivo indica pais super-estimuladores, que não oferecem espaço suficiente para a criança explorar e conduzir.

- Não Hostilidade: a interação considerada como não hostil demonstra que o adulto não apresenta qualquer indício de hostilidade (óbvia ou encoberta) para com a criança. Uma avaliação de hostilidade encoberta significa que o adulto mostra alguns sinais de hostilidade como impaciência, desconforto, aborrecimento, provocação, elevação da voz, atitude de sofrimento que podem estar acobertados. Já a classificação hostil indica que o adulto é claramente rude com a criança, seja na expressão facial, vocal ou comportamento abusivo, ou mesmo sarcasmo ou frieza.

As seguintes categorias são utilizadas para analisar o comportamento do bebê:

- Responsividade: diz respeito à predisposição para a troca interativa com o adulto. É considerada a resposta da criança a uma tentativa de interação da mãe, em termos de existência da resposta e de sua qualidade afetiva. Pode aparecer em duas situações: 1) a avidez e disposição para a interação com o adulto, seguindo uma tentativa de troca interativa por parte deste; 2) demonstração clara de prazer. A responsividade é analisada como excelente quando há um equilíbrio entre responsividade ao adulto e autonomia nas atividades, combinado com uma postura afetiva positiva e quando o bebê responde às tentativas da mãe, mas sem urgência e ansiedade, demonstrando prazer. Moderado é considerado quando se apresenta as mesmas qualidades referidas anteriormente, mas de forma menos expressivas. Fraca corresponde a

uma séria preocupação com relação à responsividade afetiva e comportamental da criança em relação à mãe. Por fim, inexistente é quando a criança raramente mostra responsividade afetiva e comportamental às tentativas de interação da mãe.

- Envolvimento: é o grau no qual o bebê segue e se envolve na brincadeira da mãe. O envolvimento pode ser avaliado como excelente quando a criança mostra um equilíbrio entre ser autônoma nas atividades e conduzir o adulto para a interação, o que é demonstrado através do contato visual, físico ou verbal, em tensão ou urgência. Moderado é considerado quando a criança mostra mais interesse na atividade do que no engajamento na interação, mas periodicamente demanda alguma atenção do adulto. Já a graduação fraca é dada quando a criança não tenta conduzir o adulto para a interação, podendo ter comportamento de evitação ou desinteresse na atividade ou na interação. Por último, inexistente significa que a criança não se orienta com relação à mãe e não propõe e nem elabora a troca interativa.

Para cada um desses itens, o observador deve assinalar, em uma escala likert, variando de inexistente a excelente, aquela opção que melhor representa os comportamentos observados em cada um dos parceiros e da díade, ao longo de aproximadamente 30 minutos. O caráter qualitativo decorre do fato de as categorias de comportamento serem claras e detalhadamente definidas, possibilitando uma descrição rica dos comportamentos interativos e individuais. No procedimento original, a fim de organizar a observação, é solicitado que os pais/mães brinquem com a criança sem utilizar brinquedos por aproximadamente quatro minutos, brinquem com brinquedos por aproximadamente oito minutos, ensinem algo à criança por três minutos, ignorem a criança por aproximadamente três minutos, separem-se da

criança por aproximadamente três minutos e após reencontrem a criança (interagindo com ela por em torno de cinco minutos). Tendo em vista a idade dos bebês do presente estudo, foi usada versão adaptada desse procedimento, solicitando-se às mães que se separem da criança por aproximadamente um minuto. As autoras foram contatadas para autorização do uso adaptado do IAP no presente estudo.

A aplicação das entrevistas e dos instrumentos foi realizada no domicílio da família ou em local combinado, conforme a disponibilidade dos participantes.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente com a autorização da participante. Todo o material foi analisado e interpretado a partir do referencial teórico psicanalítico, que aborda a relação mãe e filho e as questões relacionadas à alimentação nos primeiros anos de vida. A ficha de dados clínicos e a ficha de dados sociodemográficos foram utilizadas para complementar o entendimento de cada caso. O M.I.N.I. – Plus (Sheehan et al., 1998), seguiu o protocolo do próprio instrumento e serviu para seleção dos participantes, assim como o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989). A análise da filmagem do Interaction Assessment Procedure (IAP) (Wiese & Leenders, 2006) foi realizada por dois juízes, os quais analisaram e classificaram individualmente o instrumento. Adotou-se o procedimento de consenso entre eles, recorrendo-se a um terceiro avaliador quando não havia concordância. Posteriormente foi realizado o cruzamento das informações. Já as entrevistas foram lidas e relidas, a fim de buscar conteúdos que se relacionassem com os eixos estabelecidos para a construção dos casos.

Para a análise dos dados, utilizou-se a proposta de estudo de casos múltiplos de Yin (2005). Os casos foram construídos num primeiro momento de forma individual, integrando

os resultados adquiridos através da aplicação dos instrumentos. Após esta etapa, os casos foram contextualizados e, após, organizados a partir de quatro eixos temáticos: 1) A experiência de ser mãe, 2) As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos, 3) As dificuldades alimentares do bebê e 4) Relação mãe e bebê. Estes eixos foram contruídos a partir da entrevista e das categorias do Interaction Assessment Procedure (IAP) (Wiese & Leenders, 2006). Os nomes dos participantes, bem como as informações que possibilitassem a identificação destes, foram modificados a fim de preservar sua privacidade.

Após a integração dos resultados, apresenta-se a discussão, que constituiu em analisar o fenômeno de forma exaustiva, buscando articular a revisão teórica com os fatos relatados por cada mãe. Em um segundo momento, foi realizada a Síntese de Casos Cruzados a partir da premissa de Yin (2005) que, após explanação de cada caso, confronta os pontos em comum e os pontos em que se diferem.

Caso 1: Larissa e Carolina

O primeiro caso a ser explanado será o de Larissa, uma bebê de seis meses, filha única de Carolina, de 33 anos, e Miguel, de 51 anos, que residem na região metropolitana de Porto Alegre. A mãe foi selecionada por conveniência e as coletas foram realizadas na casa da dupla. Larissa apresentou, segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al., 1989), 17 pontos nas questões que avaliam a área da alimentação.

A mãe tem curso superior, mas atualmente não trabalha e se dedica exclusivamente à filha. Seu esposo, Miguel, tem escolaridade superior incompleta e trabalha com comércio. O casal está casado há cinco anos. Miguel possui um filho de 16 anos, de um relacionamento anterior, o qual mora com a mãe.

Carolina é a filha mais nova de uma família de três mulheres. Ela e a irmã do meio têm um ano de diferença. Sobre seu nascimento, relata que ficou um tempo no hospital para adquirir peso, pois nasceu com 2.200 gramas e considera que sua infância foi bem aproveitada. Brincava e aprontava bastante com as irmãs. Carolina e a mãe possuem um relacionamento bem próximo; já o pai é considerado uma pessoa mais fechada, porém possuem um bom relacionamento. A família de Miguel mora em outra cidade, mas possuem contato próximo, apesar da distância.

Os pais de Larissa estavam juntos há quatro anos quando ocorreu a gravidez. Esta foi desejada, mas a mãe demorou a perceber, por estar envolvida com a festa de aniversário do marido. Quando descobriu a gravidez, estava de cinco semanas. Em razão disso, comenta que não deu tempo para ter a expectativa e a dúvida se estava ou não grávida. A gestação foi muito festejada pela família e transcorreu sem intercorrências. Miguel acompanhou as primeiras ecografias e consultas. Quando este não podia comparecer, a mãe de Carolina lhe acompanhava.

Ao final da gravidez, Carolina passou a ter pressão alta. Com 37 semanas, estava fazendo uma ecografia de rotina quando foi constatado que o bebê estava em sofrimento e logo foi encaminhada para realizar uma cesárea de urgência. Relata que foi tudo rápido e não teve tempo de ficar nervosa e de pensar. Logo após Larissa nascer, Carolina começou a passar mal e sua pressão baixou, tinha a sensação de estar caindo num buraco e pediu para tirarem a bebê de perto dela. Somente se sentiu plenamente recuperada após a retirada dos pontos, dez dias após o parto. Por ter aspirado mecônio, Larissa precisou ficar internada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por sete dias. O pai a visitou após o parto, sendo que Carolina foi liberada no dia seguinte, mas esta refere que estava “dopada” (sic) por causa das medicações. Por mais que o marido a tenha tranquilizado sobre o quadro da filha, Carolina se assustou ao ver Larissa entubada. A partir desse momento, passou a extrair seu leite para que pudesse ser

oferecido por sonda para a menina. No entanto, a mãe considera que o momento mais difícil foi quando teve alta e a filha ficou no hospital. Apesar disso, a visitava diariamente e a amamentava no peito, fato que ocorreu quando teve alta. A adaptação em casa, após a alta hospitalar, foi considerada boa por Carolina, pois percebe a bebê como tranquila, mas tinha receio de que alguma coisa poderia acontecer e precisariam retornar ao hospital.

Apesar de que Carolina estava no final da gestação e a qualquer momento Larissa poderia nascer, percebe-se que Carolina não estava preparada e não teve tempo de se preparar para o parto e muito menos para pensar acerca do estado de saúde da filha. Tudo foi muito rápido. Carolina levou dez dias para se sentir bem, pois até a retirada dos pontos da cesárea sentia tonturas e passava muito mal. Refere que se “bloqueou” (sic) durante o tempo em que filha ficou internada. Talvez tenha sido a maneira que encontrou para enfrentar a situação e poder ir diariamente ao hospital para amamentar Larissa.

Chama atenção que os homens da família, pai e esposo de Carolina, são pouco referidos por ela. No entanto, percebe-se que sua mãe tem papel principal tanto na sua história pregressa quanto atual. As duas possuem uma ligação bem forte, assim como uma história parecida, pois Carolina também teve internação neonatal e dedica-se somente à família, assim como sua mãe.

Experiência de ser mãe

Carolina se sente renovada com a experiência de ser mãe. Percebe que os valores, as prioridades mudaram e o casamento ficou melhor, pois acredita que renova a união da família. No entanto, considera que o mais difícil em ser mãe é a comunicação, pois ela e a bebê não se entendem: *“...a gente acaba tendo, achando que ela quer uma coisa e ela quer outra. Depende né? Não fala ainda, tem que interpretar daí às vezes na hora agrada, mas depois tu*

vê que não, mas não era isso aqui". Em outro momento da entrevista, Carolina refere que as duas se entendem muito bem e que consegue decifrar os desejos de Larissa: *"Eu sei assim quando é fralda, quando ela quer levantar, quando quer arrotar, quando ela quer dormir"*.

As contradições são constantes durante a conversa. Muitas vezes refere alguma dificuldade ou algo que não está bem, para em outro momento falar o oposto. Talvez possua a necessidade de mostrar que é uma boa mãe e contradizer as expectativas que todos tinham de que não se sairia tão bem nesse papel. Uma demonstração disso é na entrevista em que refere que Larissa pega no sono no meio dos pais, que a colocam no seu quarto depois que dorme, para mais adiante, na mesma entrevista, se contradizer dizendo que a filha dorme sozinha desde o primeiro dia em casa.

Carolina possuía algumas expectativas em relação a como Larissa seria, mas estas não se confirmaram após o nascimento da menina. Esperava que a filha fosse como ela, agitada, mas Larissa é bastante tranquila e querida. Além disso, imaginava que ser mãe seria um pouco mais complicado pelo jeito que as suas amigas eram com seus filhos. As pessoas à sua volta e seu marido também se surpreenderam em como está se saindo no papel de mãe. Para eles, está sendo uma mãe melhor do que imaginavam. Já Carolina se mostrou surpresa com essas declarações, mas, ao mesmo tempo, não tem curiosidade em saber que ideias formavam dela, somente refere que se espelha e deseja ser uma mãe como a sua é. Preocupa-se em "não ser liberal ou trancar demais" (sic).

Há um constante receio de que Larissa precise retornar ao hospital e cada resfriado ou mal-estar é como se fosse um desafio para a mãe: *"Tu dá os medicamentos tudo, mas tu nunca sabe...daí tu morre de medo que vá parar no hospital de novo"*. Parecia estar sempre de sobreaviso após a alta hospitalar da bebê: *"...todo dia, toda hora eu tinha que, ela mesma não fazia barulho eu já ia lá no quarto ver como é que ela tava várias vezes"*. Ademais, as orientações dadas pela equipe médica eram seguidas à risca: *"Não só falaram que se ela não*

acordasse de noite, não era para eu acordar que daí se ela tivesse fome, realmente ia pedir. E daí me falaram pra eu manter a temperatura que era da UTI no quarto dela, dos 26 graus, porque né, não podia ficar direto...bem no calorão, então tudo assim eles passavam assim pra gente”.

Em relação aos cuidados com a filha, a mãe é a responsável pelo banho, alimentação, sono e troca de fraldas, atividades e cuidados de rotina, enquanto que o pai chega à noite e brinca com a menina antes dela dormir. Esta só dorme ao lado do pai ou ao ouvir a voz dele. Nos fins de semana, pelo pai estar em casa, este se envolve nos cuidados e atividades de rotina com a filha. Torna-se evidente que o pai fica com a parte divertida e é quem consegue relaxar e ter momentos lúdicos com a bebê, enquanto que Carolina não consegue achar um meio termo, uma medida entre ser liberal e “trancada” demais, como referiu.

As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos

No dia posterior ao parto, Carolina iniciou a retirada do leite materno, sendo que a amamentação propriamente dita se iniciou no dia da sua alta hospitalar, quatro dias depois da bebê nascer. Até a alta de Larissa, Carolina ia todos os dias ao hospital amamentar a filha. No primeiro mês após a alta, a bebê acordava à noite para mamar. Após esse período, passou a dormir a noite inteira e Carolina foi orientada a não acordar a filha, pois se ela estivesse com fome, ela ia pedir. A frequência das mamadas era a cada três horas, em média, e duravam cerca de vinte minutos. Em termos de amamentação, Carolina não refere dificuldades. Considera que sempre foi um momento tranquilo, mas que atualmente é melhor, pois Larissa brinca e interage mais durante a mamada. No entanto, isso não é observado durante a entrevista quando a mãe coloca a filha para mamar, já que a menina se ocupa em mamar e a

mãe em posicioná-la no peito, não havendo nenhum tipo de comunicação, nem visual e nem verbal.

A introdução de novos alimentos iniciou quando Larissa tinha seis meses de idade. No entanto, a bebê apresenta muita resistência. Carolina considera que nessa parte Larissa ainda está indo devagar. Muitas vezes come alguma coisa e meia hora depois quer o peito. A menina mantém o ritmo das mamadas a cada três horas.

Como já foi referido anteriormente, Larissa apresentou, segundo o *Symptom Check-List*, pontuação na área da alimentação com dificuldades na introdução de novos alimentos. A mãe e a avó de Larissa são as pessoas que geralmente dão comida para a menina. As refeições duram em torno de dez minutos, e ela come até cinco colheradas de comida e não quer mais. O que a menina come, varia a cada dia ou a cada refeição. Em relação à comida, a mãe refere que a bebê come carne, mas esta é triturada com todos os outros alimentos. Ao ser questionada se a filha recusa alimentos sólidos, Carolina fala: “*Tem que ser tudo papinha, esmagadinha*”. No entanto, se surpreende que a bebê aceita bem alimentos que não poderia comer, como calda de bolo e sorvete. Muitas vezes a mãe precisa de estratégias e brincadeiras para fazer a filha comer, mas fala que quando Larissa fecha a boca, não adianta insistir. Ao realizar a entrevista sobre a experiência da maternidade vinte dias depois da aplicação do questionário *Symptom Check List*, Carolina refere que a aceitação está melhor e mais fácil, apesar de ainda utilizarem estratégias para incentivar a menina a comer.

Quanto ao aleitamento, a mãe refere que não há um padrão estabelecido para as mamadas, como horário e frequência. “*Hoje em dia ela tá comendo um pouco mais...mas logo depois ela quer o peito. Não dá meia hora depois ela quer o leite*”. No entanto, no decorrer da entrevista se contradiz e fala que geralmente a bebê mama no peito entre as refeições, sempre no mesmo horário.

Além da rejeição à comida, Larissa também estranha o suco dado em mamadeira. Carolina imagina que é em razão de que na mamadeira o líquido sai mais fácil se comparado à amamentação e também porque não gosta de algumas frutas.

As dificuldades alimentares do bebê

Ao introduzir alimentos sólidos e líquidos, Larissa fazia caretas e fechava a boca e não comia nada. A primeira refeição foi considerada como a mais difícil, mas Carolina associa com a novidade de os alimentos ser algo novo para a filha. Mesmo apresentando dificuldade alimentar, não há recusa total dos alimentos sólidos e líquidos, pois sempre aceita nem que seja um pouquinho. Para que a menina coma, a mãe tritura os alimentos, pois tem que ser tudo esmagado ou em forma de papinha e dessa maneira a filha aceita melhor, mas tem momentos em que Larissa não quer abrir a boca e só quer mamar. Dificilmente ela come toda a refeição que lhe é servida, se restringindo a cinco colheradas de comida. No entanto, a mãe tem a percepção de que quando a filha fecha a boca, não adianta insistir para que ela coma mais: *“Se ela abriu a boquinha e engoliu, beleza! Mas ela é um pouco persistente no aceitar porque se ela abriu a boca e aceitou, vai que é...”* Apesar de todas as dificuldades relatadas, Carolina considera o momento da refeição como: *“Mais para divertido (risos) é agradável (risos)”*. A maneira como a mãe prepara os alimentos, de forma triturada, não é o recomendado, pois nessa fase, a criança está aprendendo a distinguir a consistência, sabores e cores dos novos alimentos, além de não estimular a mastigação (Brasil, 2010).

Sobre a pior refeição no último mês, Carolina relata: *“Acho que foi o primeiro dia pra ela aceitar, porque tudo era novo. Ela não queria abrir a boca, ela não queria ficar sentadinha, o suquinho foi o que ela mais aceitou no primeiro dia, mas o resto ela...grudava a boquinha e só queria o leite.”*

Geralmente quem alimenta Larissa é a mãe, mas sua avó e sua tia materna são presenças constantes nas refeições e possuem as mesmas dificuldades na hora de oferecer o alimento. Além de tudo, estas também se desdobram em brincadeiras e incentivos para fazer a menina comer. Carolina pensa que há uma resistência em aceitar um alimento e que isso pode estar relacionado ao fato de ser algo novo e também pelo leite materno ser doce, e interpreta da seguinte maneira: *“...não sei se ela tem um pouco de pensar: aí eu vou começar a aceitar isso eu não vou mais ganhar meu leite. Não sei o que se passa na cabecinha e sempre quer um tite depois”*. Possivelmente a mãe também pensa desta maneira, pois aparenta ter receio de que perderá a exclusividade de alimentar a filha já que amamentar somente ela pode fazer. Ao mesmo tempo, lhe foi dito que o seu leite foi o que fez Larissa se recuperar quando estava no hospital. Talvez seja por isso que a amamentação é a parte mais tranquila da alimentação, e a dificuldade alimentar poderia estar relacionada ao possível receio da mãe em dar outros alimentos como se só o seu leite fosse suficiente e necessário, apesar de Larissa já estar apta a receber novos alimentos. A introdução de novos alimentos pode significar, para a mãe, ser substituída por qualquer pessoa e enfrentar uma possível separação. Além disso, ao triturar todos os alimentos faz com que Larissa seja tratada como uma bebê incapaz de se alimentar com comidas sólidas, apesar de já ter idade para isso. No estudo de Fan (2008), em que foi observada a relação entre mãe e bebê, constatou-se que no momento de passar da amamentação para o alimento sólido, percebeu-se o medo de separação da mãe. A mãe e o bebê não se observavam mais olho a olho, mas observavam a colher, o objeto de transição que marcava essa separação. Talvez isto possa estar ocorrendo com Carolina, a alimentação pode estar representando uma separação para a qual não se sente preparada e até disponível.

Relação mãe e bebê

Carolina espera que a filha seja muito próxima a ela, assim como é com sua mãe e diz: *“A mãe diz que a Larissa é que nem eu quando criança, assim, não era de mexer. Brincava, ficava na dela, assim bem... bem parecida”*.

Algumas vezes Carolina descreve a filha como exigente. Larissa já estabeleceu uma rotina com horários para dormir e comer, mas os pais muitas vezes ignoram essa informação, fazendo com que a menina fique irritada e brava. Larissa apresenta comportamentos diferentes quando está com a mãe e quando está com a avó. Geralmente Larissa dorme tranquila, segundo a mãe, mas quando está na casa da avó, a bebê quer que a façam dormir e ficar com ela no colo até pegar no sono.

A mãe parece não estar atenta às necessidades da filha. Deixa ela no carrinho de frente para a cristaleira que contém objetos inanimados e até parecidos com a mãe, que transparece uma apatia e dificuldade de interagir, ao invés de oferecer um brinquedo ou colocá-la na frente da televisão para se entreter. Essas dificuldades, além de não conseguir compreender o que a filha está querendo dizer, se tornam evidentes durante a entrevista, em que desde o início a menina resmunga, vocaliza e se mostra incomodada com alguma coisa. A mãe parecia não prestar atenção ou não dar importância para isso. Aos 27 minutos, pede licença para trocar a fralda, mas a fralda não estava suja. Por fim, a menina mamou no peito e dormiu, mas até isto acontecer, Carolina pouco conversou com a filha, olhou nos olhos dela. Passava a maior parte do tempo passando a mão no corpo da menina. A mãe parece não estar atenta às necessidades da filha por estar centrada nas suas próprias necessidades; há uma espécie de introspecção, de estar voltada para si e isso faz com que se sinta satisfeita com o tipo de relacionamento que possui com sua filha e também por não se queixar acerca das dificuldades alimentares da bebê.

A interação entre mãe e bebê foi examinada a partir do IAP (Wiese & Leenders, 2006), onde foram observados os comportamentos da mãe (sensibilidade, estruturação, não-intrusividade e não hostilidade), o comportamento da criança (responsividade e envolvimento) e a interação da dupla. A análise do vídeo mostrou que a mãe possui sensibilidade fraca, pois conversa pouco com a filha, além de não utilizar os brinquedos para interagir e brincar junto com ela, se mantendo numa posição passiva. A estruturação foi considerada inconsistente, pois não há um movimento da mãe em preparar uma brincadeira ou na hora em que tem que deixar a filha sozinha, a mãe não colocou almofadas ao redor da menina para que esta não caísse, pois não ficava sentada sem apoio. Novamente mantém uma postura passiva, monótona. Na categoria não-intrusividade, avaliou-se que Carolina teve uma interação intrusiva por não oferecer uma base e estímulo para que Larissa pudesse explorar os brinquedos, sendo assim, não favorece um espaço para que a interação fosse harmoniosa, pois esta é inexistente. Quando é pedido que a mãe ensine a filha como se usa o brinquedo, o que faz é parar na frente da filha e puxar a corda do brinquedo para tocar a música. Ao terminar a música, parece esperar que a filha mexesse no brinquedo e esta faz algumas vocalizações, mas não há nenhum movimento em direção à abelhinha e a mãe não estimula também. A interação da mãe com a filha foi analisada como não hostil, por apresentar conduta paciente, não mudar o tom de voz e não parecer se aborrecer ou se incomodar com as atitudes da bebê. Isso se torna evidente quando a bebê pega um brinquedo e a mãe fica segurando outro na sua frente como se estivesse dizendo que é para a filha trocar de brinquedo e fica parada, congelada na frente da menina.

Por parte da criança, os comportamentos de responsividade e envolvimento na interação foram avaliados como fracos por não demonstrar qualquer entusiasmo ou prazer na interação, além de responsividade afetiva para com a mãe. Além disso, Larissa não apresenta tentativas de conduzir Carolina para a interação, há sim um desinteresse na interação.

Através da análise do caso Larissa e Carolina, pôde-se perceber que a mãe não exerce uma função de espelho (Moreno & Júnior, 2012; Winnicott, 1971/1975) como quando o bebê olha para o rosto da mãe e se vê no rosto dela, como se ele estivesse sendo refletido no rosto da mãe. O rosto da mãe, e particularmente seu olhar, apresenta papel singular no desenvolvimento do ego, tanto em seu aspecto normal quanto no patológico. O que o bebê vê aí determinará um caminho normal ou patológico. Se a mãe pode se identificar com o bebê, o que o bebê verá será ele mesmo. No entanto, muitos bebês tem uma longa experiência em não receber de volta o que estão dando e isso traz consequências. Sendo assim, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar e de uma ou outra maneira ele vai à procura de outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente. O bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que vê é o rosto da mãe, e não um espelho de si mesmo, e então tentam obter algo de si mesmos por outros meios: pela agressividade, colocando-se em dificuldades e especialmente ficando doentes. Se o olhar materno não for capaz de olhar para o bebê e reconhecer um bebê com suas necessidades, não poderá se imitar e começar a constituir seu *self*.

Esperava-se que transição entre a amamentação e a alimentação complementar pudesse gerar conflito entre mãe e filha, pois a bebê apresenta resistência em aceitar outros alimentos. No entanto, a mãe não vê isso como algo ruim. A interação entre a dupla e a dificuldade da mãe traduzir e entender as necessidades e o que Larissa quer comunicar tornam-se fatores que podem contribuir para o surgimento de dificuldades na área da alimentação. A fraca sensibilidade materna para as necessidades da filha pode estar contribuindo para o aparecimento das dificuldades alimentares (Pinto, 2004), corroborando os achados de Atzba-Poria et al. (2010), que encontraram interações menos positivas entre pais e mães de crianças com transtorno de alimentação. Apesar da interação mãe-bebê mostrar-se inadequada em função da pouca sincronia no momento da alimentação, a mãe não

demonstrou insatisfação com a maternidade, com as dificuldades alimentares da criança ou com a interação e comunicação entre elas.

Nos 26 minutos de filmagem do IAP, por exemplo, houve pouca verbalização tanto por parte da mãe quanto por parte do bebê, além de poucas iniciativas e tentativas de interação com a filha. O silêncio e a apatia da mãe eram angustiantes. Conseguiu interagir melhor no momento inicial, em que se pede para brincar sem brinquedos: conversa com a filha, faz cócegas, bate palmas e a joga pra cima. Neste momento, Larissa parece se entusiasmar e faz várias vocalizações. Apesar disso, pouco responde, estando sempre atenta ao que está acontecendo ao redor. Ao oferecer os brinquedos para que pudessem brincar de forma livre, parece que Carolina se tranca, como se os brinquedos fizessem uma barreira entre ela e a filha, e então a interação se agrava. Nesse sentido, o brinquedo parece estar representando um obstáculo entre as duas, assim como foi a incubadora em que a menina ficou na UTI após o nascimento e atualmente a colher, a alimentação. Talvez a mãe perceba isso como um impedimento de aproximação real.

Além disso, Carolina muitas vezes dava sinais de que possui dificuldade em compreender algumas informações e instruções durante a aplicação do instrumento do IAP (Wiese & Leenders, 2006). Quando lhe é pedido que ensine como funciona o brinquedo, somente o demonstra pra a filha, a mesma coisa é quando é pedido que leia uma revista a fim de ignorar a filha. Carolina pega a revista e lê em voz alta. Foi repetido várias vezes que poderia ler em silêncio, mas ignora.

Caso 2: Gustavo e Marina

O segundo caso a ser apresentado será o de Gustavo, um bebê de sete meses, e sua mãe Marina, de 32 anos, que residem na região metropolitana de Porto Alegre. A dupla foi

selecionada por conveniência e as coletas de dados realizadas na residência da família. Os pais possuem curso superior, sendo que Marina é autônoma e o pai, João, de 33 anos, trabalha na área da saúde. O casal está casado há três anos. Gustavo obteve um escore de 15 pontos segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al.,1989), nas questões que avaliam a área da alimentação.

Gustavo nasceu de 37 semanas através de uma cesárea num hospital privado. Pesou 3.450 g. Durante a gravidez, a mãe utilizou medicação para evitar parto prematuro. No entanto, não referiu nada sobre isso durante as entrevistas.

Marcia é a filha mais nova de dois irmãos. Sobre seu nascimento, refere que sua mãe conta que foi bem fácil. Ao contrário de seu irmão em que a mãe relata que foi muito difícil. Possui um bom relacionamento com os pais. Sua infância foi muito feliz. Sua mãe trabalhava em casa e cuidava de Marina e seu irmão. Considera que a mãe cuidava bem, mas que talvez fosse difícil conciliar trabalho e o cuidado dos filhos.

A gravidez de Marina foi planejada pelo casal. No entanto, ela acreditava que demoraria, pois sua mãe demorou dois anos até conseguir engravidar. Apesar de não estarem esperando para tão logo, Marina avalia que foi bom engravidar naquele momento, mas a gestação foi difícil, principalmente até os quatro meses, pois se sentia muito sensível, estressada, passava mal e vomitava. No quarto mês de gravidez, teve que ser internada no hospital por quatro dias em razão de estar com hiperêmese gravídica². Além disso, refere: “... *muito difícil do cansaço fica maior do que a felicidade, porque é bem isso... fica tão feliz, mas com o passar do tempo, fica cansada e quando tá muito cansada tu já não fica mais tão feliz*”. No entanto, o cansaço só não foi maior porque João e a família ajudaram.

² Náuseas e vômitos intensos, que persistem ao longo da gestação suscetível de levar a paciente a emagrecimento e à desidratação (Belfort & Braga, 2004).

A rotina de Gustavo se inicia pela manhã, quando três vezes por semana a mãe o leva para a casa da avó materna, onde fica até o final da tarde. Nos outros dias, o pai o leva para a casa da avó paterna até o final da tarde, quando Marcia ou João o busca. Os pais passam mais tempo com o filho à noite, durante a semana, quando dão janta, banho e brincam um pouco. Já nos fins de semana, ficam tempo integral com o bebê.

João é considerado um “paizão” por Marina. Para ela, ele cuida do bebê tanto quanto ela. O casal procura distribuir as tarefas para que os dois possam participar da rotina do filho. O pai brinca, ri, conversa com Gustavo. Segundo a mãe, talvez João seja o mais brincalhão. Ao mesmo tempo, ele é capaz de se distrair com o filho e esquecer de dar comida.

Experiência de ser mãe

A experiência da maternidade fez com que Marina se sentisse mais tranquila, menos inquieta, mais paciente e responsável, tanto na vida pessoal quanto na profissional. Contudo, tem medo de estar faltando ou falhando em alguns momentos, e fica em dúvida se está dando tudo o que o bebê precisa. No geral, acredita ser uma boa mãe, apesar de não estar o tempo todo com ele, e a culpa é aliviada quando reconhece que nos dias atuais vários pais trabalham. Não acha que seria bom tratar o filho como sendo o centro do mundo e se preocupa em o filho ser feliz, por isso quer ser o mais normal possível para ele. Além disso, não gostaria de ser uma mãe superprotetora e sim como está sendo, apesar de que muitas vezes é difícil achar o meio termo. Deseja que o filho seja: “...uma criança normal que gostasse de brincar, que não tivesse medo das pessoas...” Fala muito em superproteção, preocupada para que ele seja feliz, mas que não seja o centro do mundo, pois se caso fosse, poderia se frustrar.

Em relação aos cuidados, menciona que em algumas coisas se considera parecida com a sua mãe, mas em outras, faz questão de que filho seja diferente em relação à alimentação:

“... uma bobagem: comer doce. Eu não posso ficar sem comer doce nenhum dia. Então eu não quero que minha mãe ponha sempre açúcar nas coisas pra dar pra ele”. Ao ser questionada se elas conseguiam entrar num acordo, responde: “É...mais ou menos. Ela tem que fazer de conta que escuta né? Pelo menos na minha frente ela tá...enquanto eu posso, vou ditar as regras, enquanto ele não descobrir por conta própria, eu não quero dar muita porcaria pra ele”. Parece haver um esforço em ser mãe perfeita, possui dificuldade em achar um meio termo, pois sempre se refere aos extremos.

Sobre ser mãe, Marina diz que nos primeiros tempos as pessoas falavam que estava se saindo bem, mas que agora ninguém fala nada e também não fica perguntando. O marido também não diz o que pensa sobre isso, mas Marina diz que é por ele ser quieto e não conversar muito. Percebe-se haver um esforço e uma preocupação em ser uma boa mãe: “...eu mesma falei pra mim: tô nem aí se ele tá com raiva na hora porque é para o bem dele, porque se não já tava eu fazendo todas as vontades dele querendo conquistar ele, aí eu me políciei...vou fazer o melhor, mesmo que ele não ache bom”. Há uma constante necessidade de que algo externo confirme o que pensa ou as atitudes que adota. Não sabe dizer se a maternidade está sendo como imaginava, porque não conseguiu imaginar muita coisa durante a gestação. Menciona que não pede ajuda ao marido, porque ele tem que saber quando ela está precisando dele, apesar de referir que não vê como um problema pedir apoio. Quando está sozinha com o filho, tem situações que não sabe como agir, se sente perdida. Acredita que acaba se acostumando com alguém ajudando.

Em relação às perguntas contidas no *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al.,1989) sobre a rotina do bebê em relação à frequência e horário das atividades, Marina teve bastante dificuldade em dar respostas objetivas, pois considera o filho muito instável e que os horários dependem do dia e do humor do bebê. Não parece haver uma rotina ou um padrão estabelecido. Um exemplo é o sono: “Ele é muito instável. Tem dias que é só largar e ele já

dormiu. Tem dias que ele não quer dormir e fica horas. Então ele é muito instável.” Essa queixa vem ao encontro das características da mãe apontadas no M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998), em que apresentou sintomas correspondentes a um episódio hipomaníaco atual e ao transtorno de somatização a vida inteira.

Contatou-se, através do discurso da mãe, que há uma dificuldade em relatar de forma objetiva a rotina do filho, porque tudo depende, pois não há tempo certo para pegar no sono e não há hora certa para dormir, já que os pais esperam até o filho ter bastante sono para colocá-lo para dormir. Costuma dormir sozinho no seu quarto. Possui um ritual na hora de dormir: os pais o posicionam, no berço, de lado, com um paninho, dão mamadeira e colocam uma música de criança e ficam com ele no quarto. A mamadeira é usada para facilitar o dormir quando Gustavo está mais cansado. Segundo a mãe, Gustavo acorda sempre de bom humor. A dificuldade no relato pode estar atrelada ao transtorno psicossomático identificado no M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998). Esse fenômeno, segundo Moura (2012), é derivado de falhas nas primeiras relações do bebê e que teriam uma relação direta com o pensamento operatório que é caracterizado por um raciocínio concreto, voltado para a realidade externa, com uma vida interior empobrecida e ausência de reações afetivas frente a situações de perdas ou traumas. Os pensamentos estão ligados à realidade externa e ligados à materialidade dos fatos, havendo assim incapacidade de nomear suas emoções e sentimentos e diferenciá-las das sensações corporais, tendo em vista a precariedade de sua noção de si mesmo. A definição de Gustavo como “instável” e a descrição das atividades e horários de rotina como “depende”, podem estar relacionadas à natureza instável da própria mãe, e remetem às características da hipomania apontadas pelo M.I.N.I. aplicado com ela. Segundo a Classificação Internacional de Doenças [CID-10] (World Health Organization, 1993) a hipomania é marcada por alterações acentuadas e constantes no temperamento, além de comportamento com elevação leve e persistente de humor, aumento de energia, irritabilidade, aumento de energia e

atividade e usualmente sentimentos marcantes de bem-estar e de eficiência tanto física quanto mental.

Para a mãe, lidar com o filho é muito bom, mas fica preocupada com a possibilidade do filho ficar doente: “...sempre tem uma coisinha né? Ou o cocô tá mole...mas é tudo de bom”. A maternidade está sendo melhor do que esperava, porque compreendeu que sua vida não terminou depois que teve seu bebê, pois está conseguindo conciliar as coisas. Mas o que mais lhe agrada como mãe é ver o sorriso do filho, como fica feliz quando vê os pais. Nesse momento se sente contente, porque tem um retorno. Entretanto, o cansaço é considerado a parte ruim, mas conta sempre com a ajuda dos avós que se oferecem para ficar com ele quando está muito cansativo ou quando Gustavo não dorme de noite.

As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos

Gustavo foi amamentado até os seis meses. A amamentação foi considerada como exaustiva nos primeiros dias: “... só foi exaustiva porque o pai não sabia muito bem como lidar e daí o pai também entre em pânico. Ele achava que o Gustavo queria mamar de dois em dois minutos. Cada vez que o Gustavo abria a boca ele dizia: ‘ó ele quer mamar, ele quer mamar!’” A experiência com a amamentação foi diferente, pois se sente dedicada totalmente para o filho. Ao fim da licença maternidade, tirava seu leite e sentia que precisava ainda se dedicar ao filho. Ao mesmo tempo, que sentia necessidade em se empenhar e conciliar trabalho e maternidade, não tendo compromisso com nada, somente com o bebê nesse momento. O desmame aconteceu, porque Marina percebeu que o filho começou a emagrecer e que podia estar com algum problema relacionado ao leite, porque ele começou também a vomitar. Numa consulta de rotina com o pediatra, mencionou esse fato e então passou a dar fórmula infantil e comida. Soifer (1977/1992) refere que a partir do segundo mês de vida do

bebê, a mãe já adquiriu prática nos cuidados com seu filho. A sensação de poder cumprir suas tarefas acrescenta uma fonte de alívio e que vai diminuindo o estado de confusão, ansiedade de esvaziamento, comuns nesse período. É frequente surgirem preocupações de como conciliar o trabalho e a criação dos bebês em mães trabalhadoras, pois teme que possa acontecer algo com o filho, assim como o sentimento de culpa pelo abandono. Isso pode levar à depressão e ao reforço das defesas contra tal estado. Uma das consequências disso é a agalactia, ou seja, a ausência de leite no período da amamentação. Além do mais, o leite pode estar representando a ambivalência e a dificuldade em se responsabilizar sobre suas decisões, pois havia um desejo de seguir amamentando, mas precisava retornar ao trabalho e isso veio ao encontro da culpa que sentiu por ser uma mãe ruim por não ficar com o filho.

No início da alimentação complementar e da apresentação dos primeiros alimentos, Gustavo reagia com caretas, mas depois comia. A introdução da mamadeira foi gradual e de forma tranquila. Já o suco, primeiro ele rejeita, não gosta de nada e faz cara feia, mas com o tempo acaba se acostumando. Segundo a mãe, é importante insistir porque sempre a primeira reação é a cara feia, mas depois aceita logo. A alimentação é instável principalmente à noite. Para Marina, Gustavo come de tudo; contudo, tem dias que a quantidade varia, pois um dia o bebê come muito, outros que não come nada, mas a mãe não costuma insistir e considera o momento da refeição como agradável.

Parece haver uma grande preocupação, por parte da mãe, em relação à qualidade nutritiva dos alimentos. Quando lhe é perguntado o que Gustavo come, responde: *“Praticamente tudo... tudo saudável. Não besteira”*.

As dificuldades alimentares do bebê

A mãe refere que a alimentação do filho é um pouco instável: “...às vezes *ele não quer. Que nem hoje ele não quis comer batata...esses dias ele tava assim com a carne, mas normalmente ele come de tudo*”. Quando há recusa em comer, a mãe refere já estar acostumada, mas que às vezes se esforça em preparar alguma coisa e o filho não toma e diz: “*Ah é estranho né? A gente não sabe porquê. Cada hora é uma coisa. Não sabe muito bem*”. Entretanto, Marina diz que não dão muita escolha para ele, tem que comer o que tem, porque acredita que se deixar escolher, vira bagunça. O princípio é em oferecer alimentos saudáveis. Brazelton (2002) ressalta que até os quatro anos é considerado esperado que a haja variação na dieta e na ingestão dos alimentos, pois é nesta idade em que a criança está pronta para comer de tudo. Na área da alimentação, comportamentos em busca da independência e o negativismo fazem parte do desenvolvimento nesta etapa.

Em relação ao momento da refeição, quem costuma participar são as avós (quando está sob o cuidado delas), e quando está em casa, é a mãe que se encarrega de dar comida. Quanto ao clima nessa situação, geralmente é bom, mas quando o filho briga e chora para comer é o pai quem costuma acalmar Gustavo. Já Marina refere: “*Eu já não tenho paciência assim para essas coisas*”. Muitas vezes o alimento é oferecido para ele ficar quieto quando chora, oferecendo bolacha para o filho ficar roendo. A mãe observa que o filho costuma ser dependente ao se alimentar, tendo preguiça de pegar a mamadeira, mas se ele está sozinho ele costuma se virar.

Apesar de não ser frequente, Gustavo tem dor de barriga após as refeições. A mãe comenta que o filho chora como se tivesse uma dor, mas não conseguiram fazer uma associação com a refeição. Além disso, fica constipado com certa frequência e lhe é dado mamão para melhorar a função intestinal.

Relação mãe e bebê

Em termos de comunicação entre mãe e bebê, Marina refere que ela e seu filho se entendem bem, mas houve um tempo em que ficou mais magoada, porque Gustavo preferia o pai. Porém, percebeu que ele era assim com o avô também. Acredita que tem dias em que o filho não está bem e chora desesperado. Ao ser questionada sobre como sabe que entendeu o que o filho queria dizer, responde: *“Quando ele para de chorar”*. Para a mãe, escutar o choro do bebê é muito difícil e diz: *“Ah dói...parece que ah, eu fico nervosa com o choro dele”*. Consegue identificar o choro do filho, principalmente quando é por dor, mas que quando é “manha”, as pessoas falam que tem que tirar, mas não sabe como fazer isso e com isso vem a preocupação em ser uma mãe que atenda às necessidades do filho e que não o faça sofrer: *“...tem que educar para não sofrer muito e, ao mesmo tempo, tem que aproveitar porque ele cresce e não vai ficar muito tempo pequeno”*.

A brincadeira que mais costumam fazer é de bolinha e “cadê a mamãe?”. Nessa brincadeira, Gustavo se diverte bastante, assim como os pais. Contudo, com frequência, Gustavo apresenta crises de raiva, se atira para trás, fica bravo, mas a mãe considera que não tem uma intensidade forte e não se assusta, pois pensa que pode ser manha. Esse comportamento acontece quando colocam o filho para dormir e ele não quer ou quando acorda rebelde, com sono, ou para comunicar que está com sono, fome ou qualquer coisa que tem de errado. Esses momentos interferem na vida do casal, pois Gustavo fica bravo e os pais se tornam estressados e nervosos.

A mãe parece se empenhar para ser uma mãe próxima à perfeição. Tem-se a impressão de que seu objetivo é fazer o melhor para o filho mesmo que ele não goste. Ao mesmo tempo, preocupa-se em estar falhando em algum ponto, principalmente por trabalhar. Talvez sinta falta de retorno tanto da família, das pessoas próximas e do próprio marido sobre como está se saindo como mãe, quem sabe com esse *feedback* poderia se tranquilizar. Nesse sentido, Marina parece esperar que alguém confirme as suas decisões, pois não se sente segura o

suficiente para sustentar suas atitudes frente ao filho. Do mesmo modo, procura fazer de tudo para que o filho não se frustrasse ou se isso acontecesse, que ele saiba que é para o seu bem.

Quando questionada sobre a possibilidade de colocar o filho na escola, refere que somente no próximo ano, pois acredita que até lá já saberá se virar, se defender e se tiver alguma coisa errada, não conseguirão saber. Ao mesmo tempo refere: *“E até porque a gente não conhece ele ainda muito bem”*. Novamente deixa transparecer a sua insegurança como mãe e a vontade de acertar em tudo e ser perfeita. Apesar de tudo, supõe que Gustavo vai gostar da escola, mas também sentirá falta da avó paterna e dos dindos que sempre estão em volta e o pegam no colo, sendo que na escola não será assim, e a mãe tem receio de que o filho irá sentir essa diferença.

A interação entre mãe e bebê foi examinada a partir do IAP (Wiese & Leenders, 2006), no qual foram observados os comportamentos da mãe (sensibilidade, estruturação, não-intrusividade e não-hostilidade), o comportamento da criança (responsividade e envolvimento) e a interação da dupla. A sensibilidade foi avaliada como boa, pois se percebeu que Marina foi bastante sensível em relação ao filho. O incentivava a brincar, conversava com ele, mostrava os brinquedos e quais brincadeiras poderiam realizar. Já a estruturação foi considerada excelente já que a mãe demonstra ter muito prazer em brincar com o filho, e assim como ele, se diverte com a interação. Além disso, fornece uma estrutura boa e preparo para a brincadeira, sempre estimulando o filho a participar. Não houve intrusividade por Marina ao oferecer condições para que o filho pudesse brincar: ensina como se brinca com o jogo de encaixe, não exigindo do menino que aprenda, apenas demonstra e incentiva o filho a tentar encaixar as peças. Quanto à hostilidade, considerou-se como não hostil, por Marina não ter apresentado em nenhum momento aborrecimento, impaciência ou atitude rude com o filho. Por parte de Gustavo, avaliou-se que sua responsividade foi moderada, pois interage com a mãe de forma afetiva, demonstra ter prazer em estar com ela e brincar junto, principalmente

quando a brincadeira é “Cadê a mamãe?”, onde responde procurando a mãe, imitando seus gestos. Já o envolvimento foi considerado moderado, pelo bebê muitas vezes estar mais interessado no brinquedo do que em sua mãe, pois quando é pedido que a mãe ignorasse o filho e depois saísse do ambiente, Gustavo fica brincando sozinho e parece bastante entretido com isso. Somente ao final do tempo da parte da mãe sair é que o menino percebe a ausência da mãe e vai atrás dela.

Através desta análise evidenciou-se que a dupla possui uma boa interação e uma sincronia bem grande. A mãe todo tempo estimulou o filho a participar das brincadeiras e mostrou que já possuem uma favorita, que é “Cadê a mamãe?”, que consiste em esconder o rosto com as mãos e perguntar: “*Cadê a mamãe?*”, além de jogarem bola. Marina parece estar atenta ao filho. Já Gustavo não parece se importar em brincar sozinho, mas aceita a presença da mãe nas brincadeiras.

Caso 3: Heloísa e Clarissa

O terceiro caso a ser exposto será o de Heloísa, uma bebê de seis meses, e sua mãe Clarissa, de 34 anos, que residem na região metropolitana de Porto Alegre. A dupla foi selecionada por conveniência e as coletas de dados realizadas na escola da bebê. Heloísa apresentou, segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al.,1989), 13 pontos na área da alimentação.

Os pais possuem curso superior, sendo que Clarissa é gerente da empresa do casal e o pai, Pedro, de 33 anos, trabalha na área da saúde. Ambos estão casados há cinco anos. Se conheceram e logo começaram a namorar. Clarissa descreve o marido da seguinte maneira: “*Ele é bem tolerante, bem mais que eu. Muito paciente bem mais do que eu, mas ele é bem*

mais quieto também porque eu sou uma pessoa inquieta. Acho que isso equilibra as partes né?”.

Clarissa é a mais nova de três filhas. Sobre seu nascimento e sua infância, relata que a mãe passou mal e teve que fazer uma cesárea. Fala ainda que o pai foi vê-la no hospital e ela, por sua vez, sorriu e olhou somente para ele. Sua mãe, no entanto, tinha receio que o marido fosse ficar triste porque era a terceira menina que tinham, imaginava que ele ficaria frustrado por só ter filha mulher. Por outro lado, seu pai comenta que é feliz com as três meninas dele.

Em relação à sua infância, passou mais tempo com a avó paterna e a irmã mais velha, que se encarregavam de seus cuidados, porque seus pais trabalhavam. As lembranças que tem dessa época remetem à convivência com a avó, apesar de que morava no mesmo terreno, em casas conjugadas. Por isso, fica um pouco confusa quando fala do envolvimento com a família, além de não ter muitas lembranças da sua família como seus pais e irmãs e sim da avó e das brincadeiras com os amigos. Nesse sentido, possui o desejo de que Heloísa possa ter sua infância e as suas lembranças. Essa questão das lembranças parece preocupar muito Clarissa, que se cobra em relação a isso: *“Não sei se é normal das pessoas, ou é eu que fico me cobrando para lembrar da minha infância”*. Segundo De Felice (2006), o mundo interno de relações objetais da mulher, suas histórias pregressas e suas experiências infantis significativas exercerão influência sobre a experiência emocional acerca da maternidade.

Sobre o relacionamento com a sua família, Clarissa refere: *“Com minhas irmãs e com a minha mãe ela é super boa, tenho um relacionamento maravilhoso. Eu tenho algumas diferenças com meu pai por condutas que ele faz e eu não concordo”*. Clarissa refere ainda que não há muito diálogo entre ela e o pai e que ele sente isso e fica bastante triste.

A gravidez foi muito desejada e veio num momento bem planejado, por terem adquirido estabilidade nos negócios. O casal iniciou as tentativas de engravidar seis meses antes. Clarissa se sentia frustrada por não conseguir engravidar e achava que podia ter algum

tipo de bloqueio e foi então que descobriu uma infecção uterina. Foram vários exames e tratamentos até que fez o tratamento no hospital, mas havia a possibilidade de infertilidade. Refere que durante o tratamento, que durou entre seis e sete meses, o casal desenvolveu muita cumplicidade. Ao retornarem de uma viagem, Clarissa tinha o pressentimento de que estava grávida, mas, ao mesmo tempo, tinha receio de se frustrar novamente. Contudo, com o atraso da menstruação, fez o teste e estava grávida, e então cuidou durante toda a gestação para que tudo desse certo.

Heloísa nasceu de cesárea com 40 semanas num hospital privado da região metropolitana de Porto Alegre e pesou 3.725 g. A gestação ocorreu de forma tranquila. Em alguns momentos Clarissa se sentia mais alegre, e a irritação e a tristeza foram mais controladas. Havia preocupação em relação à mudança que iria ocorrer e o medo do desconhecido. Quanto ao parto, relata que se sentiu frustrada por ter sido cesárea, pois achou sem graça e frio, além do receio de não voltar mais a andar porque não sentia as pernas, mas que o marido foi muito participativo e acalmava a esposa. Ficou feliz quando viu a filha e esta parou de chorar quando sentiu o cheiro da mãe. Clarissa achava que isso só acontecia nos programas de televisão sobre maternidade ou nas novelas.

Na parte da manhã a bebê fica com a mãe em casa. O pai trabalha o dia inteiro e vê a menina ao meio dia e à noite. À tarde, a bebê vai à escola, mas no próximo ano, ficará turno integral. A família paterna é bastante participativa e se encarrega dos cuidados da menina quando a mãe tem algum compromisso. Costuma pedir mais ajuda a eles do que para sua família, principalmente porque sua mãe não tem carro. Ao contrário de sua família, a família do seu marido está sempre junto, possuem a necessidade de saber todo o dia de todo mundo e diz: “... isso pra mim foi muito conflitante, mas hoje eu consigo entender, gosto disso e participo disso também”.

Em relação ao marido Pedro, Clarissa refere que ele é muito compreensivo, paciente, carinhoso, participativo, e, desde que se tornou pai, percebe que ele se sente mais atarefado e preocupado em trazer mais recursos para dentro de casa. Pedro procura participar das rotinas da filha, mas, muitas vezes, Heloísa quer somente a mãe: *“... às vezes ele vai lá, no início ele queria participar, daí ele ia, mas às vezes era pior porque o choro era maior. Ela negava e a fisionomia que ela queria ver ali não era aquela, era da mãe dela. Daí ela chorava mais, mais, mais, eu pegava ela e ela se acalmava. Daí eu via que ele ficava bem frustrado com aquilo”*. Em razão disso, se questionava se estava dando espaço para o marido se envolver nos cuidados da filha, pois aconteceu dele pedir para participar, e reconhece que Heloísa também precisa ter momentos somente com o pai. No entanto, a ausência do pai na maior parte do dia favorece o relacionamento mais “grudado” entre mãe e filha. O pai não consegue fazer o corte e se inserir na relação das duas.

Heloísa e os pais possuem rotinas e rituais. Somente dorme no colo, tem horário para tudo, briga para dormir. Até os três meses, a menina teve refluxo, mas a mãe não dá muitos detalhes sobre isso. O sono é a área que a mãe acredita que a filha tenha maior dificuldade. Sobre isso refere: *“... eu acho que ela é muito ativa, ela não quer perder atividades...na maioria das vezes ela termina o mamazinho dela e já está pronta para dormir, mas se eu passo do horário...”*

Experiência de ser mãe

Recompensadora é a palavra que Clarissa usa para descrever como está sendo a experiência de ser mãe, referindo que nunca teve uma experiência que lhe desse tanto retorno. O carinho da filha, o sorriso dela e a alegria de ver a mãe quando vai buscá-la na escola são momentos que compensam o cansaço e o sentimento de estar sobrecarregada com as

atividades da empresa. Tornar-se mãe fez com que Clarissa se sentisse mais valente: “... *se entrassem lá em casa, tipo, um assaltante, eu ia sair dando tapa na pessoa porque eu tava me sentindo uma leoa feroz! Eu só queria zelar por ela*”. Todavia, há uma parte em que é difícil ser mãe, pois a vida pessoal muda muito, não tem tempo de sentar com as amigas, achar que duas horas da manhã ainda é cedo. Se culpa por sair da rotina da filha, e tem preocupação em relação ao futuro, se a filha irá adoecer ou se ela mesma vai adoecer. Refere que só tinha olhos para a filha, não dava atenção para as visitas que recebia, porque só queria cuidar da bebê, e isso vem de encontro com o que Winnicott (1956/2000) definiu como preocupação materna primária, na qual a mãe se encontra num estado psicológico especial em que há uma sensibilidade aguçada e que precisará adaptar-se às crescentes necessidades dos seus filhos. É um período em que um determinado aspecto da personalidade toma o poder de forma temporária. Além disso, esse estado fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a aparecer. Somente quando a mãe está nesse estado de alta sensibilidade é que poderá se colocar no lugar do filho e assim corresponder às necessidades dele. Bydlowski e Golse (2001) e Zornig (2010) falam em transparência psíquica a partir da experiência da maternidade já na gestação. É um período em que bebê ou a criança por nascer já tem alguma concretude, mas não tem acesso a este estado como um objeto externo identificável, o que somente ocorrerá com o advento do parto. Com isso, se introduz uma relação entre o bebê interno e o bebê enquanto objeto externo, ou seja, entre o bebê que a mãe foi um dia ou que acredita ter sido e o seu bebê. A partir da gravidez, há uma reativação do objeto interno da mãe (seu passado, sua infância) para o reconhecimento do bebê enquanto alteridade, tendo uma dimensão subjetiva que vai além das representações parentais. Esse processo ocorre a partir da possibilidade de um desinvestimento progressivo do objeto interno em benefício do bebê enquanto externo à mãe.

Por não se lembrar da infância, não sabe como eram os cuidados de sua mãe e/ou avó, mas considera que a maneira como cria e cuida de Heloísa é diferente, por haver mais acesso a informações sobre o que tem que ser estimulado em uma criança, principalmente em relação à amamentação. Clarissa não foi amamentada, porque sua mãe não recebeu estímulo nenhum para isso. As pessoas e a família, principalmente a sogra, se dizem surpresas em ver como Clarissa está se saindo como mãe, pois está superando as expectativas.

Clarissa refere que no momento em que Heloísa abriu o olho, começou a chorar muito. Depois, Pedro apresentou e mostrou a filha. Clarissa diz: *“... muito engraçado porque aí depois mostra no vídeo, porque eu disse pra ele: pelo amor de Deus Pedro, quando levarem ela, tu não tira o olho dela, tu cuida tá? E ele aparece bem brabo, com uma cara no vídeo. E ele faz uma cara tipo: tá eu sei que eu tenho que cuidar, eu sei qual é meu papel agora”*. Ao descrever o momento em que recebe a filha na sala de recuperação, fala como uma pessoa encantada e apaixonada pela filha: *“... é lindo porque é minha filha... e ela ficou bem quietinha do meu lado e a gente tentou dar mamazinho e ela não pegou e eu na minha ingenuidade achei que ela tinha pego, mas não pegou, mas foi bem lindo”*.

Em relação aos cuidados de Heloísa, a mãe comenta que é bem tranquilo. O pai da bebê é quem dá banho na menina. Desde o hospital ele dá banho nela e se organiza para que possa continuar com essa tarefa. Enquanto Pedro trabalhava, Clarissa e Heloísa passavam o resto do tempo sozinhas em casa: *“Só eu e ela em casa sabe? E todo mundo achava que ou a minha mãe ou minha sogra, que eu tinha que ir pra casa de alguma delas. E não. Preferi sozinha mesmo e acho que isso foi a melhor coisa que podia acontecer”*. Parece que essa tranquilidade e determinação fizeram com que mãe e filha tivessem um bom relacionamento e um ótimo entendimento, que não precisasse da ajuda de outras pessoas.

As preocupações que a mãe tinha eram em relação à amamentação, saber cuidar da filha e que ela pudesse se desenvolver. Por haver dificuldades na amamentação, Heloísa

perdeu peso após o nascimento, e então isso era uma grande angústia que a mãe tinha. Durante o período em que ficou no hospital, Clarissa não conseguiu dormir, mas ao chegar em casa, após a alta, refere que “apagou” e dormiu por seis horas. Quando acordou, não teve coragem de olhar porque achou que a filha não estava mais viva, e pensou: *“Meu Deus do céu, todo esse tempo! Que tipo de mãe que eu sou?”*. O sentimento de ser negligente e o medo de que a filha tivesse morrido era muito grande, tanto que pediu para o marido verificar se a filha ainda estava viva, pois a bebê dormia por longos períodos e não acordava para mamar, fazendo com que sua glicose baixasse, e isso fez com que Clarissa se sentisse dessa maneira. No entanto, na segunda noite em casa, colocou o despertador por medo de não conseguir acordar.

Após uma fonoaudióloga avaliar Heloísa, porque esta não estava mamando, Clarissa recebeu a notícia de que a menina não iria mamar porque tinha língua presa e pensou: *“Meu Deus do céu, agora minha filha vai morrer de inanição porque ela não vai amamentar, e que não vai ser uma criança saudável. É o que todo mundo diz, todo mundo cobra, que tu tem que amamentar. E daí eu desabei. Chorei muito”*.

Muitas vezes, Clarissa deixa transparecer em seu relato, que esperava que seu marido tivesse um instinto materno como o seu, se queixando que em algumas situações precisa pedir ajuda dele: *“Me incomoda que às vezes eu acho que ainda tenho que pedir sabe?”* Muitas vezes parece ser confuso o que espera que Pedro faça: *“... se ela tá chorando, às vezes eu deixo ela chorar porque eu sei que ela me quer. Então se ela tá chorando, ele podia ir lá e tentar acalmar ela e não esperar que eu acalme”*. Talvez o seu jeito de “mãe leoa” impeça, muitas vezes, de dar espaço para o marido entrar. Clarissa percebe isso quando refere: *“Acho que eu poderia pedir mais quando eu vejo da parte dele: me deixa fazer, me dá esse espaço”*. Ao mesmo tempo se surpreende que ele seja capaz de cuidar da filha, já que passa somente umas quatro horas por dia com ela.

As primeiras experiências com a alimentação e a transição dos alimentos

Do nascimento da filha até vinte e um dias depois, Clarissa enfrentou problemas relacionados à amamentação e a sua impressão é de que a filha passou muita fome, já que esta perdeu peso, em torno de 400 gramas. Heloísa não conseguia pegar o peito e, no hospital, ninguém a auxiliou de forma efetiva para resolver esse problema: *“... ficou naquelas de espremer daquele jeito e todo mundo segurando a boca da criança e eu morrendo de dor no peito e ela não pegava. Tava cheio e aí todo mundo apertando, todo mundo apertando. Daí não descia o leite”*. Sobre esse período comenta: *“... foram vinte e um dias, não é que foram horríveis, mas de muita tensão lá em casa e hoje o Pedro que fala, que comenta: Nossa como eu tava nervoso e todo mundo pisando em ovos porque eu acho que eu tava muito frustrada e acho que eles tinham medo de depressão...mas, ao mesmo tempo, eu me sentia encorajada para encarar aquela situação”*.

Por ter resistido em dar mamadeira à filha, com medo de que ela não pegasse o peito depois, Clarissa percebe que as coisas poderiam ter sido mais fáceis, já que quando ofereceu mamadeira à filha, esta mamou tudo e dormiu. Descreve seu sentimento nessa situação da seguinte maneira: *“... eu chorei porque eu vi que era fome que minha filha tinha”*. Após esse episódio, a mamadeira foi considerada uma grande aliada: Heloísa passou a mamar no peito e na mamadeira. As dificuldades relacionadas à amamentação foram resolvidas quando a fonoaudióloga auxiliou nesse sentido.

Desde que começou a oferecer outros alimentos além do leite materno, a mãe percebeu que Heloísa passou a ter cólicas, dores de barriga após as refeições, principalmente durante a noite, o que fazia com que a bebê chorasse e acordasse uma vez a mais nesse horário. Chegou a ficar constipada e Clarissa teve que ajudar a puxar as fezes com a mão. Depois disso,

durante o dia passou a fazer suco de ameixa e dar remédio, e à noite, quando a filha chora, dá o bico e a faz dormir novamente. Já come frutas, legumes, carne sem sal ou açúcar, e sua mãe considera que come bem. Nos intervalos entre o almoço e a janta, mama no peito mais por rotina e porque a mãe quer insistir na amamentação e na mamadeira, quando está na escola. No entanto, Clarissa percebe que a filha não mama tanto em termos de quantidade, mas sim pelo seu ritmo, pois leva cerca de vinte e cinco a trinta minutos para mamar. Isso já é rotina. Quanto às refeições, estas duram em torno de uma hora porque tem o suco junto, segundo a mãe.

As dificuldades alimentares do bebê

Clarissa acredita que, como a filha está iniciando a alimentação complementar, a quantidade de comida ingerida tem mudado. Já as mamadas, que acontecem entre as refeições, são regulares em alguns períodos, e em outros variam. A mãe observa que a menina não come toda refeição e acha que não precisa insistir para que coma tudo por estar iniciando essa etapa de novos alimentos.

Quando Heloísa não gosta de algum líquido ou comida, costuma cuspir. Segundo a mãe, vai dando comida até ela cuspir, pois é uma maneira de saber que a filha já está satisfeita. Não acredita que seja rejeição. No dia anterior à entrevista, a menina havia regurgitado o alimento e a mãe interpretou da seguinte maneira: “... *mas acho que é porque logo coloquei ela no chão e ela vai muito pra frente pegar os brinquedinhos e também porque ontem ela comeu uma quantia mais considerável. Foi só uma coisinha que voltou*”.

A mãe parece ter dificuldades em identificar quando a filha está saciada, e a atitude de “empurrar” a comida até transbordar pode interferir na autorregulação, que está em pleno desenvolvimento (Dewey, como citado em Skuse, 1993; Birch, 1998). Essa questão só é referida pela mãe em relação à alimentação complementar.

Relação mãe e bebê

Mãe e filha parecem muito ligadas, mas muito mais por parte da mãe, como refere: *“Quando ela tá com mais pessoas da família, eu percebo que ela não precisa tanto de mim. Quando tá eu e ela ou quando tá ela e o Pedro, eu vejo que ela precisa sempre de mim”*. Clarissa percebe que Heloísa fica bem com outras pessoas, mas quando ela vê a mãe, tem que ser só as duas. Refere ainda que as duas tem um relacionamento de bastante carinho e em algumas partes são parecidas, como a teimosia. Isso pode demonstrar o desejo de que a filha a preferisse, que fossem muito ligadas e que Heloísa pudesse ter lembranças da sua infância, coisas que Clarissa não teve.

Quanto à comunicação, Clarissa comenta que se entendem bem, principalmente em relação ao sono, pois Heloísa começa com manhas. No entanto, o mais difícil é saber quando é fome ou sede porque a filha não costuma demonstrar essas necessidades e acha isso muito estranho e preocupante, então acaba se guiando pelos horários. A mãe fica frustrada quando não consegue solucionar os problemas da filha. Considerando isso, pode-se perceber que o entendimento entre as duas não é tão perfeito assim, apesar da mãe ir em busca da perfeição e não tolerar muito a frustração ou a interferência de outras pessoas, como se só ela pudesse saber o que é melhor para a filha, como relata a situação em que Heloísa chora: *“Se tem gente da família em volta, eu percebo que eles não deixam e que não gostam que eu deixe ela chora. Eu pego ela. Daí ontem eu tava na minha sogra, ela começou a chorar e eu disse: podem deixar, não peguem ela! Aí todo mundo me olhou com uma cara: tipo?? E começaram a ficar nervosos e eu levantei, mas ela sabe que quando ela tá lá em casa, eu continuo meu dia”*.

A interação entre mãe e bebê foi examinada a partir do IAP (Wiese & Leenders, 2006), onde foram observados os comportamentos da mãe (sensibilidade, estruturação, não-intrusividade e não hostilidade), o comportamento da criança (responsividade e envolvimento) e a interação da dupla. A sensibilidade da mãe foi avaliada como boa por possuir adequada troca interativa com a filha, incentivando Heloísa a brincar, mostrando como funcionam os brinquedos, e é bastante ativa na relação com a filha. Na estruturação, a avaliação foi excelente, pois se percebe que Clarissa organiza a brincadeira e o ambiente para que ela e Heloísa possam brincar, além de se sentir bem nessa situação. A intrusividade foi parcial, porque a mãe, em alguns momentos, dirigia a brincadeira e não acolhia as vontades da filha, fazendo com que seu comportamento fosse considerado como superprotetor. Não houve hostilidade. Por parte da Heloísa, avaliou-se que sua responsividade foi moderada por responder de forma afetiva e prazerosa aos incentivos da mãe, mas, em alguns momentos, tinha urgência e se mostava ansiosa, principalmente na parte em que a mãe precisava ignorar a filha e Heloísa mexia na revista, fazia vocalizações e queria subir no colo de Clarissa. O envolvimento foi excelente, pois se mostrava independente na hora de brincar, mas também procurava a mãe para participar.

A partir da aplicação desse instrumento, tornou-se evidente a dificuldade de separação de Clarissa em relação à filha, pois quando lhe é pedido que vá para um lugar onde a filha não possa vê-la, olhou para a pesquisadora com um olhar desesperado e não colocou a filha sentada para que esta pudesse brincar. Heloísa chorou, mas a pesquisadora percebeu que sua posição estava desconfortável e a colocou sentada. A mãe escolheu um lugar onde podia ver a filha, mostrando, talvez, que não consegue deixar a menina sozinha ou aos cuidados de outra pessoa. Ao reencontrar a filha, Clarissa parecia mais contente do que Heloísa, que parecia não ter se importado com a ausência da mãe.

Síntese dos casos cruzados

A partir da apresentação e da discussão dos casos acima referidos, pode-se concluir que cada mãe possui uma experiência diferente em relação à maternidade. No entanto, observou-se que em alguns momentos possuíam coisas em comum. A partir dessa premissa, realizou-se um cruzamento entre os dados de cada caso, a fim de levantar convergências e divergências entre os mesmos.

Analisando as características gerais das mães participantes, estas se assemelham por estarem na mesma faixa etária, serem todas casadas, filhas mais novas, possuírem curso superior, terem planejado sua gravidez, apesar de ter acontecido mais rápido do que esperavam, com exceção de Clarissa que precisou fazer tratamento para infecção uterina e demorou seis meses para engravidar. Todas referiram que sua infância foi tranquila e bem aproveitada, e possuem bom relacionamento com os pais, exceto Carolina que refere que seu pai é mais fechado e não há muito diálogo, assim como Clarissa e seu pai.

Em relação aos bebês, os três estão na mesma faixa etária (6 e 7 meses), e são filhos únicos. No entanto, Larissa possui um irmão por parte de pai. Verificou-se que a pontuação no Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot et al, 1989) variou de 13 a 17 pontos, de um total máximo de 35 pontos que podem ser alcançados pelo bebê na área da alimentação. Heloísa tem como principal cuidador a mãe, à tarde frequenta a escola por meio turno e após fica aos cuidados das avós, enquanto que Larissa é cuidada por sua mãe e pela avó materna e Gustavo é cuidado pelas avós. Considera-se assim que as avós são presença contante no cotidiano dos bebês.

Em relação aos pais, observou-se que estes tinham curso superior e idade aproximada à da mãe, exceto Miguel, pai de Larissa, que é 14 anos mais velho que Carolina e possui curso superior incompleto. Além disso, estes passam menos tempo com seus filhos por trabalharem

uma carga horária maior que as mães, mas auxiliam de alguma maneira nos cuidados com o bebê, sendo que a tarefa que mais desempenham é brincar com os filhos.

Quanto à gestação, Marina refere que foi difícil, se sentia muito cansada, além de ter sido internada por quatro dias no hospital por hiperêmese gravídica, utilizou medicação para prevenir parto prematuro, mas não se aprofundou no assunto. Gustavo nasceu com 37 semanas através de cesárea. Já Carolina teve uma gestação sem intercorrências, com exceção da pressão alta no final da gravidez, o que ocasionou no nascimento de Larissa às 37 semanas por meio de uma cesárea de urgência, pois a bebê estava em sofrimento o que levou à aspiração de mecônio e internação na UTI Neonatal por sete dias. Enquanto que Clarissa teve uma gravidez tranquila, se sentia disposta, alegre e teve Heloísa através de cesárea. Sobre isso refere: “...eu achei ele meio sem graça, eu fiquei frustrada por não ter sido parto normal...achei totalmente frio”. Para Stern (1997), os pais produzem representações acerca de seu bebê e também sobre eles mesmos como pais. Esta dinâmica tanto pode adquirir prioridade importante na mente quanto pode ser ignorada. De qualquer forma, esse mundo mental existe e desempenha um papel importante e determinante no relacionamento da dupla.

No eixo sobre a *experiência de ser mãe*, pôde-se perceber que Carolina, Marina e Clarissa veem como positiva essa nova vivência e relatam mudanças no modo de ser: Carolina refere: “*É uma experiência maravilhosa, muito bom. É renovar a gente...renova a união da família...*”, mas muitas vezes não consegue achar um meio termo entre ser liberal e conservadora, fechada. Marina descreve da seguinte maneira: “*Acho que estou mais tranquila...menos ansiosa...tô mais paciente, mais responsável e menos preocupada*”. Já Clarissa expõe a experiência de ser mãe como: “*Eu me senti que era a pessoa mais valente do mundo. Eu queria zelar por ela...realizada*”. Algumas mães, como Carolina e Marina, obtiveram retorno de pessoas próximas sobre como as vêem no papel de mãe e mostram surpresas com o que ouviram, pois comentaram que estavam se saindo bem e que ficaram

surpresos. Contudo, Marina refere que recebia esse *feedback* quando o filho era mais novo e que agora ninguém fala nada, e também não ficará perguntando. Clarissa comenta que ninguém falou que expectativas tinham em relação a ela, mas que assim que chegasse em casa, iria perguntar para o marido. Esses relatos confirmam o que De Felice (2006) diz em relação à maternidade, de que para cada mulher essa vivência é uma experiência única, muito particular, pois há diferentes modos de relacionamento com o papel de mãe. Cada mulher terá um estilo de comportamento materno, com suas próprias angústias, sentimentos e afetos, que poderão acompanhá-las até o crescimento do filho e poderão revelar um padrão individual na experiência de ser mãe, uma maneira singular de viver a sua condição materna.

Em relação às expectativas sobre seus bebês e a maternidade, Carolina refere que imaginava algumas coisas que acabaram não se confirmando após o nascimento da menina: *“Daí veio essa princesa aqui que é mais calma ainda que nós dois juntos, até que eu achei que ela ia ser agitada porque na gravidez ela não parava quieta”*. Já Clarissa parecia sentir necessidade em falar das dificuldades relacionadas à amamentação, pois a sua preocupação como mãe era amamentar, e esta não se desenrolou como imaginava. Contudo referiu que a vida pessoal muda tudo, não tem mais tempo para se reunir com as amigas e que o foco da atenção é para as necessidades da filha e não dela. Enquanto que Marina comenta que não tinha experiência com bebês: *“Eu fiz um curso no hospital. Foi muito bom. Como eu não entendia nada com bebê, eu tentei seguir à risca”*. No entanto, muitas vezes fica preocupada porque sempre tem alguma coisa que pode não estar bem no filho, mas ao ser questionada se está sendo como imaginava, fala: *“Não, mas é melhor. É melhor porque minha vida não acabou”*. Essa fala dá a impressão de que quando Gustavo nascesse, precisaria escolher entre a Marina profissional, que tem amigos, vida social, e a Marina dedicada ao filho, sem vida profissional e social, como se não pudesse conciliar tudo de alguma maneira, sendo os extremos. As repercussões dessas expectativas quanto à maternidade e ao bebê, podem ser

tanto positivas quanto negativas para o psiquismo do bebê e para a relação entre a dupla. Os aspectos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto ser humano. As palavras e a contrução da imagem do filho irão preparar o espaço do bebê e fará parte da relação após o nascimento (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

Em razão do trabalho, os pais passam pouco tempo com os filhos e o tempo que passam com eles é ocupado, em sua maior parte, de brincadeiras, o que não parece incomodar as mães, pois procuram envolver eles em alguma atividade da rotina, nem que seja no fim de semana, quando estão em casa. Carolina ao falar sobre o que Miguel costuma fazer quando está com a filha diz: *“Faz bagunça né?... faz cosquinha, que ela adora cosquinha e brinca com ela, pega no brinquedo...”*. Já Marina procura dividir as tarefas com o marido: *“Em casa ele ajuda parelho, quando ele tá com Gustavo, brinca, ele ri e conversa. Acho que ele brinca mais do que eu com o Gustavo sabe?”*. Clarissa, ao falar de Pedro com Heloísa, diz: *“Ah ele é todo de sentar no chão com ela...ele é bem carinhoso com ela”*. Ao referir que num sábado pai e filha passaram a manhã juntos se envolvendo com as tarefas da casa, Clarissa comenta: *“Ele nunca tinha feito isso...porque ele nunca tá em casa também. E isso é uma coisa ruim”*. No entanto, sobre pedir ajuda nos cuidados com os filhos, constata-se que esperam que eles se dêem conta, que desenvolvam um instinto materno ou uma preocupação materna primária como já foi referido anteriormente, ao invés de ter que pedir auxílio, como é o caso de Marina em que diz: *“Eu fico indignada quando ele não tá ajudando, mas quando ele tá, acho normal”*, já Clarissa não parece hesitar em pedir ajuda: *“...eu peço, peço ajuda para ele”*. Ao mesmo tempo, diz: *“Me incomoda que às vezes eu acho que ainda tenho que pedir sabe?”*.

Zornig (2010) aponta que o relacionamento com a mãe serve de base para os afetos ambivalentes que marcam a relação entre os pais e o bebê, pois ao mesmo tempo que o nascimento de um filho traz consigo expectativas de que ele possa reparar falhas da história

parental, provoca também uma ruptura no equilíbrio do casal, fazendo com que os fantasmas edípicos sejam reativados. Carvalho et al. (2013) também fazem essa analogia ao considerar que a relação da mulher com sua mãe em seu processo constitutivo é fator determinante para o exercício da maternidade e por mais que seja sucedida pelas relações da menina com o pai, as reproduções relativas a essa primeira forma de relação objetal deixam marcas. A maternidade tem assim o modelo edípico, o qual está ligado à primeira relação da mulher com sua mãe. Durante a gravidez e após o nascimento do bebê, o Complexo de Édipo dá lugar à maternidade que irá organizar e dominar o psiquismo da mãe. Com isso, cria-se uma nova dinâmica de relacionamento mãe-da-mãe, mãe-bebê ao invés da vivência edípica mãe, mãe-da-mãe, pai-da-mãe e sua reedição mãe-pai-bebê (Stern, 1997; Zornig, 2010). Nas mães entrevistadas, especialmente Marina e Clarissa, isso aparece de forma clara, em que se torna aparente a tentativa de ser uma mãe diferente da que tiveram. Marina diz: *“Eu não queria ser assim muito superprotetora...tem de sempre achar o meio termo e o meio termo é difícil de encontrar...eu queria uma criança normal, que gostasse de brincar, que não tivesse medo das pessoas, que assim, não fosse superproteger sabe?”*. Quanto ao relacionamento do casal, a mãe refere que os problemas do filho interferem na vida do casal. No entanto, quando questionada se as dificuldades alimentares do menino intervinham na vida conjugal, respondeu: *“Não. Acho que não”*. Clarissa menciona que o modelo de mãe que segue é a irmã mais velha e a sogra por serem amorosas, atenciosas e por conversarem bastante. Diz não se lembrar de como era o cuidado que a avó e a mãe tinham para com ela, mas acredita que a maneira como cuida de Heloísa seja diferente: *“...hoje sinto que tem mais informações, do que tu tem que estimular em uma criança né? Eu não mamei no peito e fui descobrir isso na minha gravidez que eu fui perguntar para a minha mãe...por isso eu acredito que a minha criação está sendo melhor porque teve as informações. Pode ser que daqui a vinte anos muita coisa caia por terra e vai ser diferente de novo né?”*. Nesta fala, se torna claro que a

maternidade fez com que Clarissa pudesse resgatar algumas lacunas em relação à sua infância e aos cuidados de sua mãe, dos quais não possui lembrança, pois comenta que as memórias daquela época são a partir do relato de outras pessoas. Assim, com a gravidez e a experiência em ser mãe, lhe dá oportunidade de construir a sua história como filha e a sua identidade como mãe. Carolina parece ser a única que não tem pretensão em construir um modelo próprio, pois sem hesitação referiu: *“Ah eu me espelho muito na minha mãe porque eu e ela somos muito grudadas sabe? Eu quero ver a Larissa futuramente comigo que nem eu sou com a mãe sabe?”* Pode-se pensar que Carolina possui uma identificação muito forte com sua mãe.

Quanto ao eixo *primeiras experiências com a alimentação*, verificou-se que todas as mães ainda amamentavam no momento da pesquisa, com exceção de Marina, que fez o desmame de Gustavo em torno dos sete meses, porque este vomitava o leite materno e também porque passou a perder peso. Marina referiu que no início considerava a amamentação exaustiva, mas com o tempo passou a se sentir dedicada totalmente ao filho. Apesar de Larissa ter permanecido no hospital, Carolina ia diariamente amamentá-la e não referiu dificuldades nesse sentido após a alta, pelo contrário, considera esse momento tranquilo: *“(Larissa) brinca e interage”*, mas isto não é observado pela pesquisadora no momento da amamentação. Clarissa teve muita dificuldade no primeiro mês de vida da filha. Ao lembrar-se desse período, refere que foram momentos de muita tensão, mas persistiu, e com a ajuda de uma fonoaudióloga, conseguiu amamentar Heloísa. Possivelmente as expectativas em relação ao parto e as rotinas do hospital foram frustrantes para a mãe e acabaram interferindo na amamentação, pois Szejer e Stewart (1997) referem que mesmo quando o desejo de amamentar está presente, no início podem surgir dificuldades, pois não é uma tarefa fácil, é algo novo feito a dois que estão se conhecendo ainda, é um treinamento recíproco que pode exigir um tempo até funcionar e para isso é necessário que tanto a mãe

quanto seu bebê se entreguem um ao outro. O apoio de um terceiro é fundamental. No entanto, Clarissa poderia ter se sentido desamparada, já que tinha poucas informações sobre o assunto, e sua mãe também, pelo fato de não ter tido experiência com aleitamento com suas filhas. Foi preciso que alguém de fora da família a auxiliasse.

O terceiro eixo analisado se refere à *transição dos alimentos* e nesse aspecto todos os bebês apresentaram dificuldade, por haver grande rejeição por parte deles em relação aos novos alimentos. Carolina refere que a refeição de Larissa dura em torno de dez minutos, por comer apenas cinco colheradas de comida. A família se envolve com estratégias para incentivar a menina a comer mais, mas isso não gera o resultado esperado. Ao mesmo tempo em que a mãe refere que a filha só aceita comida triturada ou em forma de papinha, a menina aceita bem alimentos como sorvete e bolo. Em relação a Gustavo, este sempre rejeita suco e faz caretas, mas com o tempo, acaba aceitando. Quanto à comida, é a mesma reação, há uma recusa inicial, mas depois come sem problemas, tanto que, segundo a mãe, ele come de tudo. Heloísa passou a ter cólicas e constipação desde que iniciou a alimentação complementar. No entanto, aceita todo o tipo de alimento e suas refeições e mamadas são mais longas. Soifer (1977/1992) analisa essa fase e considera que a introdução do alimento sólido torna-se uma fonte de ansiedade. A autora vai de encontro com o que Fan (2008) referiu sobre o significado da colher na introdução da alimentação complementar, pois as duas consideram que ela pode representar um empecilho nessa fase de transição. Soifer (1977/1992) expõe que a indicação do alimento pode ser interpretado como uma proibição de amamentar por parte da mãe e isto pode acelerar o desmame. Monte e Giugliani (2004) referem que, em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a 10 vezes para que o aceite bem. Além disso, crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos que as não amamentadas, pois, por intermédio do leite materno, a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta da mãe. Assim, a criança é

introduzida desde o nascimento (e provavelmente intra-útero) aos hábitos alimentares da família. Ao mesmo tempo, considera-se importante o modo de preparo e apresentação dos alimentos, pois consistência inadequada dos alimentos compromete a ingestão adequada de nutrientes pela criança.

As dificuldades em relação à alimentação, que faz parte do quarto eixo, mostrou que Larissa possui uma resistência muito grande em aceitar os alimentos e reage fechando a boca, caretas, até a recusa total a comer. Apesar disso, a mãe refere a refeição “*um momento divertido e agradável*”. Marina descreve a alimentação do filho como instável e refere estar acostumada com a recusa do filho a certos alimentos, mas procura não dar muita opção a ele: “*...tem que comer o que tem porque se deixar escolher, vira bagunça*”. O clima nas refeições geralmente é bom, mas quando Gustavo briga, o pai costuma acalmá-lo, porque a mãe não tem paciência. O alimento muitas vezes é usado para que o menino fique quieto quando chora. Quando o filho recusa o alimento, descreve seu sentimento da seguinte maneira: “*Ah é estranho né? A gente não sabe, porque cada hora é uma coisa. Não sabe muito bem*”. Isso confirma os achados de Powell, Farrow & Meyer (2013), que referem que, no estudo, o alimento muitas vezes foi usado como controle do comportamento e conforto. Clarissa considera que a quantidade de alimentos ingerida pela filha vem mudando gradualmente desde a introdução da alimentação complementar. Contudo, Heloísa não come toda refeição e sua mãe também não insiste para que coma tudo por estar iniciando essa etapa. Entretanto, já percebeu que quando a menina não gosta de algum líquido ou comida, costuma cuspir. A mãe tem a percepção de que precisa dar comida até a filha cuspir, pois essa é uma maneira de saber que a filha está satisfeita que, segundo seu entendimento, a filha não manifesta quando está com fome, e por isso não acredita que seja um tipo de rejeição. Entretanto, parece haver uma dificuldade de percepção da mãe que não consegue saber quando a filha está satisfeita, esperando que ela cuspa como se fosse um sinal de saciedade. Também, a bebê, segundo a

mãe, não demonstra que está com fome; no entanto, poderia ser uma dificuldade de Clarissa identificar isso também, pois como referem Monte e Giugliani (2004), a introdução de novos alimentos inclui o respeito ao mecanismo de auto-regulação do apetite da criança, ajudando-a a se alimentar até estar saciada. No entanto, isto requer sensibilidade da mãe/cuidador às indicações de fome e de saciedade da criança. Alimentar uma criança deve ser um momento de prazer onde o processo até que ela se sacie é lento e deve-se ter paciência, jamais forçando-a a comer. O clima tem que ser prazeroso, com troca amorosa entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa. Se a criança recusar muitos alimentos, pode-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento não-coercitivos e que não distraiam a criança da refeição.

Como isso, pode-se concluir que os bebês pesquisados apresentam dificuldades na introdução de alimentos sólidos, que podem estar ligados, principalmente, com a relação com a mãe, por ser quem estabeleceu a primeira conexão entre afeto e alimento através da amamentação. A atitude frente a essas dificuldades é diferente para cada mãe. Carolina e sua família se desdobram em estratégias para entreter a menina. Marina refere não insistir e Clarissa oferece o alimento até a filha cuspir. Contudo, Powell, Farrow & Meyer (2013) perceberam em sua pesquisa que os pais pressionam, porque os filhos evitam comer, mas isso pode contribuir para o aumento do distúrbio em relação à alimentação. Sabe-se que aos seis meses de idade a criança está apta a receber alimentos sólidos (Brasil, 2010). Com isso, o seio da mãe é substituído, em alguns momentos, pela colher, que se instaura como um obstáculo, algo que poderá ser interpretado como uma barreira já que não há contato direto entre o bebê, o alimento e a mãe, como na amamentação. Deustsch (como citado em Zimmermann, Zimmermann, Tasch & Santos, 2001) refere que a amamentação cria um cordão umbilical psíquico que liga o seio da mãe à boca do bebê. Essa transição parece que

não está sendo bem elaborada pelas participantes, talvez por considerarem como uma separação real, de perceberem que seu bebê está crescendo e se tornando independente.

O último eixo analisado diz respeito à *relação mãe e bebê*. Um sentimento comum a todas as mães é em relação à saúde do bebê. Possuem o medo constante de que algo não está bem ou que o filho possa ficar doente. Isso é mais acentuado em Carolina pelo fato de Larissa ter tido um período de internação na UTI após o nascimento. Para os pais, é muito difícil ver o filho doente e consequentemente vem os sentimentos de culpa e de falha por não serem pais ideais para uma criança ideal. É como se tivessem falhado na função protetora e assim se sentem feridos narcisicamente. O desejo de ver o filho reparado é real e possuem o desejo de que isso aconteça de forma imediata (Müller, 2009). Winnicott (1965/1982) aborda as questões das angústias dos pais, principalmente frente ao adoecimento. Para o autor, o mais importante para o bebê é a experiência individual ao longo do desenvolvimento, especialmente se estiver inserido numa família que continua existindo e que se considera capaz de enfrentar os seus próprios problemas e os problemas do mundo, mas de forma minimizada e não menos. Todas as mães referiram ter receio de não entender o que o filho está querendo comunicar, principalmente quando o bebê chora, pois ficam angustiadas e então procuram resolver de forma mais rápida o problema do filho. Entretanto, Heloísa, segundo a mãe, não chora quando tem fome. Isso nos remete à forma de comunicação do bebê que neste momento se dá de forma não verbal, principalmente através do choro. Winnicott (1965/1982) reconhece que o choro está permeado de prazer. Os bebês choram porque se sentem ansiosos, inseguros ou porque precisam se tranquilizar num momento de dificuldade. Para o autor, por mais que a mãe se esforce, nada impede que ela possa decepcionar seu filho e assim ele chorará de raiva. No entanto, o bebê tem a esperança de fazer com que ela mude, mas aquele que não chora ou fica raivoso, possivelmente, perdeu a confiança na mãe. Santos (2000) vê o choro como um recurso para então poder entrar na relação com sua mãe e também como

forma de se comunicar no contexto da interação, pois o bebê que desenvolveu esta forma primária de expressão de cargas emocionais e que a utiliza para comunicar é o bebê que estabeleceu, numa fase anterior, uma relação, um vínculo. Sendo assim, o choro pode ser considerado um sinal de vinculação e um processo de mudança. O não choro de Heloísa quando tem fome e a mãe oferecendo comida até a filha cuspir, podem estar relacionadas com as primeiras experiências que tiveram com a amamentação em que Clarissa acreditava estar amamentando de forma suficiente até consultar com a pediatra e constatar que a menina tinha perdido 400 g. A ansiedade inicial e a incerteza quanto à amamentação, podem ter influenciado nessa manifestação da bebê, pois a mãe não percebeu a sua dificuldade em se alimentar, assim como sua perda de peso.

A partir da avaliação do vídeo do IAP (Wiese & Leenders, 2006) constatou-se que o resultado da análise da interação das duplas Marina e Gustavo e Clarissa e Heloísa tiveram resultados similares quanto à boa sensibilidade, excelente estrutura, não hostilidade das mães e os bebês obtiveram responsividade moderada. Clarissa e a filha são muito ligadas e possuem um relacionamento de carinho, boa comunicação e interação, o que é evidenciado no instrumento. Marina se empenha em ser uma mãe próxima à perfeição, apesar das dificuldades em verbalizar e definir alguns detalhes da vida do filho. Percebe-se que os dois possuem um relacionamento em que Gustavo se sente seguro e quando a mãe não se sente em condições de identificar as necessidades do filho ou resolvê-las, pede ajuda para o marido. No entanto, o resultado de Carolina e Larissa foi distinto dos demais e confirmaram uma interação fraca da dupla. A mãe transparece apatia e dificuldade em interagir com a filha, além de não estar atenta às necessidades da filha, por estar centrada nas suas próprias necessidades, ignorando o desejo de Larissa. Contudo, a mãe se sente satisfeita com a maternidade e não relata insatisfação com dificuldades marcantes na alimentação, assim como com a interação e a comunicação entre elas. O que se espera no relacionamento entre mãe e

bebê é o desejo da mãe em conhecer seu bebê e a necessidade do bebê em ser conhecido. Assim como o bebê precisa do leite para saciar a fome, ele também necessita de carinhos maternos, também é importante receber o amor e a compreensão da mãe, pois não basta saciar a fome, aquecer do frio, embalar para dormir se não estiverem acompanhados de um desejo não anônimo, transmitido pelas palavras, pelo olhar e pelo toque (Carvalho et al., 2013; Winnicott, 1965/1982).

Considerações Finais

Considerando o que foi exposto neste estudo, pode-se refletir que as primeiras experiências com alimentação do bebê se dão com sua mãe, que a amamentação é um momento único onde mãe e filho irão se descobrir e moldar a personalidade do bebê e que as dificuldades alimentares estão relacionadas à relação entre a dupla. Pode-se concluir, ainda, que a introdução da alimentação complementar é vista como um obstáculo que leva à separação da mãe e de seu filho por haver um terceiro, representado pela colher, que nesse momento é quem irá oferecer o alimento para o bebê, tarefa que não será mais exclusiva da mãe. Para as mães participantes, a amamentação era vista como sendo algo só da dupla, um momento exclusivo, transformador, dedicado a esse relacionamento. Com isso, a introdução de novos alimentos significou uma ruptura nessa simbiose, assim como um desmame forçado levando a uma dificuldade na aceitação tanto para a mãe quanto para o bebê na introdução de novos alimentos, surgindo então as dificuldades alimentares.

Apesar de evidentes, os problemas com a alimentação não foram entendidos pelas mães como um sintoma ou algo que não está em seu curso normal. Isso é confirmado através da tentativa de agendar a segunda parte do estudo após a triagem. Talvez o fato de ter sido dito, durante o primeiro estudo, que aqueles bebês que apresentassem sintoma, seriam

contatados para realizar a continuação da pesquisa pode ter contribuído para a dificuldade de agendar o segundo encontro. O tempo entre um estudo e outro foi em média de um mês, o que pode ser considerado normal. No entanto, a pesquisadora percebeu que as mães davam desculpas ou tentavam prorrogar ao máximo o segundo momento, pois lhes era sabido que envolveria elas e os bebês, e assim poderia se tornar aparente as dificuldades do bebê. Talvez a pesquisa poderia avaliar duplas que já tivessem um pouco mais de experiência nessa fase de transição, pois alguns dos bebês estudados estavam iniciando esta etapa.

Apesar de na literatura referir que as queixas referidas por pais de bebês são sobre sono e alimentação, estas não foram percebidas neste estudo, pois de 35 bebês avaliados, somente três obtiverem escore mais alto no *Symptom Check List* no quesito alimentação. A partir disso, pode-se pensar que poderia ter sido escolhido outro instrumento para realizar a identificação do sintoma alimentar. No entanto, na literatura pesquisada, encontraram-se somente escalas ou questionários padronizados que possuíam metodologia quantitativa. Considera-se que o *Symptom Check List* oportunizou conhecimento adequado acerca das dificuldades alimentares, apesar não ser uma ferramenta normatizada no Brasil e com pontos de corte.

Sugere-se novos estudos que contemplem acompanhar estas crianças ao longo do desenvolvimento a fim de verificar se o sintoma do bebê e a interação dupla sofreu alguma modificação com o passar dos anos, pois os sintomas tendem a permanecer, segundo a literatura pesquisada. O que também pode ser eficaz são intervenções com os pais pois oferecem um espaço onde os pais podem expressar suas dificuldades e sentimentos acerca das dificuldades alimentares e seus relacionamentos com os filhos.

Referências

- Adami-Lauand, C. B., & Ribeiro, R. P. P. (2011). A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. *Psicologia USP*, 22(4), 927-942.
- American Psychiatric Association. (2002). Transtornos da alimentação. In *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado [DSM-IV-TR]* (pp.555-565). Porto Alegre, RS: Artmed,
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15.
- Belfort, P., & Braga, A. (2004). Mudanças na apresentação clínica da gravidez molar. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 26(6), 483-488.
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of Nutrition*, 128(2), 407S-410S.
- Bowlby, J. (2001). Algumas causas da doença mental. In: Bowlby, J. *Cuidados maternos e saúde mental* (pp.3-10). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1976).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (2. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazelton, T. B. (2002). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet Psy*, (3), 30-33

- Carvalhoes, M.A.B.L.; Perosa, G.B. & Silveira, F.C.P. (2009). Comportamentos maternos e infantis durante alimentação: estudo mediante observação. *Ciencia, Cuidado e Saúde*, 8 (3), 411-417.
- Carvalho, A. S. de, Lima, M. C. P., Martins, K. P. H. (2013). Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: uma discussão psicanalítica. In Busnel, M.C. & Melgaço, R. G. (org). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (pp. 261-271). São Paulo, SP: Instituto Langage,
- De Brito, M. E. F.; Mettel, T. P. de L. (1986). Um estudo naturalístico do comportamento de pré-escolares durante a refeição. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 2 (1): 1-13.
- De Felice, E. M. (2006). A maternidade saudável. In: De Felice, E. M. (2006). *Vivências da maternidade* (pp.15-z35). São Paulo, Vetor.
- Dolto, F. (1999). A alimentação dos pequeninos e o desmame. In Dolto, F. *As etapas decisivas da infância* (pp. 67-72). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1950).
- Fan, H. M. (2008). Feeding, separation and the familial-self in a Chinese context. *Infant Observation*, 11(3), 285-305.
- Farrow, C. V., Galloway, A. T., & Fraser, K. (2009). Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite*, 52(2), 307-312.
- Ferriolli, B. H. V. M. (2010). Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem. *Revista CEFAC*, 12 (6): 990-997.

- Fraiberg, S. H. (1996). *The Magic Years*. New York, NY: Fireside. (Obra original publicada em 1959).
- GIDEP/NUDIF (2008). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Gonçalves, M. J., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, 16(1), 127-138.
- Gusmão, M. H. (2002). Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (1), 44-60.
- Jerusalinsky, J., & Berlinck, M. T. (2008). Leitura de bebês. *Estilos da Clínica*, 13(24), 122-131.
- Lopes, R. C. S. et al (2007). Sentimentos maternos frente ao desenvolvimento da criança aos 12 meses: convivendo com as novas aquisições infantis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1): 005-016.
- Lopes, R. C. S. et al (2009). “Quando eles crescem, eles voam”: percepções e sentimentos maternos frente ao desenvolvimento infantil aos 18-20 meses. *Psicologia em Estudo*, 14(2): 221-232.
- Madeira, I. R., & Aquino, L. A. D. (2003). Problemas de abordagem difícil: "não come" e "não dorme". *Jornal de Pediatria*, 79(Supl 1), S43-54.
- Mariotto, R. M. M. (2003). Distúrbios alimentares em bebês: uma interlocução entre a fonoaudiologia e a psicanálise. *Distúrbios da Comunicação*, 14(2): 263-274.

- Mariotto, R. M. M. (2012). Comentários sobre as crianças, suas famílias e seus sintomas. In: Kupfer M. C. M., Bernardino, L. M. F.; Mariotto, R. M. M. (ORG) *Psicanálise e ações de prevenção na infância* (pp. 61-69). São Paulo: Escuta.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de Psicopatologia do Recém-Nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Monte, C. M. G. & Giuliani, E. R. J. (2004). Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 8(5), S131-S141.
- Moreno, M. M. A., & Junior, N. E. C. (2012). Trauma, uma falha no cuidar?: Diálogo entre Ferenczi e Winnicott. *Psicologia USP*, 23(4), 707-719.
- Moura, A. (2012). Narrativas da dor: histórias de vida de mulheres com queixas somáticas recorrentes. Dissertação de Mestrado, Unsinos, São Leopoldo, RS, Brasil.
- Müller, P. W. (2009). O terapeuta iniciante no atendimento de crianças e adolescentes eo risco de desistência: aspectos da contratransferência com os pais. *Revista Brasileira Psicoterapia*, 11(3), 348-364.
- Neme, C. M. B.; Dameto, C. A.; Azevedo, G. M. G. de; Fonseca, M. da S. (2008). Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. *Pediatria Moderna* 44 (4): 162-166.
- Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 17-30.

- Palladino, R. R. R.; Cunha, M. C., & Souza, L. A. de P. (2007). Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19 (2), 205-214.
- Perosa, G. B.; Carvalhaes, M. A. B. L.; Benício, M. H. D'A. & Silveira, F. C. P. (2011). Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (11), 4455-4464.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457.
- Powell, F. C., Farrow, C. V., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57(3), 683-692.
- Ramsay, M. (2011). Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico. In: Tremblay, R.E., Boivin, M., Peters, R. D. e V., eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-9. Recuperado em 21/05/2012, de <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/RamsayPRTxp1.pdf>
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., Muralt, M. de, & Palácio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". In S.

- Lebovici, P. Mazet, & J.-P. Visier (Orgs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179-186). Paris: Eshel
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J.-P., Palácio-Espasa, F., Knauer, D., Muralt, M., Berney, C. & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Rotenberg, S., & De Vargas, S. (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4, 85- 94.
- Santos, A. S. C. D. (2000). Sobre o choro: análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 18(3), 325-334.
- Schneider, A., Ramires, V. R. (2007). *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
- Sei, M. B., Souza, C. G. P., & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança ea dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo*, 5(2), 194-207.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241.
- Skuse, D. (1993). Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood*, 69(5), 604.

- Soifer, R. (1992). Estudo psicológico do puerpério. In: Soifer, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6a ed., pp.63-88). Porto Alegre, RS: Artmed. (Originalmente publicado em 1977).
- Souza, A. S. L. & Callia, M. M. M. (2013). Criando condições de comunicação: o atendimento a uma família com dificuldades na troca alimentar. In Busnell, M. C. & Melgaço, R. G. (org). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (pp. 273-281). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê* (1. ed). São Paulo: Artes Médicas.
- Stern, D.N., Robert-Tissot, C., De Mural, M. & Cramer, B. (1989). Le KIA-Profil: Un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. In S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Orgs.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp.151-160). Paris: Eshel.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). O pós-parto. Em: Szejer, M. & Stewart, R. *Nove meses na vida da mulher* (pp. 275-314). São Paulo: SP, Casa do Psicólogo.
- Vendruscolo, J. F., Bolzan, G. M., Crestani, A. H., Souza, A. P., & de Moraes, A. B. (2012). A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*. ISSN 2176-2724, 24(1).
- Wiese, E. B. P. & Leenders, F. (2006). Interaction Assessment Procedure – IAP: A qualitative approach to parent/infant interaction. *Abstracts. 10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris.

- Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família. In Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago Editora, (Obra original publicada em 1967).
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. (6ª ed, pp.31-36). Rio de Janeiro, RJ: LTC Editora. (Obra original publicada em 1965).
- Winnicott, D. W. (1983) Teoria do relacionamento paterno infantil. In *O ambiente e os processos de maturação* (pp.38-54). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1960).
- Winnicott, D. W. (1999). A mãe dedicada comum. In Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (2 ed, pp.1-11). São Paulo, Martins Fontes. (Obra original publicada em 1966).
- Winnicott, D. W. (1999). A dependência nos cuidados infantis. In: Winnicott, D. W. *Os bebês e suas mães* (pp. 73-78). São Paulo, SP: Martins Fontes (Obra original publicada em 1970).
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise* (pp.399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora. (Obra original publicada em 1956).
- Winnicott, D. W. (2011). O conceito de indivíduo saudável. In Winnicott, D. W. *Tudo começa em casa* (5a ed, pp. 3-22). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Obra original publicada em 1967).
- World Health Organization. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

- Zimmermann, A, Zimmermann, H. Zimmermann, J. Tasch, F. & Santos, C (2001). O bebê e os pais. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski & Bassols, A. M. S. (org). *O clíco da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica* (pp.29-40). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zornig, S. M. A. J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470.

Considerações Finais da Dissertação

A partir desta pesquisa, principalmente acerca da extenuante revisão sistemática da bibliografia sobre dificuldades alimentares na primeira infância, pode-se concluir que existe um número limitado de estudos, principalmente nacionais, sobre esta temática. Ademais, pesquisas quantitativas representam a maioria o que demonstra que a abordagem qualitativa é pouco explorada.

A ideia original ao propor estudo era de que o aleitamento materno é um momento exclusivo de trocas entre mãe e filho e que dificuldades nesse âmbito podem ter repercussões na interação da dupla e no desenvolvimento da criança. A partir disso, surgiu o interesse de investigar como se dá a relação entre mãe e filho com dificuldades alimentares no primeiro ano de vida, pois a criança passa a receber alimentação que complementa o leite materno ou a fórmula infantil, sendo que a introdução dos novos alimentos configura uma etapa importante no desenvolvimento infantil e também na relação entre mãe e bebê. A realização do estudo pôde confirmar as hipóteses levantadas anteriormente, além de perceber que diversas relações estão incluídas no relacionamento e na interação da dupla.

A pesquisa possibilitou um conhecimento teórico-prático aprofundado sobre as dificuldades alimentares, mas, principalmente, sobre o que está contido na relação entre a mãe e seu bebê. Presenciar a interação “ao vivo” através da aplicação do IAP, seja uma interação com excelente sensibilidade e estrutura da mãe ou responsividade moderada do bebê que revelaram-se encantadoras, ou até interações fracas que despertaram angústia, fez parte do aprendizado e uma experiência que serviu de amadurecimento e conhecimento sobre o mundo encantado dos bebês.

O caminho percorrido pela pesquisadora não foi fácil. Apesar de não ser um desejo latente, tinha-se a percepção de que seguir estudando era importante e os cursos de

especialização não satisfaziam mais. No entanto, foi através de um deles, no CELG, que se iniciou uma descoberta sobre quais rumos tomar na vida profissional e também como estudante. A personalidade persistente e curiosa foi determinante para ingressar no mundo da pesquisa, pois sempre se quer saber mais e o porquê das coisas, principalmente sobre o relacionamento especial que permeia a mãe e seu bebê e a amamentação e a alimentação como representante deste vínculo. Ao finalizar o mestrado e perceber que a angústia inicial e os questionamentos de incertezas, como conseguir assimilar tantas informações novas, concebe-se que o caminho percorrido valeu a pena.

Conquista e superação são palavras que se pode utilizar para descrever este momento final. Tantos sonhos foram realizados, mas ao mesmo tempo, arrebatados. A importância de dar tempo ao tempo fez com que a tristeza desse lugar ao conhecimento. O que fica é o desejo de compartilhar o conhecimento obtido através desta experiência e também a vontade de seguir pesquisando as mães e os bebês em diversos contextos.

Apêndices

Apêndice A – Características dos Estudos Empíricos Revisados

Apêndice B – Parecer do Comitê de Ética

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

Apêndice D – Questionário de Dados Sociodemográficos

Apêndice E – Ficha de Dados Clínicos

Apêndice F – Questionário *Symptom Check-List*

Apêndice G – *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. PLUS)

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE – Estudo 2

Apêndice I – Interaction Assessment Procedure (IAP)

Apêndice J – Entrevista Sobre a Gestação e o Parto, a Experiência da Maternidade

	Autor(es) (Ano)	País de Origem	Objetivos	Delineamento	Instrumentos	Participantes	Principais resultados
1	Ammaniti et al (2012)	Itália e Inglaterra	Avaliar o tempo comportamento alimentar e emocional-comportamental numa amostra de crianças diagnosticadas com anorexia infantil e um grupo de crianças com desenvolvimento típico; e investigar a relação entre o funcionamento psicológico materno e padrões de alimentação das crianças e funcionamento emocional- comportamental.	Quantitativo	Triagem clínica avaliou a criança Crescimento e nível de desnutrição e por um psicólogo clínico que entrevistou os pais em relação aos padrões de alimentação e comportamento alimentar da criança; Perfil psicológico da criança por meio da Criança Behavior Checklist (CBCL) 1 ½ -5 e 6-18, que era preenchido pelas mães; Perfil psicológico da mãe perfil e atitudes alimentares, administrando: Symptom Checklist-90-Revised, Eating Attitudes Test-40.	142 duplas. Crianças com média de 2 anos e 1 mês na primeira etapa e 7 anos e 7 meses na 3ª etapa	Parcial melhora no estado nutricional das crianças com anorexia infantil. No entanto, elas continuaram a apresentar problemas alimentares em curso e, além disso, a ansiedade / depressão e retirada, bem como a quebra de regras comportamentos e problemas sociais. Correlações significativas entre os problemas alimentares das crianças e as dificuldades emocionais e de suas mães aumento do sofrimento emocional e perturbado comendo atitudes. O curso natural da anorexia infantil não tratada é caracterizado pela persistência de dificuldades no comportamento alimentar e ajustamento emocional e comportamental tanto nas crianças quanto em suas mães.

2	Atzaba-Poria, et al (2010)	Israel	Investigar interações pai-filho com crianças que têm distúrbio alimentar.	Quantitativo	Entrevista da refeição foi analisado com o Caring and Rearing of Children Scale from the “Who Does What?” Questionnaire (Cowan & Cowan, 1988; Cowan et al., 1985); Emotional Availability Scales (EAS)	56 pais e crianças com 1 a 3 anos de idade	Os resultados revelaram que, semelhante à interações mãe-filho, as interações pai-filho são menos positivos nas famílias distúrbio da alimentação do que aqueles no grupo de comparação. Além disso, dentro do grupo dos pais de crianças com distúrbio da alimentação, as mães apresentam uma maior sensibilidade do que os pais, no entanto, essa diferença é moderada pelo envolvimento paterno.
3	Blissett, Meyer & Haycraft (2011)	Inglaterra	Analisar se a relação entre alimentação e problemas de comportamento pode ser explicado em parte pelo estilo e práticas parentais.	Quantitativo	Children’s Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Children’s Feeding Questionnaire (CFQ); Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)	77 mães de crianças de 3 a 8 anos	Comportamentos alimentares e problemas de comportamento foram significativamente correlacionados, mas quando as práticas parentais e estilo de alimentação foram controladas, associações significativas desapareceram. Embora os resultados são limitados por causa de uma taxa de resposta relativamente baixa, em grupos não-clínicos, a semelhança percebida entre problemas

							alimentares e de comportamento podem ser explicados pela paternidade.
4	Carvalho, Lima, Martins, (2013b)	Brasil	Compreender a recusa alimentar através da escuta do que o discurso materno aborda.	Qualitativo	Estudo de caso clínico.	Dois bebês e suas mães, entre 2 e 3 anos e 6 meses de idade.	As crianças pesquisadas apresentam um quadro de desnutrição relacionado à recusa em se alimentar. O sintoma, então, se configura como uma recusa a qualquer alimento que não seja o leite materno, o que aponta para uma dificuldade em renunciar ao objeto seio e operar as devidas substituições para outros objetos/alimentos. Pode-se, desse modo, apontar que o diagnóstico da desnutrição infantil deve levar em consideração os fatores psíquicos relacionados ao âmbito da relação mãe-criança.
5	Dovey, Jordan, Aldridge & Martin (2013)	Inglaterra	Discriminar entre amostras clínicas e não-clínicas sobre Behavioural Pediatrics Feeding Assessment Scale Apresentar um valor de corte, que foi derivada estatisticamente, que poderia ser utilizado para a triagem dos distúrbios alimentares	Quantitativo	BPFAS	573 famílias de crianças entre 20 e 85 meses	Behavioural Pediatrics Feeding Assessment Scale tem sensibilidade e especificidade para ser usado para o rastreio para desordens de alimentação. Era capaz de delinear com sucesso entre a amostra clínica e a amostra não-clínica. Futuros estudos olhando

							para problemas de alimentação ou distúrbios deve empregar um corte de critérios, em vez de uma média ou quartil divisão.
6	Farrow, Galloway & Fraser	Reino Unido, Estados Unidos	Investigar as relações intra-familiares entre relatos dos pais sobre práticas alimentares utilizadas com os irmãos na mesma família, e avaliar se as diferenças de hábitos alimentares estão relacionados a diferenças no comportamento alimentar dos irmãos.	Quantitativo	Demographics questionnaire; Child Growth Foundation Package; The Child Feeding Questionnaire; The Child Eating Behaviour Questionnaire	80 pais com pelo menos dois filhos (3 - 6 anos)	Resultados adicionam à nossa compreensão das diferenças que possam existir no seio das famílias em que comportamentos de alimentação pais-filho e fornece provas de que comportamento alimentar desenvolve-se num contexto ecológico que inclui relações bi-direcionais. Os pais relatam o uso diferentes níveis de pressão e restrição com seus filhos na mesma família. A pressão geralmente se dá nas crianças que comem devagar ou pouco.
7	Forestell & Mennella (2012)	Estados Unidos	Determinar se a avaliação das mães do temperamento de seus bebês está associada a medidas objetivas de padrões de aceitação da criança e os seus juízos de gosto de um vegetal verde.	Quantitativo	Facial Action Coding System; Infant Temperament Scale	92 bebês entre 4 e 9,2 meses.	Crianças que tiveram alta a dimensão do questionário de temperamento eram menos propensos a manifestar expressões faciais de desgosto,

							consumindo mais alimentos, e foram percebidos por suas mães como desfrutar mais a comida. A análise de mediação revelou que as classificações de prazer não estavam diretamente relacionados à abordagem do temperamento da criança, mas sim entre a relação das classificações e temperamento das mães que foi mediada pela quantidade de tempo que as crianças passaram comer o vegetal. Análises de regressão sugeriram que, além do período de tempo que as crianças comeram, a classificação das mães do gozo de seus filhos foi previsto pelo número de olhares que a criança expressa durante a refeição. Apesar de certos aspectos do temperamento da criança estarem relacionados com a sua aceitação alimentar, as mães atendem à expressões faciais e tempo gasto comendo independentemente dessas características temperamentais ao julgar
--	--	--	--	--	--	--	---

							a diversão de seu bebê de um alimento.
8	Gaffney, Kitsantas, Brito & Swamidoss (2014)	Estados Unidos	Examinar a depressão pós-parto como um fator de risco potencial para a não-adesão às diretrizes de alimentação infantil e posterior ganho de peso infantil.	Quantitativo	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) Entrevistas estruturadas	1447 mães e bebês	Mães com depressão pós-parto tiveram 1,57 vezes mais chances de amamentar em baixa intensidade e 1,77 vezes mais chances de adicionar cereal com fórmula infantil. Embora a depressão pós-parto tenha sido associada com a introdução precoce de alimentos sólidos, essa relação não foi significativa após o ajuste para possíveis fatores de confusão. Seleção para visitas pode levar a melhores resultados de saúde materna e a prevenção dos fatores de risco de vida precoce para a obesidade infantil.
9	Hoffman et al (2013)	Estados Unidos	O objectivo deste projecto-piloto foi descrever capacidade materna de resposta durante a alimentação infantil em mães com histórias de desordem alimentar através do uso combinado de observação, métodos de auto-relato, e fisiológicos.	Quantitativo	Escala padronizada, observação do vídeo da refeição através do	15 mães com distúrbio alimentar e 25 mães sem distúrbio alimentar	Não foram detectadas diferenças na capacidade de resposta comportamental observada durante a alimentação ou brinquedo livre em mães com histórias de transtorno alimentar em comparação com os

							controles. Mães com transtorno alimentar histórias que relato mais parentalidade stress, aumento da ansiedade, e exibiu uma resposta de estresse fisiológico embotada durante as duas interações alimentares e livre de brincar com seus filhos.
1 0	Jones & Bryant-Waugh (2012)	Inglaterra	Desenvolver um grupo de mães de crianças com problemas de alimentação	Misto	The parental Evaluation of feeding problems (pepf); Hospital anxiety and depression scale (hads); parenting stress inventory (psi); Difficult child (psi-dc); dysfunctional interactions (psi-di); parent distress(psi-pd); defensive Responding (psi-dr) behavioural paediatrics feeding assessment (bpfa); parenting concerns scale (pcs)	6 mães de crianças com problemas alimentares	Houve pouca mudança em medidas de humor e níveis de estresse da mãe, as mudanças foram demonstradas em medidas especificamente relacionadas com a percepção materna de alimentação da criança, em particular, da mãe classificações da gravidade e número de problemas de alimentação da criança. Além disso, o feedback sugeriu que o grupo foi altamente aceitável para as mães, que forneceu-lhes oportunidades de expressão emocional e ajudou a reduzir a sensação de isolamento e auto-culpa.
1 1	Koh, Scott, Woodman, Kim, Daniels &	Australia	Explorar as relações multi-direcionais entre alimentação materna, auto-eficácia, a	Quantitativo	Short Temperament Scale for Infants (STSI);	277 mães e bebês	A confiança parental, a exposição a novos alimentos e

	Magarey (2014)		confiança dos pais, o comportamento alimentar da criança, exposição a novos alimentos e consumo.		Kessler 10; Entrevistas estruturadas		comportamento alimentar da criança foram indiretamente relacionada com o consumo de vegetais criança através da alimentação materna. Isso destaca a necessidade de abordar antecedentes de alimentação materna e o ambiente como principais estratégias para o desenvolvimento de uma alimentação saudável nas crianças
1 2	Li, Scanlon, May, Rose & Birch (2014)	Estados Unidos	Examinar associações de práticas de uso de mamadeira durante a infância com o MFS (Mother Feeding Style) e o children's eating behavior (CEB) aos 6 anos de idade	Quantitativo	Child Feeding Questionnaire (CFQ); Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) Entrevistas estruturadas	1117 mães e crianças de 6 anos	Práticas de uso de mamadeira durante a infância podem ter efeitos a longo prazo sobre MFS e CEBQ. Esvaziamento garrafa frequentemente incentivado por mães e / ou alta BFI durante a primeira infância aumentou a probabilidade de mães que exercem pressão sobre o seu filho de 6 anos de idade para comer e baixa capacidade de resposta da saciedade infantil.
1 3	McDermott et al.	Australia	Relatar a estabilidade da alimentação da criança a partir da percepção dos pais	Quantitativo	Child Behavior Checklist (CBCL)	Gravidez (20 sem) e após nascimento e aos 6 meses, 5 anos e 14	Aproximadamente 40% dos comedores irregulares em 5 anos

	(2010)		de 6 meses a 14 anos de idade e para investigar um modelo inclusivo preditivo dos fatores de pai e filho.		Peabody Picture Vocabulary Test – Revised (PPVT-R) Entrevistas estruturadas Delusional Symptom Status Inventory para ansiedade e depressão materna	anos de idade. Das 7.223 crianças, 5.122 crianças foram reentrevistadas e forneceram dados para a análise de 5 anos, e 4554 para 14 anos	ainda será comedores irregulares na idade de 14 anos. Esta não foi relacionado à escolaridade materna ou classe socioeconômica. Significativo a análise multivariada foram problemas de alimentação infantil e capacidade das crianças para regular o sono e humor. Fatores maternos eram maiores de idade, não se sentir positivo sobre o bebê e ansiedade materna persistente durante os primeiros anos da criança.
1 4	McMeekin et al. (2013)	Austrália	O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre o temperamento em crianças australianas com idade entre 2-7 meses e práticas alimentares de suas mães pela primeira vez.	Quantitativo	Short Temperament Scale for Infants'' (STSI); Infant Feeding Questionnaire (IFQ); Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS); WHO Anthro version 3.0.1; SPSS	698 mães, maiores de 18 anos, com bebês que nasceram acima de 37 semanas e com peso acima de 2,5kg	Mães de crianças de pontuação alta em "temperamento difícil" relataram menos consciência dos sinais de fome infantis, mais uso de alimentos para calma, e grande preocupação com o excesso de e abaixo do peso. Uma mãe com depressão pode perceber tanto seu filho quanto mais difícil e ser menos sensível a estímulos infantis, resultando em estilos de alimentação sem

							resposta. Nossa descoberta de que a depressão materna influencia independentemente consciência de pistas dá apoio a esta idéia. Temperamento infantil foi encontrado para ser associado com práticas de alimentação de mães pela primeira vez. No geral, os resultados sugerem que mães com crianças de temperamento mais difícil tendem a adotar práticas de alimentação o que têm sido associados com indicadores de o risco de obesidade tardia.
1 5	Micali, Smirnof, Stahl & Treasure (2011)	Inglaterra	Determinar o papel da ansiedade e depressão materna na mediação do risco para a alimentação de dificuldades em recém-nascidos de mulheres com distúrbio alimentar.	Quantitativo	Questionários	10.902 duplas	O modelo integrado, possui efeito direto da vida materna com distúrbio alimentar e sobre alimentação infantil. é um caminho de mediação via aflição materna (uma variável latente combinando ansiedade e depressão) equipado os dados melhores. Isto também se aplica aos sintomas da gravidez distúrbio alimentar maternos.

							Dificuldades alimentares, por sua vez aumentam angústia materna ao longo do tempo. A vida com distúrbio alimentar e gravidez ativa tende a aumentar o risco de dificuldades de alimentação infantil e fazê-lo através de aflição materna (ou seja, depressão e ansiedade). Isto tem implicações importantes para a prevenção e intervenção precoce em relação às dificuldades de alimentação infantil, como bem como para futuras pesquisas na área.
1 6	Östberg & Hagelin (2011)	Suécia	Acompanhamos as crianças com problemas precoces de alimentação e / ou dormir que tinha estado em contato com uma equipe de saúde especialista em criança e teve como objetivo investigar se essas crianças ainda tinham o mesmo tipo de problemas de seis anos mais tarde.	Quantitativo	Questionário de acompanhamento	230 Famílias	Seis anos depois crianças ainda tinham mais problemas deste tipo, em comparação com as crianças de referência. Problemas foram mais frequentes no grupo clínico. Mães na amostra clínica relataram mais problemas de saúde do que mães do grupo de referência e os pais clínicos eram menos satisfeitos com o seu apoio social e tinham mais problemas

							psicossociais, incluindo eventos de vida estressantes. Crianças na amostra clínica tinha mais problemas de internalização do que as crianças de comparação. Os recentes problemas de alimentação e de dormir foram conectados a mais problemas de externalização e internalização. Problemas regulatórios, são menos frequentes quando a criança cresce, mas, no entanto, tendem a permanecer. A indicação clínica para a saúde infantil cuidado é levar a criança e fatores familiares em conta, para individualizar contatos, trabalhar com uma perspectiva com tudo incluído e tem estreitas acompanhamentos.
1 7	Owen, Ziebell, Lessard, Churcher, Bourget & Villeneuve (2012)	Canada	Quantificar e descrever a mudança na capacidade dos pais para implementar novas estratégias para as refeições e avaliar comportamentos alimentares das crianças, após uma intervenção de educação 5-sessões. Ele também identificou a mudança nas reações emocionais dos pais a	Misto	Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale Goal Attainment Scaling Parent Comments	Pais e crianças de 1 a 3 anos	Escores da frequência de dificuldades de alimentação foram, em média, significativamente menores no pós-tratamento. Para a frequência de problemas com a alimentação dos pais também foram menores pós-tratamento.

			experiências de alimentação de seus filhos.				Respostas por escrito dos pais no Goal Attainment Scaling reflete dois temas principais: a satisfação com o programa e um desejo de atenção mais individualizada
1 8	Reba-Harrelson et al. (2010)	Estados Unidos e Noruega	Comparar atitudes de alimentação através do relato das mães e práticas em mães com transtornos alimentares amplamente definidos através subtipos com mães sem transtornos alimentares; Comparar matematicamente relatados comportamentos alimentares e sintomas psicológicos em crianças 36 meses de idade de mães com anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão. Com as crianças de mães sem distúrbio alimentar; Relação entre comportamentos e alimentação materna-relatados criança comportamento alimentar em 36 meses de idade as crianças.	Quantitativo	Child Feeding Questionnaire CBCL — Child Behavior Checklist ITSEA - Infant Toddler Social Emotional Assessment	13.006 Mães com 17 e 30 semanas de gravidez e seus bebês quando 6, 18 e 36 meses de idade	As mães com bulimia nervosa e a compulsão foram mais propensas a apresentar estilos alimentares restritivos problemas alimentares e as crianças que as mães sem transtornos alimentares. Em relação a pressão para comer alimentos estilo, não houve divergências entre os grupos. As diferenças na alimentação auto-relatada estilos e comportamentos alimentares das crianças existem entre as mães com e sem transtornos alimentares. Acompanhamento Longitudinal irá ajudar a determinar as implicações da alimentação estilo sobre trajetórias e crescimento posterior desenvolvimento.
1 9	Powell, Farrow & Meyer	Inglaterra	Examinar a contribuição de uma ampla gama de práticas	Quantitativo	The Child Eating Behaviour Questionnaire	104 mães de crianças com idades entre 3 e 6	Práticas de alimentação maternas,

	(2011)		de alimentação maternas em prevendo relatos dos pais de evasão comida comportamentos alimentares em crianças pequenas, após o controle de temperamento da criança, e restrição dietética materna que tenham sido previamente associado com problemas de alimentação		(CEBQ); Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ); EAS Temperament Survey for children (EAS); Dutch Eating Behaviour Questionnaire – Restraint Scale	anos completos	predominantemente pressão para comer, predisseram significativamente comportamentos alimentares de evitação de alimentos após o controle para emotividade infantil e restrição dietética materna. Contribuição significativa das praticas maternas de alimentação, que são comportamentos potencialmente modificáveis, sugere que as interações alimentares dos pais e seus filhos devem ser alvo de intervenção e prevenção de dificuldades de alimentação durante primeira infância. Uso da comida como controle do comportamento Pais pressionam porque os filhos evitam comer, mas isso pode contribuir para o aumento do distúrbio. Alimento usado como conforto.
20	Richter & Rech (2013)	Alemanha	Analisar como os fatores de risco psicossociais estão conectadas, e como elas	Quantitativo	Escalas padronizadas e questionários	57 duplas mãe e bebê com 3 meses	A relação entre a ansiedade materna e problemas regulatórios

			impactam a capacidade estados regulatórios de bebês de 3 meses de idade.				choro e dormir variam em função do engajamento materno positivo em situações. No entanto, um efeito de moderação significativa influenciar problemas de alimentação infantil não puderam ser demonstradas. Estes resultados sublinham a importância de comportamentos de interação materna positiva em pelo menos algumas partes do ajuste regulatório de bebês em risco.
2 1	Rigal, Chabanet, Issanchou & Monnery-Patris (2012)	França	Validar medidas de dificuldades alimentares das crianças pequenas e as práticas de alimentação maternas em uma amostra francesa, bem como avaliar as relações entre essas práticas dificuldades alimentares e das crianças.	Validação de instrumentos	Children's Eating Difficulties Questionnaire; Feeding Style Questionnaire Feeding Strategy Questionnaire Questionnaire relating to Parental Motivations when buying food for children para a validação: Structural Equation Modelling (SEM) Partial Least Square (PLS) regression	Na entrevista semi-estruturada: 20 mães com bebês de 20 a 36 meses. Na validação dos questionários: 502 mães com bebês de 20 a 36 meses.	Crianças com 25-36 meses foram descritas com mais dificuldades alimentares do que as crianças de 20-24 meses. Estratégias autoritárias e permissivas estão relacionadas positivamente a dificuldades alimentares.
2 2	Schmid, Schreier, Meyer & Wolke	Suíça e Inglaterra	Determinar a persistência de problemas de regulação, ou	Quantitativo	Entrevista Estruturada; Avaliação por pediatra	4427 Bebês com 5, 20 e 56 meses de idade	Mais da metade da amostra apresentou

	(2010)		seja, choro excessivo (> 3 meses de idade), de alimentação e de sono dificuldades da infância à idade pré-escolar, e avaliar se os problemas de regulação aos 5 meses são preditivos de comportamento adaptativo pré-escolar e habilidades sociais.				problemas de regulação em pelo menos um ponto de medição. Em cerca de 8% das crianças, problemas de regulação persistentes entre os anos pré-escolares. Vários problemas de problemas de regulação e alimentação aumentaram as chances de problemas alimentares em 20 e 56 meses. Problemas de regulação e alimentação Problemas persistentes foram preditivos de déficits no comportamento adaptativo pré-escolar e habilidades sociais. Além disso, foram encontradas diferenças entre os sexos. Conclusões: vários problemas de problemas de regulação e alimentação teve a maior estabilidade. Problemas de regulação persistente foram preditivos de efeitos adversos comportamento social e adaptativo. Compreensão da etiologia pode ajudar a prevenir problemas de regulação persistente
--	--------	--	---	--	--	--	--

2 3	Thompson & Bentley (2013)	Estados Unidos	Revisar os fatores comportamentais, sociais e macroambientais que contribuem para o desenvolvimento de práticas de alimentação precoce obesogênicos entre as crianças afro-americanas e crianças pequenas.	Quantitativo	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D; “Safety from Crime” sub-scale of the Neighborhood Environment Walkability Scale and food security	21 duplas mãe e bebê	As influências de alimentação complementar em idade inadequada ingestão atuais de energia e a relação peso e altura são fatores que podem aumentar o risco de obesidade a longo prazo por meio da formulação de apetite infantil, preferências alimentares e metabolismo. Dada a intratabilidade da obesidade pediátrica, a compreensão do papel da alimentação precoce da elaboração das disparidades de saúde a longo prazo é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de prevenção para conter a obesidade na infância.
2 4	Tambelli, Odorisio & Lucarelli (2014)	Itália	Investigar a relação mãe-bebê no depressivo, psicossociais e parentalidade de risco cumulativo, avaliando representações maternas no pré-natal e pós-natal e interações mãe-bebê durante a alimentação aos 4 meses de idade	Quantitativo	Observação de vídeo da amamentação; Interview of Maternal Representations During Pregnancy-Revised (IRMAG-R); Interview of Maternal Representations After the Birth (IRMAN) Feeding Scale	164 duplas mãe e bebê	Importância de examinar a qualidade das representações das mães em mulheres com tanto risco de depressão e risco psicossocial (isoladamente ou cumulativamente) em relação à qualidade dos seus pais durante a gravidez e após o nascimento do bebê.

Apêndice B – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o Parecer do Relator

PORTO ALEGRE, 22 de Maio de 2013

Assinado por:

José Geraldo Vernet Taborda

(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245.

CEP: 91.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone:

(51)303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o Parecer do Relator

PORTO ALEGRE, 22 de Maio de 2013

Assinado por:

José Geraldo Vernet Taborda

(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245.

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone:

(51)303-5804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Estudo 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

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

Porto Alegre, __, de _____ de 20 __.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____

Apêndice D – Questionário de Dados Sociodemográficos

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

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

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

Nome: _____

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

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ Fone para recados: _____

E-mail: _____

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

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

Por quê? _____

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

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

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

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

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

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

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

Idades dos outros filhos: _____

Idade da primeira gestação: _____

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

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

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

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

Caso trabalhava, mas parou, por quê? _____

Que trabalho você fazia? _____

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

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

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

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

Nome marido/companheiro: _____

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

¹Deve ser respondida, preferencialmente, pela mãe.

Local de nascimento: () Porto Alegre () Grande Porto Alegre () Interior, onde? _____
Endereço completo: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____
Celular: _____ E-mail: _____

Até que série ele estudou? () nenhuma () fundamental - ____ série () médio - ____ série () superior - ____ série
() curso técnico _____ () pós-graduação () outro _____

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

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

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

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____

Qual o horário? _____

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

Caso não estiver trabalhando, qual trabalho anterior? _____

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

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

DADOS DO FILHO/A (alvo da pesquisa)

Nome: _____

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

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

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

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

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

A escola é () municipal () estadual () particular () creche informal (pessoa que cuida de várias crianças em casa) Caso não frequente a escola, quem costuma cuidar do bebê? () mãe () pai () avô () irmão (ã) () tia

() babá/empregada () vizinha

ASPECTOS DA MORADIA ATUAL:

Quantas pessoas moram na casa, incluindo você: ____

Quem são os moradores da casa? _____

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

Renda mensal aproximada: _____

Gostaria de saber algumas características da sua casa:

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

Nº de quartos: ____ Nº total de peças ____

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

Luz elétrica? () sim () não

Esgoto? () sim () Não

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM MATERNA

AVÓ MATERNA

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

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

Número de irmãos: _____

AVÔ MATERNO

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

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

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

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

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

DADOS DA FAMÍLIA DE ORIGEM PATERNA:

AVÔ PATERNA

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

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

Número de irmãos: _____

AVÔ MATERNO

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

Idade: ____ Idade que teve o primeiro filho: _____

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

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

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

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

Nome marido/companheiro: _____

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

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

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Fone: _____

Celular: _____ E-mail: _____

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

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

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

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

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

Que tipo de trabalho ele faz (explicitar)? _____

Qual o horário? _____

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

Caso não estiver trabalhando, qual trabalho anterior? _____

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

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

OBSERVAÇÕES: _____

Apêndice E – Ficha de Dados Clínicos

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

Ficha de Dados Clínicos²

Nome do bebê: _____
Data de Nascimento: __/__/____
Local de nascimento: () hospital. Qual? _____ () Domicílio () outro. Qual? _____
Tipo de parto: () normal () cesárea () com fórceps
Alguma complicação no parto? () não () sim
Qual? _____
 () pré-eclâmpsia () eclâmpsia () hemorragia () descolamento de placenta
 () febre/infecção () desproporção céfalo-pélvica
Idade gestacional do bebê ao nascer (em semanas): _____
Peso ao nascer: _____
Apgar³: 1º minuto: _____ **5º minuto:** _____
Necessitou internação após o nascimento? () não () sim. Qual o motivo da internação? _____

Dados sobre a gestação:

Realizou pré-natal? () não () sim. Quantas consultas? _____
Se sim, onde realizou o pré-natal? () posto de saúde. Qual? _____ () consultório privado
Fez tratamento para engravidar? () não () sim. Qual? _____
Houve algum problema na gestação? () não () sim
Se sim, qual? _____
 () hipertensão () diabetes gestacional () vômitos frequentes () infecção urinária
 () anemia severa () ameaça de aborto () placenta prévia () DSTs
 () HIV/aids () toxoplasmose () rubéola () sangramentos
 () contrações com risco de parto prematuro () traumatismos (quedas, fraturas, acidentes...)
 () outro. Qual? _____
Tomou alguma medicação durante a gestação? () não () sim. Qual? _____
Fez uso de cigarro/álcool/drogas durante a gestação? () não () sim. Qual? _____
Observações: _____

Dados gestacionais anteriores:

Número de gestações: _____
Aborto? () sim () não
 Espontâneo () Provocado ()
Partos anteriores? () sim () não
Bebê natimorto? () sim () não
Morte no primeiro ano de vida do bebê? () sim () não Motivo: _____

Dados sobre o pós-parto:

Costuma consultar o pediatra? () não () sim. Em qual situação? _____
Realiza vacinas previstas para sua faixa etária⁴? () não () sim
Foi amamentado ao seio? () não () sim. Por quanto tempo? _____
Usou fórmula/leite em pó nos 6 primeiros meses? () não () sim. Em que situações? _____
Teve cólicas? () não () sim
Teve algum problema de saúde até agora? () não () sim. Qual? _____

² Respondida pela mãe.

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

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

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

Dados sobre a saúde da família:

Mãe

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

Pai

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

Avós maternos

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

Avós paternos

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

Apêndice F - Questionário Symptom Check-List

Questionário "Symptom Check-List"

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

INVENTÁRIO DE SINTOMAS - "Symptom Check-List"

Avaliação dos distúrbios psicofuncionais da primeira infância³

SONO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³Tradução da Prof^a Dr^a Elizabeth Batista Pinto (Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo). Revisada pela Prof^a Dr^a Jaqueline Wendland (Universidade de Paris V, Laboratório de Psicopatologia e Neuropsicologia Clínica). Versão modificada F-3.95. Utilização autorizada por tradutora e revisora.

5. b) Como se manifesta este medo?

5. c) Quando começaram os medos?

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

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

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

6. a) Como aconteceu?

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

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

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

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

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

- ☐ - dar chupeta;
- ☐ - embalar;
- ☐ - murmurar gentilmente;
- ☐ - dar mamadeira / seio;
- ☐ - cantar;
- ☐ - não fazer nada e esperar;

- ☐ - levar para a cama dos pais;
- ☐ - falar em um tom bravo;
- ☐ - brincar;
- ☐ - bater;
- ☐ - acariciar;
- ☐ - outro: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12*. Avaliação do sistema mãe-criança com relação ao sono (completar com base nas respostas às questões 4, 9, 10, 11, 12 + 9a):

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

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

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

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

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

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

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

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

23. b) Em quais circunstâncias isto ocorre?

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

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

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

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

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

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

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

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

29. Este ritual para comer ocorre:

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

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

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

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

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

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

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

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

33. a) RECUSA A LÍQUIDOS

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

33. b) RECUSA A SÓLIDOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

() Não () Sim. Quais? _____

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

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

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

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

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

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

() Sim () Não

No caso de distúrbios alimentares⁷:

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

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

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

Informações gerais

47. Peso ao nascimento: _____

48. Peso atual: _____

49. Estatura ao nascimento: _____

50. Estatura atual: _____

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

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

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

DIGESTÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESPIRAÇÃO

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

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

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

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

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

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

☐ asma ☐ bronquite ☐ otite ☐ faringite ☐ laringite ☐ sinusite ☐ rinite

Desde quando ele tem esse problema?

É necessário dar remédio (antibiótico ou outro)?¹¹

60. Estas crises de asma/problemas respiratórios são:

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

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

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

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

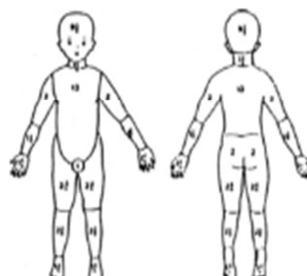
63. Seu(sua) filho(a) tem crises nas quais fica sem ar e/ou muda de cor e/ou perde a consciência?

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

PELE

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

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



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

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

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

1	2	3	4	5
Forte		média.		fraca.

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

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

ALERGIAS

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

¹⁰ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

¹¹ Questão acrescentada na versão em português por sugestão das tradutoras

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

69. a) Alimentos

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. b) Respiratória

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. c) Cutânea/de pele

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

69. d) Outras:

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

RECORRÊNCIA A SERVIÇOS MÉDICOS

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

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

COMPORTAMENTO

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

71. a) Frequência

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

71. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

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

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

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

74. a) Frequência

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

74. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- leve

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

75. a) Frequência

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

75. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

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

- com você ou a sua família?

- com outras crianças?

76. a) Frequência

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

76. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

No caso de distúrbios de comportamento:¹²

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

- Como é que os problemas de comportamento começaram?

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

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

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

MEDOS/TIMIDEZ

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

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

77. a) Frequência

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

77. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média		- fraca

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

78. a) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. b) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

78. c) Quando?

Manifestação?

Intervenção?

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

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

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

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

() Sim () Não

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

80. a) Frequência

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

80. b) Intensidade

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

SEPARAÇÃO81. Nas últimas semanas seu(sua) filho(a) teve dificuldades de separação? (Especifique as circunstâncias e a época da aparição) (se resposta NÃO, passar para questão 82)

81. a) Frequência

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

81. b) Intensidade

1	2	3	4	5
- forte		- média.		- fraca.

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

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

MUDANÇAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APOIO SOCIAL¹⁵

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

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

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

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

EVENTOS ESTRESSANTES¹⁶

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

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

REPERCUSSÕES¹⁷

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

NA VIDA DO CASAL

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

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

NA VIDA FAMILIAR

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

¹⁵ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹⁶ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

¹⁷ Todas as questões desse bloco foram acrescentadas pela tradutora.

Apêndice G - Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. PLUS)

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média = 18,7 ± 11,6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

• Entrevista:

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

• Apresentação:

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

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

• Convenções:

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

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

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

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

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

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

• Instruções de cotação :

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

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

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

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

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

Patricia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 n° 225 Setor Sul
74093-140 - Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M18B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

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

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

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

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

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

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>			
f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10	
g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11	
A4 HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM		
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5 Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12	
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6 Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação?						
UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13	
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A 6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?	☐ Não ☐ Sim					
b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	☐ Não ☐ Sim					
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).						
A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM	14
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A 7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

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

	NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior		
Atual	☐	☐
Passado	☐	☐

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

	NÃO	SIM
Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral		
Atual	☐	☐
Passado	☐	☐

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior Induzido por substância</i>	
Atual	☐
Passado	☐

CRONOLOGIA

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

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = SIM, ATUAL), EXPLORAR O SEGUINTE:

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

A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

SUBTIPO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Assinale tudo que se aplica

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

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

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- ☐ Atual
- ☐ Passado

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

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

→
NÃO SIM 30

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

☐ Não ☐ Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

☐ Não ☐ Sim

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	☐
Passado	☐

CRONOLOGIA

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

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM	4
----	---------------------------------------	---------	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo ☐
6-9 pontos	Moderado ☐
≥ 10 pontos	Alto ☐

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA AS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

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

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

SE D1a = SIM:

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

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

SE D2a = SIM:

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

D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?

➔
NÃO SIM

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

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

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

	Episódio Atual		Episódio Passado										
f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10								
g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11								
D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?													
	NÃO	SIM	NÃO	SIM									
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO. SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.													
D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não ☐ Sim												
b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	☐ Não ☐ Sim												
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).													
D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12													
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.													
D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO													
D6 COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANÍACO		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM												
EPISÓDIO HIPOMANÍACO													
Atual	☐												
Passado	☐												
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.													
D7 COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a.	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	EPISÓDIO MANÍACO		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM												
EPISÓDIO MANÍACO													
Atual	☐												
Passado	☐												
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.													
D8 COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td>☐</td> </tr> </table>					NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral		Atual	☐	Passado	☐
NÃO	SIM												
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral													
Atual	☐												
Passado	☐												
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.													

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

Episódio Misto

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

Padrão Sazonal

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

Com remissão completa entre episódios

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

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

GRAVIDADE

- | | | |
|----|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | ☐ |
| X2 | Moderado | ☐ |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | ☐ |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | ☐ |
| X5 | Em remissão parcial | ☐ |
| X6 | Em remissão completa | ☐ |

CRONOLOGIA

- | | | | |
|-----|--|----------------------------|----|
| D10 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? | <input type="text"/> idade | 18 |
| D11 | Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? | <input type="text"/> | 19 |

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	☐
Passado	☐

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

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

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

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

K2 Nos últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

K3 Nos últimos 12 meses:

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

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

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

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

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



NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES: anfetaminas, "bolinha", "rebite", ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: "coca", pó, "neve", "branquinha", pasta de coca, merla, crack

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

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

SOLVENTES VOLÁTEIS: "cola", éter, "lança perfume", "cheirinho", "loló"

CANABINÓIDES: cannabis, "erva", maconha, "baseado", hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

Assinalar

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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐

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

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

- L2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO). | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia? | NÃO | SIM | 3 |

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)
VIDA INTEIRA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO SIM
DEPENDÊNCIA DE
SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

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

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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

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

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

NÃO	SIM
TRANSTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
Atual	☐
Vida inteira	☐
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

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

M11c

DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "b" = SIM BIZARRO?

OU

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

NÃO	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL	Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d

DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM BIZARRO?

OU

HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = SIM MAS NÃO "SIM BIZARRO" (VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

OU M11c É COTADA "SIM"?

NÃO	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA	Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem? ☐ Não ☐ Sim

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

c *NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).* ☐ Não ☐ Sim

d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21

SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
 SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14
 SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	22
TRANSTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
Atual	☐	
Vida inteira	☐	
Incerto	☐	

M13b

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	23
TRANSTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
Atual	☐	
Vida inteira	☐	
Incerto	☐	

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

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

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

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

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

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

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:

(1) ausente	30
(2) leve	
(3) moderada	
(4) severa	

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d)?

(1) ≥ 1 dia a <1 mês	31
(2) ≥ 1 mês a <6 meses	
(3) ≥ 6 meses	

CRONOLOGIA

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

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

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

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

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

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

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

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

CONSULTE OS ÍTEMS M11a E M11b:

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR □ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

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

CRONOLOGIA

- P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ esses problemas de ansiedade? idade 13
- P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente? 14

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1 Antes dos 15 anos:

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

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

Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

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

- R6 Esses problemas foram investigados pelo seu médico? NÃO SIM 32
- R7 Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? 33
☐ Não ☐ Sim
- R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM
- R8 Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença? NÃO SIM 34
→
- R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM? NÃO SIM
- R9 Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO)? NÃO SIM 35
→

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	36 SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês?	→	NÃO	SIM	1
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês:				
	a. Teve dificuldade de se concentrar ou "brancos na mente"?		NÃO	SIM	2
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?		NÃO	SIM	3
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia?		NÃO	SIM	4
	d. Sentiu-se particularmente irritável?		NÃO	SIM	5
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?		NÃO	SIM	6
	f. Chorava facilmente?		NÃO	SIM	7
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?		NÃO	SIM	8
	h. Temia sempre o pior?		NÃO	SIM	9
	i. Sentiu-se sem esperança?		NÃO	SIM	10
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil?		NÃO	SIM	11
	Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2?	→	NÃO	SIM	
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→	NÃO	SIM	12
Z4	a. Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?	☐ Não ☐ Sim			
	b. Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	☐ Não ☐ Sim			
	NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA SINTOMATOLOGIA? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS SE NECESSÁRIO).				
	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	→	NÃO	SIM	INCERTO 13
Z5	a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA:				
	Depressão Maior VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	14
	Distímia VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	15
	Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	16
	Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA	→	NÃO	SIM	17
	b. ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso	→	NÃO	SJM	18
	qualquer outro Transtorno do Humor	→	NÃO	SIM	19
	c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO?	→	NÃO	SIM	20
Z6	Z5c É COTADA NÃO?		NÃO SIM TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL		

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

Transtorno Depressivo Maior

Episódio Único/F32.x

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

Episódio Recorrente/F33.x

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

Transtorno Distímico

300.4/F34.1

Mania

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

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

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

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

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

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

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

296.60	inespecífico
296.61/F31.3	leve
296.62/F31.3	moderado
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos
296.65/F31.7	em remissão parcial
296.66/F31.7	em remissão completa
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecífico
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II

Transtorno do Pânico/F40.01

300.01/F41.0	Sem Agorafobia
300.21/F40.01	Com Agorafobia

Agoraphobia

300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico
---------------	--------------------------------------

Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de Substâncias

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

Transtornos Psicóticos

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

298.80/F23.xx Transtorno Psicótico Breve

298.90/F29 Transtorno Psicótico SOE

Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

Transtornos Somatoformes

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

Transtornos Dolorosos

307.80/F45.4 Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos

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

Transtorno da Conduta

312.80/F91.8

Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

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

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

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

Transtornos de Ajustamento

309.00/F43.20 Transtorno de Ajustamento com humor depressivo

309.24/F43.28 Transtorno de Ajustamento com ansiedade

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

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

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

309.90/F43.9 Transtorno de Ajustamento, sem especificação

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Nenhum código alocado

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

Questão Sim Não
 Os sintomas de X são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por Y, Z? ☐ ☐
 Se o diagnóstico X foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico X na coluna 1, e os diagnósticos Y, Z correspondentes na coluna 2

Em qualquer situação em que:

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

REFERÊNCIAS

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

Translations

Afrikaans

Alemão

Árabe

Báscio

Bengali

Búlgaro

Catalão

Checo

Chinês

Coreano

Croata

Dinamarquês

Esloveno

Espanhol

Estoniano

Farsi/Persa

Finlandês

Francês

Grego

Gujarati

Hebreu

Hindi

Holandês/Flamengo

Húngaro

Inglês

Islandês

Italiano

Japonês

Letão

Neerlandês

Polaco

Português

Português - Brasil

Punjabi

Romeno

Russo

Sérvio

Setswana

Sueco

Turco

Urdu

M.I.N.I. 4.4 or earlier versions

R. Emsley

I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer

P. Bech

M. Kocmur

L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier

O. Soto, L. Franco, G. Heinze

J. Shlik, A. Aluoja, E. Käl

K. Khooshabi, A. Zomorodi

M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine

S. Beratis

J. Zohar, Y. Sasson

I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen

I. Bitter, J. Balazs

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Hammett-Sheehan,

E. Knapp, M. Sheehan

L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano,

Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller

V. Janavs, J. Janavs, I. Nagotoda

G. Pedersen, S. Blomhoff

M. Masiak, E. Jasiak

P. Amorim

P. Amorim

I. Timotijevic

M. Waern, S. Andersch, M. Humble

T. Ormek, A. Keskiner, I. Vahip

M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0

and M.I.N.I. Screen 5.0:

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil

O. Osman, E. Al-Radi

Em preparação

H. Banerjee, A. Banerjee

L.G. Hranov

Em preparação

P. Zvlosky

L. Carroll, K.-d. Juang

Em preparação

P. Bech, T. Schütze

M. Kocmur

L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,

M. Heikkinen, M. Lijestrom, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta

T. Calligas, S. Beratis

M. Patel, B. Patel

R. Benda, I. Levinson

C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir

E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere

I. Bitter, J. Balazs

D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Hammett-Sheehan,

M. Sheehan

J.G. Stefansson

L. Conti, A. Rossi, P. Donda

T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima,

J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima

V. Janavs, J. Janavs

K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger

M. Masiak, E. Jasiak

P. Amorim, T. Guterres, P. Levy

P. Amorim

A. Gahuna, S. Gambhir

O. Driga

A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky

I. Timotijevic

K. Ketlogetwe

C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren

T. Ormek, A. Keskiner

A. Taj, S. Gambhir

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

Os autores agradecem a: Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa

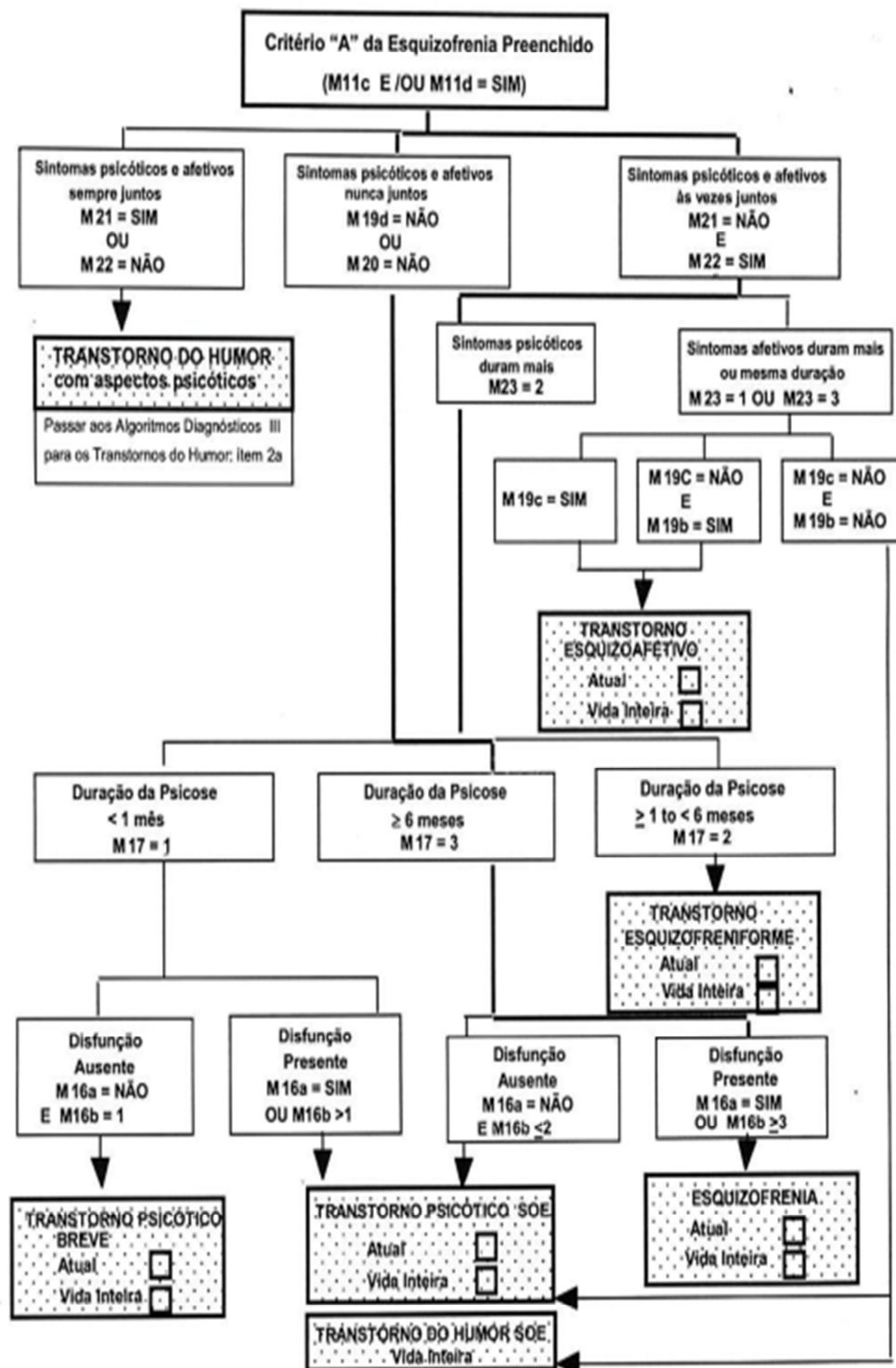
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)

Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus

Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

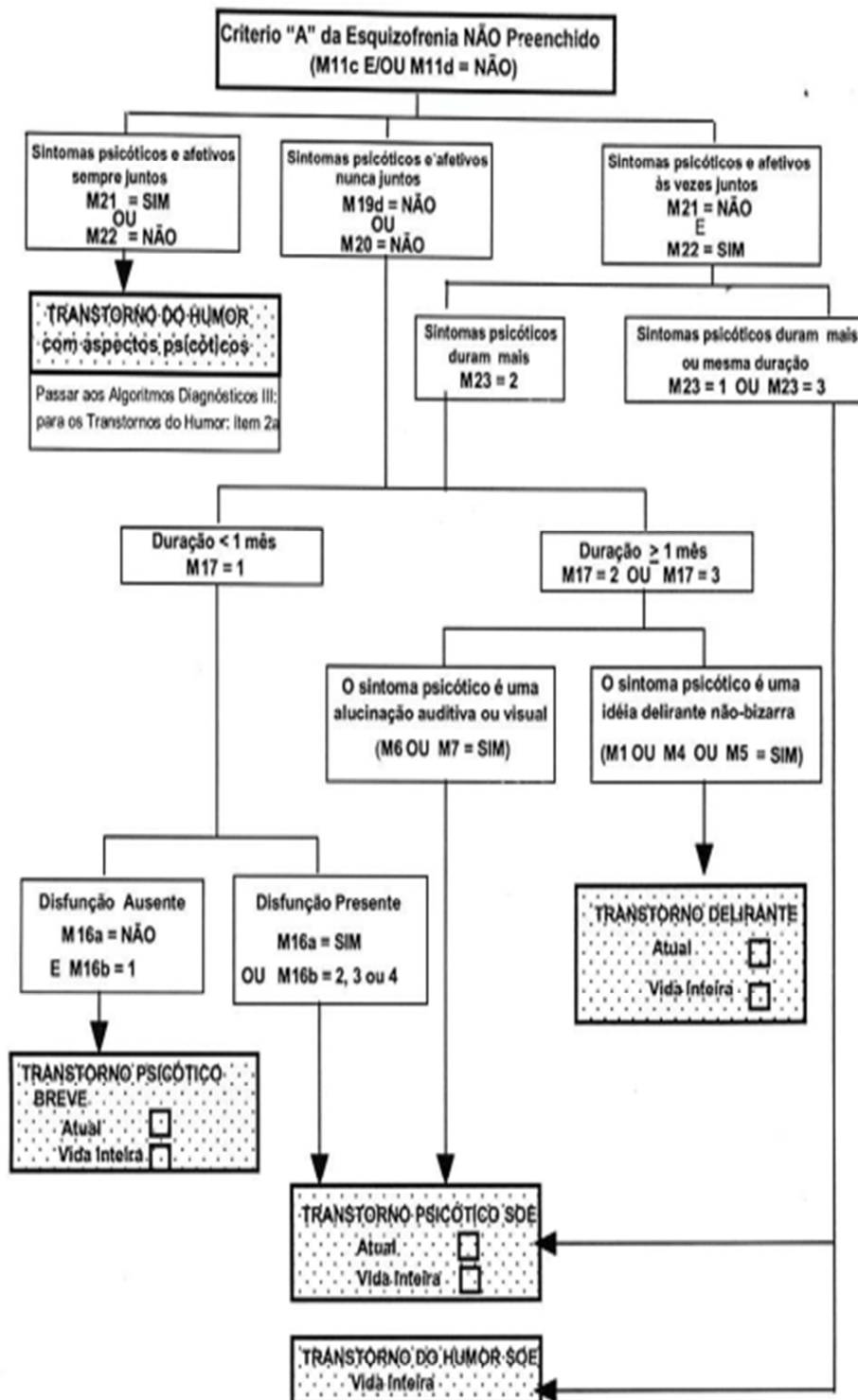
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

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

MÓDULOS A e D:

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

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

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	
Sem AP	☐
Com AP	☐
Atual	☐
Passado	☐

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR I	
Sem AP	☐
Com AP	☐
Atual	☐
Passado	☐

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
E
D6 = SIM (Episódio Hipoaniaco presente)?
E
D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO BIPOLAR II	
Atual	☐
Passado	☐

ANEXO

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

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

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

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

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

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

☐ NÃO ☐ SIM

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

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

3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Estudo 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo II: Avaliação de Aspectos Emocionais e Comportamentais da Díade Mãe-Bebê em Bebês com Sintomas Psicofuncionais

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

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder algumas perguntas a respeito da maternidade e do relacionamento conjugal. Além disso, será feita uma filmagem do seu bebê para avaliar o desenvolvimento dele. Também será filmada uma sessão de interação entre você e seu bebê.

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

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

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

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

Porto Alegre, __, de _____ de 20__.

Assinaturas:

Coordenadora da pesquisa: _____

Participante da pesquisa: _____


CEP/UFCSPA
TCLE
APROVADO
16/05/13

Apêndice I - *Interaction Assessment Procedure* (IAP)

Protocolo do *Interaction Assessment Procedure* – IAP

Nome do examinador: _____

Data do IAP: _____

Nome da criança: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Interação com: Mãe () Pai () Outro adulto () _____

Observações sobre o processo de registro em vídeos:

Avaliação: Comportamento do adulto:

1. Sensibilidade

1	3	5	7	9
Inexistente	Fraca	Inconsistente	Boa	Excelente

2. Estrutura

1	3	5
Inadequada	Inconsistente	Excelente

3. Não-intrusividade

1	3	5
Intrusivo	Parcialmente intrusivo	Não intrusivo

4. Não-hostilidade

1	3	5
Hostil	Encoberta	Não hostil

Avaliação do comportamento da criança:

1. Responsividade

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

2. Envolvimento

1	3	5	7
Inexistente	Fraca	Moderada	Excelente

Apêndice J - Entrevista Sobre a Gestação e o Parto, a Experiência da Maternidade

ENTREVISTA SOBRE A GESTAÇÃO E O PARTO (mãe)

(GIDET/NUDIF - 2003)

I. Eu gostaria que tu me falasses um pouco de ti e do pai do bebê.

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

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

II. Eu gostaria que tu me falasses sobre a gravidez.

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

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

III. Eu gostaria que tu me falasse sobre o parto e os primeiros dias com o bebê.

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

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

ENTREVISTA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

(GIDET/NUDIF - 2003)

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

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

Como tu descreverias o jeito do teu bebê? Como é lidar com ele?

1. Era como tu imaginavas? *(se não era)* O que está diferente?
2. Como tu v s a comunicação entre vocs  dois?
3. Tu sentes que já   possível entender o que ele expressa?
4. O que é mais fácil e mais difícil de entender? Como tu sabes que entendeste o teu bebê?
5. Tu percebes se teu bebê tem choros diferentes (dor, fome, sono, manha)? Como   para ti escutar o choro do teu bebê? O que tu costumava fazer quando teu bebê está chorando? Como te sentes?
6. Que tarefas tu tens assumido com relação aos cuidados com o bebê? Como tu te sentes?
7. O que tu achas que mais agrada ao teu bebê quando ele está contigo? Por quê?
8. E o que mais o desagrada? Por qu ?
9. Tu costumava brincar com o beb ? Com que frequência? Do que vocs  brincam? Como ele reage a essas brincadeiras? Como te sentes?

II. Eu gostaria que tu me falasse um pouco sobre como está sendo a experiência de ser mãe pela primeira vez.

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

10. Como tu estás te sentindo como mãe?
11. O que mais te agrada em ser mãe?
12. E o que é mais difícil para ti?
13. Em alguns momentos te sentes mais preocupada com o bebê? Quais?
14. Tu imaginavas que seria assim? Como tu te sentes?
15. O que mudou para ti agora que és mãe?
16. Alguma coisa mudou no teu casamento? O que? Como te sentes?
17. Alguma coisa mudou na tua vida profissional? Como te sentes?
18. Alguma coisa mudou no teu relacionamento com tua mãe e teu pai? Como te sentes?
19. Como tu te vês ou te descreves como mãe?
20. Existe algum modelo de mãe que tu segues? Quem? O que consideras positivo neste modelo?
21. Existe algum modelo de mãe que tu evitas seguir? Quem? O que consideras negativo neste modelo?
22. Como a tua mãe (ou outro cuidador) te cuidava quando tu eras bebê? O que tu lembrás?
23. E o teu bebê, tu cuidas parecido ou diferente dela?
24. Como as pessoas te vêem como mãe?

III. Eu gostaria que tu me falasse como tu estás vendo o teu companheiro como pai.

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

Como é o jeito dele lidar com o bebê?

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

V. O bebê foi para a creche?

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

Com que idade? Como tu te sentiste? Tu tiveste alguma dificuldade nesse período?

33. Quantas horas ele ficava na creche? Quantas horas ele fica agora?
34. Como foi a adaptação dele? Ele apresentou alguma dificuldade?
35. Por que vocês escolheram colocar na creche?

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

Vocês estão pensando em colocar o bebê na creche?

36. Quando? Por que escolheram colocar (ou não colocar) na creche?
37. Como tu achas que ele vai reagir?
38. Como tu achas que tu vais te sentir?

VI. Como é/foi a amamentação do bebê?

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

39. Como está a amamentação atualmente? O (nome do bebê) mama no peito ou toma mamadeira?
40. Além do peito, tu precisou complementar a amamentação com algum produto (leite em pó)? Se sim, em que momento tu usou o complemento?
41. (caso não mame no peito) Com que idade o bebê parou de mamar no peito? Qual foi o motivo?
42. Como ele reagiu? E tu, como tu te sentistes?
43. Como você se sente/sentia ao dar de mamar para o bebê? Você ficou satisfeita com essa experiência de amamentação?

VII. (se mãe com Depressão Pós-Parto no EPDS, perguntar)

44. Tu relataste (antes, no encontro anterior) que, ultimamente, estás te sentindo triste, tens vontade de chorar ou te sentes mais irritada (perguntar de acordo com o que a mãe relatar estar sentindo)? Poderias me falar mais sobre isso?
45. Como é para ti cuidar do teu bebê quando estás te sentindo assim?
46. Tu lembrás quando começaste a te sentir assim? Como foi?
47. Em algum outro momento de tua vida, já te sentiste assim? (Se sim, poderias falar mais sobre isso?)
48. Chegaste a procurar alguma ajuda ou tratamento? (Se sim, qual? Está tomando medicação?)