

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NO PÓS-PARTO

SUZI ROSELI KERBER

Orientador: Prof. Dr. Luis Augusto Rohde

Co-orientadora: Profa. Dra. Olga Falceto

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas:
Psiquiatria para obtenção do título de mestre

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Ao Mauro, Diênifer e Tiago pela paciência e compreensão com as longas ausências e pelo amor incondicional que me deu forças para concluir este trabalho.

A Idalina (mãe), Aldino (pai- *in memorian*), Lídia (irmã), Cláudia (irmã) e Eduardo (irmão-*in memorian*) aos quais devo tudo o que sou, agradeço pelo amor e estímulo para o estudo.

Ao Dr. Luis Augusto Rohde pela sua generosa orientação.

À Dra Olga Falceto pelo incansável trabalho de co-orientação feito de forma tão amiga. Pela sua paciência, flexibilidade e disponibilidade, muitas vezes fazendo um duplo trabalho de orientação: para o mestrado e para a minha função materna iniciada em dose dupla durante o mestrado. Aprendi a ser pesquisadora, mãe adotiva e mãe biológica com minha sábia e insubstituível co-orientadora.

A Nilsa Panizzi pela eficiência e presteza ao longo de todo o trabalho e a Eliane Ferreira pela leitura dedicada, suas correções e sugestões.

Especialmente a Carmen Luisa Fernandes pela ajuda na organização e execução da pesquisa.

A Dra. Vanda Leite e Enf. Lisiane Perico do GHC e aos seguintes

terapeutas de família*, estudantes de Medicina** e estatísticos***:

* Alceu Correa Filho, Ângela Diehl, Claudia Baratojo, Daniela Domingues, Denize Jong, Elizabeth Wartchow, Iara Sotto Mayor, Izabel Sperb, Jeane Larronda, José Ovídio Waldemar, Lucy Bugs, Mara Rossato, Márcia Tomazi, Maria Cristina Jung, Marina Netto, Olga Falceto, Paulina Silbert e Regina Palma;

** Anelise Cancelli, Antônio de Barros Lopes, Camila Giugliani, Carolina Alboim, Clarice Ritter, Daniel Barbosa, Guilherme Polanczyk, Jeber Ammar, Karina Marramarco, Letícia Quarti, Marta Pereira Lima, Martina Hoblik, Maurício Kunz, Sílvia Kelber e Tazio Vanni; *** Mario Wagner, Mathias Bressel e a Daniela Benzano.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 Doenças psiquiátricas no pós-parto	13
2.2 Epidemiologia	14
2.3 Etiologia dos transtornos psiquiátricos pós-parto.....	15
2.3.1 <i>Fatores hormonais</i>	16
2.3.2 <i>Fatores Psicossociais</i>	16
2.3.3 <i>Possíveis explicações psicológicas para depressões não psicóticas</i>	21
2.4 Efeitos da depressão materna sobre a criança	22
2.5 Aspectos clínicos e diagnósticos	22
2.6 Curso e evolução dos quadros de transtornos de humor pós-parto	23
3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	25
4 OBJETIVOS	26

5 MÉTODO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5.1 Considerações éticas.....	27
6 CONCLUSÕES	28
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
8 ARTIGO	34
PROBLEMAS CONJUGAIS E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS DO PÓS-PARTO	35
9 ESCALAS E QUESTIONÁRIOS.....	61
Anexo B – Questionários da Primeira Etapa.....	62
<i>Anexo C – Escala de Avaliação Global do Funcionamento Relacional: GARF</i>	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fatores de risco para transtorno mental pós-parto	15
---	----

RESUMO

OBJETIVO: Esta dissertação tem por objetivo apresentar o estudo da associação entre transtornos psiquiátricos pós-parto e fatores demográficos, psicossociais e relacionados à gestação e parto em uma amostra de base populacional de um bairro de Porto Alegre.

MÉTODO: O estudo envolveu todas as mães de crianças nascidas em hospital público no bairro Vila Jardim, em Porto Alegre, de novembro de 1998 a dezembro de 1999. As famílias foram estudadas quando os bebês completaram quatro meses de idade. A saúde mental das mães e pais foi avaliada pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ) e por entrevistas semi-estruturadas individuais e do casal. A Escala Avaliação Global do Funcionamento Relacional (GARF) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) foi usada para aferir a qualidade do relacionamento do casal, do relacionamento materno com sua família de origem, com a família paterna e com a rede social. Para os outros fatores foram feitas perguntas diretas à mãe e ao pai da criança.

RESULTADOS: Segundo a escala SRQ 34,45% das 148 mulheres entrevistadas apresentaram suspeita de transtorno psiquiátrico, sendo que a avaliação clínica feita por dois profissionais de saúde mental que avaliavam independentemente utilizando os critérios diagnósticos do DSM-IV indicou um percentual de 54%. Sessenta e dois por cento das mulheres coabitavam com

companheiro, sendo que estes também foram entrevistados. Dos 118 pais, 25,4% apresentaram suspeita de transtorno psiquiátrico, segundo a escala SRQ. Nesta população, o fato de coabitar ou não com companheiro não esteve associado com transtorno mental. Nesta pesquisa, na análise de regressão logística estudando a totalidade do grupo de mulheres os fatores que se mostraram relacionados com o desfecho (SRQ igual ou superior a sete) foram a baixa renda familiar ($p=0,017$) e a presença de transtorno psiquiátrico materno no passado ($p=0,043$). Na regressão logística feita exclusivamente com as mulheres que viviam com companheiro, apenas a má qualidade da relação do casal (notas de 1 a 3 pela escala GARF) esteve associada à presença de transtornos psiquiátricos quatro meses após o parto ($OR=7,34$, $p=0,001$).

CONCLUSÃO: Este estudo reforça a necessidade de verificar a presença de transtornos psiquiátricos da mãe nas consultas de puericultura, introduz dados sobre o pai e, especialmente, sobre a importância de avaliar rotineiramente a relação conjugal.

Palavras-chaves: transtorno psiquiátrico, pós-parto, depressão pós-parto, aspectos psicossociais, relacionamento conjugal.

SUMMARY

OBJECTIVE: To study the association between suspicion of psychiatric disorder and demographic, psychosocial factors, as well as those related to pregnancy and delivery, in a population-based sample of women from a circumscribed neighborhood in Porto Alegre.

METHOD: This study included the mothers of all the children born in public hospitals in Vila Jardim, a district of Porto Alegre, Brazil, from November 1998 through December 1999. Families were assessed when infants were 4 months of age.

Parents' mental health was assessed using the Self-Report Questionnaire (SRQ) and individual and couple semi-structured interviews. The DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning Scale was used to measure quality of couple relationship, of maternal relationship with the mother's family of origin, with paternal family and with social network. As to other factors, direct questions were asked to the child's parents.

RESULTS: According to the SRQ scale, 34.45% of all 148 interviewed women had suspicion of psychiatric disorder. The clinical assessment by two mental health professionals independently using DSM-IV criteria revealed a percentage of 54%. Sixty-two percent of women lived with partners, who were also

interviewed. Of the 118 fathers, 25.4% had suspicion of psychiatric disorder, according to the SRQ scale. In this population, the fact of living or not with a partner was not associated with mental disorder. Analysis by logistic regression of the total group of women showed that factors associated with the main outcome (SRQ equal or higher than 7) were low family income ($p = 0.017$) and presence of previous maternal psychiatric disorder ($p = 0.043$). Logistic regression including only women living with a partner showed that poor marital relationship was associated with presence of psychiatric disorder, 4 months after delivery (OR = 7.34 $p = 0.001$).

CONCLUSION: This study reinforces the need of investigating presence of maternal psychiatric disorder during childcare, introduces data on the father and especially on the importance of a routine assessment of the marital relationship.

Keywords: psychiatric disorder postpartum, postpartum depression, psychosocial factors, marital relationship.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é parte de uma linha de pesquisa que visa estudar o desenvolvimento de famílias por meio de seu acompanhamento longitudinal (Falceto, 2002). A primeira etapa desta linha de pesquisa que foi um estudo caso-controle teve por objetivo estudar fatores psicossociais relacionados com a interrupção precoce da amamentação (Falceto *et al.*, 2004). Foi realizada em 153 famílias com bebês de 4 meses de idade. Através da avaliação clínica feita por dois terapeutas de família treinados e supervisionados por uma psiquiatra experiente foi identificada alta prevalência de transtornos mentais nas mães (53%) e nos pais (42%) dos bebês e, grande proporção de casais em que ambos tinham transtornos mentais (70% daqueles em que um tinha transtorno). Em 54 casos, 35,3% da amostra, encontrou-se depressão nas mães. Esse resultado foi obtido através de entrevista individual semi-estruturada com o pai e a mãe (Anexo B) conjuntamente e individualmente. Ambos também responderam o *Self-Report Questionnaire* (SRQ), incluído nos questionários da mãe e do pai da Primeira Etapa (Anexo B) que demonstrou taxas menores. Esses dados de prevalência são semelhantes aos de *Coutinho et al.* que, em mulheres de baixa renda de São Paulo, encontraram uma proporção de 32,9% das mulheres com depressão (Coutinho, 2002) e aos de *Cruz et al.*, que estudaram mulheres

atendidas em Programa de Saúde da Família e identificaram 37,1% de transtorno mental pelo SRQ e 37,1% de depressão pós-parto utilizando a EPDS (Cruz *et al.*, 2005). Verificou-se também importante prevalência de problemas conjugais de moderados a graves (23%) que perturbavam seu dia-a-dia. Quando ambos os pais tinham transtorno mental, os problemas conjugais subiam para 60% ($p=0,000$).

As altas prevalências de transtornos mentais dos pais e de problemas conjugais encontradas reforçaram a preocupação com os fatores de risco familiares para o desenvolvimento infantil e evidenciaram a necessidade de continuar nesta linha de pesquisa.

O objetivo desta dissertação é aumentar o conhecimento sobre fatores demográficos e psicossociais relacionados com transtornos psiquiátricos menores no pós-parto e ressaltar a importância de identificar e tratar precocemente esses problemas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Doenças psiquiátricas no pós-parto

As doenças psiquiátricas pós-parto já foram mencionadas por Hipócrates e, ao longo da história, foram objeto de estudo por alguns pesquisadores como o francês Jean Esquirol que, em 1818, relatou 92 casos de psicose puerperal ocorridos durante a guerra napoleônica. Em 1858, Louis Victor Marcé, médico também francês, observou que estes transtornos têm muitas características que os distinguem de outros tipos de doenças psiquiátricas (Nonacs, 2000).

Em 1980, Ian Brockington, pesquisador inglês que ainda dedica-se aos estudos das doenças pós-parto (Brockington, 2004) organizou a Sociedade Marcé, uma associação científica internacional dedicada ao estudo das doenças psiquiátricas de novas mães. A Sociedade Marcé chegou à seguinte definição do problema: transtornos mentais do pós-parto são doenças psiquiátricas que ocorrem primariamente como transtornos de humor psicóticos e não psicóticos. Segundo esta definição, as doenças têm seu início no primeiro ano após o nascimento da criança (em contraste com o ponto de corte de quatro semanas do DSM-IV e seis semanas do CID-10) (Parry, 1999).

2.2 Epidemiologia

Oitenta e cinco por cento das mulheres apresentam algum grau de alteração do humor no período pós-parto (Nonacs, 2000).

Nos últimos 20 anos têm sido realizadas muitas pesquisas demonstrando que a gravidez também é um período em que as mulheres estão mais sujeitas a inúmeros transtornos de humor, especialmente a depressão (Zinga *et al.*, 2005): 25% a 35% das mulheres apresentam sintomas depressivos durante a gestação e, destas, até 20% podem preencher critérios para depressão (Kumar, 1984; Josefsson, 2001). Manzolli *et al.*, 2007, estudaram uma população de 712 gestantes em 18 unidades básicas de saúde de Porto Alegre e Bento Gonçalves e encontraram a prevalência de 36% para transtorno depressivo (Manzolli, 2007).

O risco de hospitalização psiquiátrica na gestação é muito menor que a taxa esperada em mulheres não grávidas ou no pós-parto, aumentando dramaticamente até dois anos após o parto (Parry, 1999). Esses dados sugerem que apenas a gravidade dos transtornos psiquiátricos é menor na gestação e que os transtornos pós parto sejam a continuidade de processos patológicos iniciados na gestação.

As seguintes síndromes de humor pós-parto são as mais freqüentes: **Melancolia da maternidade** (*Postpartum blues*) que está presente em 50 a 80% de todos os partos, a **psicose pós- parto** que ocorre em um de cada mil partos e (Brockington, 1996a) e a **depressão pós-parto** que ocorre em 10 a 20% das mulheres (Brockington, 1996b). Tannous e col. encontraram 20,7 de

prevalência de depressão pós-parto em mulheres de Porto Alegre (Tannous *et al.*, 2008).

Altemus, investigando os transtornos de ansiedade durante a gestação e pós-parto, encontrou que os sintomas do transtorno de pânico tendem a reduzir na gestação e que os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo tendem a piorar após o parto (Altemus *et al.*, 2004).

2.3 Etiologia dos transtornos psiquiátricos pós-parto



Figura 1 - Fatores de risco para transtorno mental pós-parto

2.3.1 Fatores hormonais

Transtornos psiquiátricos podem ser secundárias a alterações dos níveis de cortisol e tiroxina (Nonacs, 2000).

Em estudo publicado por Bloch e col, foi demonstrada interação entre o sistema hipotálamo-pituitária-gonadal e o sistema serotoninérgico. Os baixos níveis de esteróides gonadais que ocorrem no puerpério podem diminuir a atividade serotoninérgica e desta forma facilitar o desenvolvimento de sintomas depressivos em mulheres suscetíveis (Bloch *et al.*, 2002).

2.3.2 Fatores Psicossociais

A prevalência de transtornos mentais pós-parto difere de forma significativa conforme as condições sócio-econômicas da população. De modo geral, as taxas mais elevadas de sintomas depressivos foram encontradas em populações com más condições gerais de vida. O estudo de Cryan *et al.*, realizado com uma população em desvantagem sócio-econômica em Dublin, encontrou 28,6% das mulheres pesquisadas com sintomas depressivos e relacionou o fato às más condições sócio-econômicas da população (Cryan *et al.*, 2001). A prevalência cumulativa de depressão, encontrada em um grupo de mulheres na cidade do Porto, em Portugal, no primeiro ano pós-parto foi de 53,7% para as mães e de 28,6% para os pais (Areias *et al.*, 1996), muito acima de um estudo australiano que aponta 27,3% para as mulheres e 10,1% para os

homens (Matthey *et al.*, 2000). Uma possível razão para a diferença de prevalência é que o estudo australiano foi feito em uma amostra de famílias com melhor situação Sócio-econômica. Outros artigos oriundos de países do primeiro mundo citam índices entre 10 e 20% como sendo a prevalência esperada de depressão pós-parto (O'Hara *et al.*, 1991). Esses estudos não parecem se referir à prevalência cumulativa.

Em um estudo brasileiro de Coutinho *et al.*, (2002), foi encontrada a taxa de 32,9% de sintomas depressivos numa amostra paulistana, provavelmente refletindo as más condições sócio-econômicas da população brasileira, especialmente as das mulheres pesquisadas.

A depressão pós-parto, segundo Stern, pode ser considerada uma síndrome dependente da cultura nos países ocidentais (Stern *et al.*, 1983), já que parece ser rara em sociedades pré-industriais (Becker, 1998).

Algumas práticas culturais parecem alterar significativamente as taxas de mulheres com sintomas depressivos. Heh *et al.*, em uma amostra de 186 mulheres tailandesas, entre 20 e 35 anos, 80% primigestas, sem complicações peri-natais ou história psiquiátrica prévia, de parto normal e com bebês saudáveis, encontrou 21% delas com sintomas depressivos. Em 24% delas, os sintomas foram atribuídos à insatisfação com o apoio recebido de seus pais, e ou, de seus sogros. A satisfação com o apoio oferecido às mulheres por suas famílias, ou apenas por suas mães, reduziu a quantidade de sintomas depressivos apresentados após o parto. As mulheres que apresentaram menos sintomatologia foram as cuidadas nas casas de suas famílias de origem (Heh *et al.*, 2004).

Em outro estudo, também na Tailândia, onde as relações pré-maritais e a gravidez antes do casamento são consideradas motivo de desonra e vergonha para as mulheres e suas famílias, Srisaeng avaliou 119 adolescentes entre 14 e 19 anos, 6 semanas após o parto e verificou que 54.6% das adolescentes apresentavam escores de 16 ou mais no SRQ, indicando altos níveis de sintomas depressivos e, 21% destas tinham escores de 23 ou mais, indicando a necessidade de encaminhamento psiquiátrico (Srisaeng, 2004). Neste último estudo a gravidez na adolescência e o baixo apoio familiar quase triplicou a ocorrência de transtornos mentais pós-parto comparado com o estudo anterior demonstrando que quanto mais adversa é a vida da mulher no pós-parto pior é sua saúde mental, mais problemas podem ser esperados para a relação mãe bebê e para o desenvolvimento da criança.

Felice *et. al.* (2004), avaliaram 239 mulheres maltesas na 36ª semana de gestação e 8ª semana após o parto e encontraram índices de sintomatologia depressiva de 8,7% no pós parto, sendo que apenas 3,9 % iniciaram a sintomatologia após o parto. Atribuíram os níveis baixos de sintomas depressivos ao apoio social, já que estas mulheres viviam em uma comunidade católica muito coesa. No grupo de mulheres pesquisadas, 98,7% praticavam religião católica, 91 % estavam casadas, 2 % cohabitavam com o pai da criança e 7 % estavam solteiras. Em Malta, é prática comum entre as mulheres da comunidade, oferecer cuidados a nova mãe, que incluem amplo suporte emocional e instrumental, como ajuda para as tarefas domésticas, cuidados com o bebê e com outros filhos na casa. Felice *et al.*, comparou esta prática a outras semelhantes encontradas na cultura chinesa como o “Zuo Yue” (*doing the*

month) e o “Pei Yue” (*attending the month*) (Felice, 2004). As práticas culturais, independente de quais sejam, são fatores que reduzem as chances de depressão quando conseguem oferecer suporte para as mães.

O Pei Yue, prática em que a nova mãe recebe acompanhamento durante um mês por uma mulher mais experiente e que, geralmente, é realizado pela sogra, pode também ser fonte importante de estresse entre as mulheres casadas (Zheng *et al.*, 1994). Em um estudo na área rural chinesa, conflitos com a sogra foram relatados por um terço das jovens mães que tentaram suicídio (Verônica, 2002).

Na revisão da literatura dos últimos 7 anos, foram identificados 704 estudos relacionados ao tema. Dentre estes, dezenove foram selecionados para a revisão por serem pesquisas populacionais e representativos de culturas diferentes. A imensa maioria dos estudos é sobre depressão pós-parto (DPP).

Aproximadamente 11 mil mulheres participaram dos estudos, incluindo americanas, inglesas, brasileiras, mexicanas, nigerianas, chinesas, suecas, turcas, maltesas, tailandesas, entre outras.

As taxas de sintomas depressivos variaram de 8,7% (Felice *et al.*, 2004) a 54,6% das mulheres estudadas (Srisaeng, 2004) sendo o primeiro um estudo maltês e o segundo um estudo tailandês.

Os fatores que mais freqüentemente estiveram relacionados ao aumento nas taxas de sintomas depressivos foram: história prévia de doença psiquiátrica, mais freqüentemente depressão (Dennis *et al.*, 2004; Eberhard-Gran *et al.*, 2002; Cohen *et al.*, 2002; Danaci *et al.*, 2002; Chaaya *et al.*, 2002; Cryan *et al.*,

2001; Felice *et al.*, 2004; Martinez *et al.*, 2003; Lee *et al.*, 1998), eventos de vida estressantes, especialmente no ano anterior à gestação (Dennis *et al.*, 2004; Eberhard-Gran *et al.*, 2002; Ritter *et al.*, 2000, Chaaya *et al.*, 2002, Rubertsson *et al.*, 2005), mau relacionamento com o companheiro (Eberhard-Gran *et al.*, 2002, Danaci *et al.*, 2002, Cryan *et al.*, 2001, Rodrigues *et al.*, 2003, Felice *et al.*, 2004, Owoeye *et al.*, 2006), baixo nível econômico (Danaci *et al.*, 2002, Moraes *et al.*, 2006, Rodrigues *et al.*, 2003, Owoeye *et al.*, 2006, Ozdenir *et al.*, 2005), apoio social pobre, (Dennis *et al.*, 2004, Danaci *et al.*, 2002, Cohen *et al.*, 2002, Chaaya *et al.*, 2002, Felice *et al.*, 2004, Martinez *et al.*, 2003) relacionamento ruim com familiares de modo geral, (Martinez *et al.*, 2003) relacionamento ruim com a família materna, (Coutinho *et al.*, 2002) com a família paterna (Danaci *et al.*, 2002, Felice *et al.*, 2004, Lee *et al.*, 1998) desemprego materno ou paterno (Chaaya *et al.*, 2002, Rubertsson *et al.*, 2005, Owoeye *et al.*, 2006), pouca educação, (Chaaya *et al.*, 2002, Ozdenir *et al.*, 2005) imigração recente, (Dennis *et al.*, 2004, Danaci *et al.*, 2002, Martinez *et al.*, 2003) transtorno psiquiátrico no companheiro, (Danaci *et al.*, 2002), número de filhos (Danaci *et al.*, 2002), hipertensão gestacional (Dennis *et al.*, 2004), estilo de personalidade vulnerável (Dennis *et al.*, 2004), dificuldade de atendimento hospitalar para o parto (Dennis *et al.*, 2004), descontentamento com o método de amamentação (Eberhard-Gran *et al.*, 2002), não estar amamentando (Eberhard-Gran *et al.*, 2002), parto prematuro (Eberhard-Gran *et al.*, 2002), ataques de pânico na gestação (Cohen *et al.*, 2002), complicações maternas no parto (Cohen *et al.*, 2002), doença crônica materna (Chaaya *et al.*, 2002), abuso emocional no atual relacionamento conjugal (Cohen *et al.*, 2002), problemas de saúde no bebê (Danaci *et al.*, 2002),

não aceitação da gestação (Moraes *et al.*, 2006, Owoeye *et al.*, 2006), parto vaginal (Chaaya *et al.*, 2002), pouca idade materna (Cryan *et al.*, 2001), aborto prévio (Cryan *et al.*, 2001), história familiar de depressão (Felice *et al.*, 2004).

Os fatores protetores encontrados foram boa renda familiar, bom suporte social e boa auto-estima (Ritter *et al.*, 2000).

Na maioria das pesquisas verifica-se a presença de doença mental no passado e de baixo suporte social ou dificuldades de relacionamento, associados a um aumento nas taxas de doença mental pós-parto. Não está claro em que medida a presença de transtorno psiquiátrico prévio à gestação interfere na qualidade do apoio recebido e, na relação conjugal.

2.3.3 Possíveis explicações psicológicas para depressões não psicóticas

Vários fatores podem estar envolvidos como a mudança de posição, da mãe que deixa de ser cuidada, como freqüentemente ocorre durante a gestação, para ser a cuidadora, fonte de contato e gratificação para o seu bebê. Tudo isso contribui para uma sensação de perda, provação e fadiga. O parto pode ser sentido como a perda da proximidade com o feto que pode ser associada com alguma perda ainda mal elaborada de outro membro da família ou pessoa amada. Sentimentos ambivalentes em relação a pessoas que a mãe perdeu podem ser projetados na criança, principalmente nos estados delirantes. A ambivalência no relacionamento da mãe com sua própria mãe também pode ser deslocada para a relação com o bebê (Parry, 1999).

2.4 Efeitos da depressão materna sobre a criança

A presença de sintomas depressivos maternos em algum momento, inclusive na gestação, são um fator de risco para o bom desenvolvimento das crianças (Berga *et al.*, 2005). A duração e a recorrência dos sintomas depressivos associam-se à gravidade dos efeitos sobre a criança (Luoma *et al.*, 2001).

A DPP (Depressão Pós-Parto) tem sido relacionada a prejuízos no funcionamento da dupla mãe-bebê já que a mãe demonstra deficiências em relação à atenção, comunicação vocal e visual, menor frequência de interações que envolvem o tocar e o sorrir quando comparadas com duplas em que a mãe não está deprimida (Fleming *et al.*, 1988; Righetti-Veltema *et al.*, 2002). Filhos de mães deprimidas apresentam maiores índices de insegurança vincular (problemas de *attachment*), atrasos no desenvolvimento cognitivo e emocional e mais disforia (Cummings *et al.*, 1999). Bebês até dois anos são mais susceptíveis aos efeitos da DPP (Goodman *et al.*, 1999).

2.5 Aspectos clínicos e diagnósticos

As seguintes síndromes de humor pós-parto são as mais freqüentes, e caracterizam-se por :

Melancolia de maternidade (*Postpartum blues*): labilidade de humor, tristeza, irritabilidade, disforia, entre outras alterações. Ocorre em 50 a 80% de

todos os partos (Berga *et al.*, 2005).

Depressão pós-parto: humor depressivo, ansiedade excessiva, insônia e alterações de peso. Presente em 10 a 15% da totalidade dos partos (Berga *et al.*, 2005).

Psicose pós-parto: Presente em 0,1 a 0,2% dos partos e usualmente trata-se de Transtorno Bipolar (Berga *et al.*, 2005).

2.6 Curso e evolução dos quadros de transtornos de humor pós-parto

A melancolia da maternidade tem início 3 a 5 dias após o parto, com duração de dias ou semanas e a evolução costuma ser boa (Berga *et al.*, 2005).

Na depressão pós-parto, o início geralmente é insidioso até 12 semanas após o parto, com duração de meses a anos se não for tratado (Berga *et al.*, 2005). Aproximadamente metade dos quadros iniciados no pós-parto evoluem para outros transtornos psiquiátricos, especialmente Transtorno Bipolar (Nonacs, 2000). O risco de recorrência da depressão pós-parto é de 50% em mulheres sem uma história prévia de transtorno de humor e de aproximadamente 100% em mulheres com história de ambos, ou seja, transtorno de humor e história de transtorno depressivo maior em pós-parto prévio (Parry, 1999).

A psicose pós-parto tem início agudo geralmente nas 2 primeiras semanas após o parto podendo estender-se até o quinto mês e tem bom prognóstico (Berga *et al.*, 2005).

Quando não tratados, tanto a depressão quanto a psicose pós-parto podem tornar-se crônicas e refratárias ao tratamento, causar prejuízo, morbidade e mesmo mortalidade significativos (Nonacs, 2000).

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Tendo em vista os resultados encontrados em estudos brasileiros (Coutinho, 2002; Cruz *et al.*, 2005; Falceto, 2002) de altas taxas de transtornos mentais pós-parto e fatores psicossociais adversos relacionados que levam a um agravamento ainda maior das condições de saúde materno-infantil julgou-se importante chamar a atenção para a importância do tema e divulgar os dados encontrados. Pensa-se que o treinamento das equipes de saúde do acompanhamento peri-natal permitirá a identificação de gestantes, parturientes e puérperas de risco para doenças mentais pós-parto, possibilitando um encaminhamento e tratamento mais precoces, reduzindo possíveis seqüelas nas mães e no desenvolvimento das crianças.

4 OBJETIVOS

Estudar a associação entre transtornos psiquiátricos no pós-parto e os seguintes fatores: idade materna, escolaridade materna, renda familiar, número de filhos, planejamento da gravidez, dificuldades no parto, presença de companheiro, história de doença mental materna e paterna, qualidade da relação do casal com a família materna e paterna e com a rede de apoio social.

5 MÉTODO E ANÁLISE DOS DADOS

A metodologia de pesquisa e a análise dos dados encontra-se descrita no artigo (Anexo A). Também foram anexados os instrumentos utilizados para esta pesquisa (Anexos B e C).

5.1 Considerações éticas

Este foi um projeto de pesquisa de risco mínimo, já que constou apenas de entrevistas. As famílias receberam nas duas etapas, por escrito, uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos e solicitou-se a assinatura de um consentimento livre e informado.

Desde o início do estudo, considerando que as entrevistas são feitas na intimidade do lar das famílias, a equipe foi treinada para ser especialmente respeitosa com a cultura familiar, evitando intervenções ao máximo. Em casos nos quais algum problema importante era identificado a família era esclarecida e consultada quanto a notificar o problema ao Posto de Saúde para que pudesse ser agilizada alguma intervenção. Aqueles que não utilizavam os postos do GHC eram encaminhados a outros recursos.

O projeto foi apresentado e aprovado pela Comissão de Ética do Grupo Hospitalar Conceição e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

6 CONCLUSÕES

Neste estudo das mães de todas as crianças nascidas em hospital público de um bairro de Porto Alegre, chama a atenção o alto percentual de suspeita de transtornos psiquiátricos pós-parto encontrado nas mulheres e em seus companheiros. Estes índices não parecem ser resultado de erro de aferição já que coincidem com os dados de prevalência de *Coutinho et al. (2002)* e de *Cruz et al. (2005)*. No conjunto da amostra de mulheres a adversidade econômica e a história prévia de transtorno mental se associaram a maiores taxas de transtornos mentais 4 meses após o parto, achados bastante semelhantes aos de outros estudos citados na revisão da literatura. Entretanto, entre as mulheres que coabitavam com companheiros esses fatores perderam significância verificando-se associação apenas com a qualidade da relação conjugal, possivelmente também porque nessas famílias a situação econômica era melhor. É relevante e pouco enfatizada na literatura a associação entre transtorno psiquiátrico pós-parto e problemas conjugais. Este estudo reforça a necessidade de verificar a saúde mental da mãe nas consultas de puericultura e introduz dados sobre a saúde mental do pai e especialmente sobre a importância de avaliar rotineiramente a relação conjugal.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altemus M., Brogan K. Pregnancy and postpartum. Peer Reviewed Journal 2004; 9:10-11.
2. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. Br J Psychiatry 1996 ;169:30-5.
3. Becker AE. Postpartum Illness in Fiji: A Sociosomatic Perspective. Psychosomatic Medicine 1998; 60(4):431–438.
4. Berga SL, Parry BL and Cyranowski. Psychiatry and Reproductive Medicine. In: Sadock BJ, Sadock. Kaplan & Sadock's- Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8^a- Ed. New York: Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005 pg. 2293-2315.
5. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Compr Psychiatry. 2002; 44(3):234-46.
6. Brockington IF. Puerperal psychosis. In.: Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press; 1996a; p. 200-84)
7. Brockington IF. A portfolio of pospartum disorders. In.: Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press; 1996b; p. 200-84)
8. Brockington IF. Postpartum psychiatric disorders. Lancet 2004; 363 (9405): 303-10.

9. Chaaya M, Campbell OMR, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health* 2002; 5:65-72.
10. Coutinho DS, Baptista MN, Morais PR. Depressão pós- parto: prevalência e correlação com suporte social. *Infanto revista neuropsiquiátrica infância e adolescência* 2002; 10(2):63-71.
11. Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and post partum depression: is there a link? *Archives of women's mental health* 2002; 4:83-92.
12. Cryan E, Keogh F, Connolly E, Cody S, Quinlan A, Daly I. Depression among post natal women in a urban Irish Community. *J S Psych Medicine* 2001; 18 (1):5-10.
13. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4):181-8.
14. Cummings EM, Davies PT. Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development. In: Joiner TE, Coyne JC, editors. *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999 p. 299-327.
15. Danaci, Aysen-Esen; Dinc, Goenuel; Deveci, Artuner; Sen, Firdevs Seyfe; Icelli, Ilkin. Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37:125-129.
16. Dennis CLE, Janssen PA, Singer J. Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110:338-346. Blackwell Munksgaard 2004.
17. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 426-433.

18. Falceto OG. A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
19. Falceto OG, Giugliani E, Fernandes CL. Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract* 2004; 17:173-183.
20. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in maltese women. *Journal of Affective Disorders* 82:297-30, 2004.
21. Fleming AS, Ruble DN, Flett GI, Shauld D. Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions. *Dev Psychol* 1988; 24(1):78-81.
22. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopath in the children of depressed mothers: A Developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev.* 1999; 106(3):458-90.
23. Heh S, Coombes L, Bartlett H. The Association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41 (5): 573-579.
24. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80(3):251-5.
25. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144:35-47.
26. Lee D, Yip S, Chiu H, et al. Detecting postnatal depression in Chinese Women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry* 1998;172:433-437.
27. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, Almqvist F. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1367-74.

28. Manzolli P. Violência e sintomas psiquiátricos em gestantes de serviços públicos de saúde no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
29. Martinez – Schall Moser L, Telleen S, MacMullen NJ. The effect of social support and acculturation on post partum depression in Mexican American women. *Journal of Transcultural Nursing* 2003; 14:(4) 329-338.
30. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 2000; 60: 75-85.
31. Moraes IG, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faia AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde Pública* Epub 2006; 40(1):65-70.
32. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum psychiatric syndromes. In: Sadock, B.J.; Sadock, V.A. (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7.ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 1276-1283, 2000.
33. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48 (9):801-6.
34. Owoeye AO, Aina OF, Morakinyo O. Risk factors of postpartum depression and EPDS scores in a group of Nigerian women. *Trop Doct* 2006; 36(2):100-3.
35. Ozdenir H, Nilufer E, Selimoglu K, Bilgel N. Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology Health and Medicine* 2005; 10(1):96-107.
36. Parry, BL. Síndromes Psiquiátricas Pós-Parto. In: Kaplan H I, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.1134-41.
37. Righetti-Veltema M, Conne Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother infant relationship at 3 months old. *J Affect Disorders*. 2002; 70(3):291-306.

38. Ritter C, Hobfoll SE, Lavin J, Cameron RP, Hulsizer MR. Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low – income, inner – city women. *Health Psychology* 2000; 19 (6):576-585.
39. Rodrigues M, Patel V, Jaswal S, Souza N. Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science & medicine* 2003; 57:1797-1806.
40. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum – prevalence and psychosocial risk factors in national Swedish sample. *Arch Womens Mental Health Epub* 2005; 8(2):97-104.
41. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. *Dissertacion Abstracts International: Section B-The sciences and engineering* 2004; 64(10-B) 4867.
42. Stern G, Kruckman L. Multidisciplinary perspectives on postpartum depression: an anthropological critique. *Social Science and Medicine* 1983; 17: 1027-1041.
43. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 1.
44. Verônica P. Attempted suicide among young rural women in the people's Republic of China: possibilities for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2002; 32, 359-369.
45. Zheng YP, Lin KM. A nationwide study of stressful life events in Mainland China. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56, 296-305.
46. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27 (Supl.II):S56.

**PROBLEMAS CONJUGAIS E OUTROS FATORES ASSOCIADOS A
TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS DO PÓS-PARTO**

MARITAL PROBLEMS AND OTHER FACTORS ASSOCIATED WITH
POSTPARTUM PSYCHIATRIC DISORDER

RESUMO DO TÍTULO: FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS PÓS-PARTO

SHORT TITLE: FACTORS RELATED TO POSTPARTUM PSYCHIATRIC
DISORDER. Suzi Roseli Kerber – Pediatrician, Child and Adolescent
Psychiatrist.

Olga Garcia Falceto – Child and Adolescent Psychiatrist, Family Therapist.

Department of Psychiatry, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Carmen Luiza C. Fernandes – Family and Community Physician, Family
Therapist preceptor of the Residence Program in Family and Community
Medicine of Community Health Management at Conceição Hospital Group.

Rodrigo Grassi-Oliveira – Psychiatrist, Professor of de Post-Graduate Program
of Psychology of Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul.

Correspondence:

Suzi Roseli Kerber

Av. Plínio Brasil Milano, 805|508. Boa Vista. Porto Alegre| RS – Brazil CEP 90
035-005

E-mail: suziroselikerber@bol.com.br

Conflicts of interest: none.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To study the association between demographic, psychosocial, pre- and perinatal factors and postpartum psychiatric disorder.

METHOD: All families having 4-month-old infants in Vila Jardim, a district of Porto Alegre, Brazil, born at a public hospital from November 1998 through December 1999 were assessed. The Self-Report Questionnaire (SRQ-20) was used for the psychiatric assessment. Evaluation of relational functioning between couples, the relationship with families of origin and social network was performed using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF).

RESULTS: A total of 148 mothers and 116 fathers were assessed. According to the SRQ, 34.45% of mothers had suspicion of psychiatric disorder. In the analysis of the whole group of women (n=148), low family income (OR= 0,846; p = 0.017) and presence of previous maternal disorder (OR=2,230; p = 0.043) were associated. When only women living with partners were assessed, there was an exclusive association with quality of marital relationship (OR = 7.34, p = 0.001).

CONCLUSION: This study reinforces the need of investigating presence of maternal psychiatric disorder during childcare and a routine assessment of the marital relationship.

Keywords: postpartum period, postpartum depression, psychosocial aspects, mental disorders, marital relationship.

1 INTRODUCTION

Prevalence of postpartum psychiatric disorder is still insufficiently studied. The great majority of studies are about postpartum depression. Depressive symptom rates after delivery ranged between 8.7% (Felice et al., 2004) and 54.6% (Srisaeng, 2004). In general, higher rates of depressive symptoms were found in populations with poor socioeconomic conditions. In a Brazilian study Coutinho *et al.* (2002) found a 32.9% rate of depressive symptoms in women in a low-income sample from São Paulo (SP, Brazil). In many populations this is a severe public health problem but in Brazil there is not much awareness of its importance.

Although the diagnostic manual DSM-IV (1995) defines that postpartum mental disorders should start up to 4 weeks after delivery and the International Classification of Diseases (ICD-10, 1993) reports a 6-week period after delivery, definitions based on expert consensus (Parry, 1999) have suggested that postpartum disorders are those that start in the first year after the infant's birth.

Psychosocial factors related to postpartum psychiatric disorder are widely discussed in the literature. Factors associated with increased rates of depressive symptoms were previous history of psychiatric disease (Chohen et al., 2002; Dennis, Janssen & Singer, 2004; Eberhard-Gran et al., 2002; Felice et al., 2004); stressful life events especially in the year previous to pregnancy (Dennis, Janssen & Singer, 2004; Eberhard-Gran et al., 2002; Rubertsson et al., 2005); poor relationship with partners (Dennis, Jansen & Singer, 2004; Eberhard-Gran et al., 2002; Felice et al., 2004); low socioeconomic level (Danaci

et al., 2002; Owoeye, Aina & Morakinyo 2006; Rodrigues et al., 2003; Moraes et al., 2006); lack of social support (Chaaya et al., 2002; Cohen et al., 2002; Danaci et al., 2002; Dennis, Janssen & Singer, 2004); poor relationship with relatives (Martinez-SchallMoser, Telleen & MacMullen, 2003); unemployment (Chaaya et al., 2002; Rubertsson et al., 2005; Owoeye, Aina & Morakinyo 2006); low schooling level (Chaaya et al., 2002; Ozdenir et al., 2005) and recent immigration (Danaci et al., 2002; Dennis, Janssen & Singer, 2004; Martinez-SchallMoser, Telleen & MacMullen, 2003). On the other hand, protective factors were good family income, good social support and good self-esteem (Ritter et al., 2000).

A Thai study assessed 119 puerperal women aged 14-19 years, 6 weeks after delivery, and verified that 54.6% of adolescents reported high scores of psychiatric disorder and 21% of them had severe symptoms indicating need of psychiatric referral, although no psychosocial factors were investigated in such study (Srisaeng, 2004).

The aim of the present study is to investigate psychosocial factors associated with psychiatric disorder in puerperal females of a population in a neighborhood of Porto Alegre (RS, Brazil), including psychiatric symptoms of partners (when married or living with a partner) and quality of marital relationship.

2 METHOD

Sample

This cross-sectional study was designed based on a request by the Coordination of Children's Program, Family and Community Medicine Service, Conceição Hospital Group (GHC) to collaborate in the investigation of risk families in its coverage area. Data collection was performed 4 months after delivery. All mothers and their families in Vila Jardim, a district of Porto Alegre, that had children in public hospitals from November 1998 through December 1999 were assessed (n=230). Identification of investigated families was performed through live birth certificates (BC) at public hospitals in Porto Alegre systematically sent to GHC by the City Hall.

Of the 230 families with 4-month-old infants identified in the community, 82 (30.43%) did not complete the survey and 12 were excluded due to mother severe physical problems or to infant death. Among the study losses, 66 families provided partial data. A total of 148 families completed the study.

Assessments

Psychiatric Disorder: Self-Report Questionnaire (SRQ) is a structured questionnaire composed of 20 questions developed by the World Health Organization that quantifies emotional distress as an indicator of psychiatric disorder for use in primary setting in developing countries (Harding et al., 1980), published and validated in Brazil (Mari, & Willians, 1986). The cut-off point for

males is 6 and 7 for females to identify psychiatric disorder. The SRQ reliability is considerably high, as expected from a structured instrument, with intra-class correlation coefficient of 0.96 obtained from simultaneous scoring of four interviewers (Iacoponi & Mari, 1989).

Family Functioning: Global Assessment of Relational Functioning (GARF) is a scale to assess family functioning, validated in Brazil by Falceto *et al.* (2000). This scale provides a global score for families or couples between 5 (relational unit is working satisfactorily according to participants' report and observers' perspective) and 1 (unit has become excessively dysfunctional to ensure contact and bond continuity). The group used the same criteria to assess the relationship between the mother and her family of origin and her partner's family of origin, besides relationship with social network.

Quality of marital relationship: to evaluate couple relationship observation and their statements (asked individually and as a couple) about their evaluation of the quality of marital relationship, of sexual relations, and frequency and type of conflicts between them were assessed. The same GARF criteria was used but with numbers inverted and a sixth category included; it varied from 1) relational unit is working satisfactorily according to participants' report and observers' perspective to 5 unit has become excessively dysfunctional to ensure contact and bond continuity and 6. not applied, there was never a couple. For analysis purposes, groups were categorized into "no major difficulties" when scores were 1 or 2, and "with moderate to severe difficulties" when scores were 3 to 5.

Relationship with maternal family of origin: interviewers scored according

to the GARF scale criteria, and analysis was performed using the same criteria of couple relationship.

Relationship with paternal family of origin: form of assessment was the same as for maternal family.

Quality of relationship with social network: similar criteria and analysis to other relational factors were used.

Procedures

The Epidemiology Center at GHC received the BC of all newborns in the public hospital network in the area covered by the study from November 1998 through December 1999 and forwarded them to the research group. When the infant was 4 months of age a home visit was performed by a medical student, with the aim of obtaining permission for the family interview and schedule it, besides obtaining data on identification, housing and others. Families were given the research presentation letter and signed an informed consent form. The research project was approved by the Research Ethics Committee at Conceição Hospital Group and Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Interviews were performed by two family therapists, supervised by an experienced psychiatrist. The interview consisted of an initial conversation with all family members, including grandparents and other relatives and friends. The second part was performed only with the couple and the infant, and the third was performed individually with each parent. When the mother declared not having a partner or being separated, the conversation started similarly and continued individually with the mother or included a member of her family of origin. All the

information was recorded in a standard protocol including socio-demographic characteristics. The mothers and fathers completed the SRQ scale during the interview. The interviewers independently assessed couple functioning and relationship with families of origin and social network using the GARF scale.

Statistical analysis

Student's *t* test was used for comparison between groups of women with SRQ scores < 7 (no emotional distress) and with SRQ scores ≥ 7 (emotional distress) for continuous variables, and the chi-square test for categorical variables. MacNemar's test was used to evaluate correlation between two forms of assessment, such as between the opinion formed by the mother about the marital relationship and that formed by the interviewers, and between the SRQ and the interviewers' clinical assessment. Finally, a logistic regression test was performed to account the influence of possible confounding variables in the association between surveyed factors and postpartum psychiatric disorders. Variables that had $p < 0.20$ in bivariate analysis were included in the model. Although income and schooling are associated with outcome, they had a linear correlation, and income probably has a more direct impact on the family, and for that reason it was chosen. The same linear correlation was present between previous mother's and father's mental health and between quality of the mother's relationship with maternal family and with the social network. We chose to maintain only maternal mental health and quality of relationship with social network.

Analysis was started by comparing groups of women with and without

emotional distress. All factors concerning the father and marital relationship were excluded from the logistic regression model, since there were 32 women in the group without a partner. This group was small to allow its own logistic regression. However, it was possible to perform bivariate analysis and logistic regression in the group of women living with a partner.

Level of statistical significance was set in $p < .05$. Analyses were performed using the software SPSS.

3 RESULTS

Of the 230 families identified by BC, 148 completed the study. Sixteen did not provide any information, and 66 participated only in the first interview.

A comparative study was performed between the families that were not fully interviewed (66 families) by family therapists and those that were included in the study (148 families) to search for a possible selection bias. The following factors were analyzed: maternal age, maternal schooling level, maternal race, marital status, whether the mother had a partner, whether she worked and type of employment, paternal age, paternal schooling level, paternal race, father's marital status, whether he worked and type of employment, number of couple's children, number of people living in the house, time residing in the house, migration time, infant gender, type of delivery, whether it was term pregnancy, whether there was infant hospitalization or malformation. Analysis identified differences between groups with higher number of black men ($p = 0.001$), without formal employment ($p = 0.036$) and with higher number of children per family ($p = 0.029$) in families that did not complete the study.

Table 1 shows demographic and psychosocial characteristics of the surveyed families.

The self-reporting questionnaire indicated that 34.4% of mothers and 25.4% of fathers had psychiatric disorder. Overall, 16.4% presented both partners with psychiatric disorder.

Table 2 shows the comparison between females with and without psychiatric disorder regarding demographic and psychosocial variables.

When women with (n=116) and without partners (32) were analyzed as a group, factors associated with postpartum psychiatric disorder (Table 3) were low family income ($p = 0.017$) and presence of previous maternal psychiatric problems ($p = 0.043$).

Table 4 shows the bivariate analysis only of women living with a partner. Table 5 presents the logistic regression of factors associated with psychiatric disorder ($p < 0.2$ was included) for the same group of women. Variables included in the logistic regression were family income, number of children, pregnancy planning, past mental health, quality of couple relationship and quality of relationship with social network. After logistic regression, poor marital relationship was the only variable associated with maternal psychiatric disorder 4 months after delivery (OR = 7.34 $p = 0.001$).

4 DISCUSSION

The present study showed that after controlling for many psychosocial factors, poor marital relationship seems to be an important predictor of postpartum psychiatric disorder 4 months after delivery for women living with a partner. Considering the sample as a whole, two factors were associated with postpartum psychiatric disorder: low family income and presence of previous maternal disorder. The fact of having or not a partner did not change frequency of psychiatric disorder, similar to what was found in the literature (Nonacs & Cohen, 2000).

In a study in the city of Porto (Portugal), cumulative prevalence of depression in the first year after delivery was 53.7% for mothers and 28.6% for fathers, much higher than an Australian study, which found 27.3% for women and 10.1% for men. A possible reason for such difference in prevalence is that the Australian study included a sample of families with a better socioeconomic situation. Other articles reported rates between 10-20% as expected prevalence of postpartum depression, but they were all from developed countries (O'Hara et al., 1991) and did not seem to refer to cumulative prevalence.

Paternal mental health problems were also much frequent in the surveyed population. Of 116 fathers, 25.4% reported psychiatric disorder. This corroborates what was found in the limited existing literature. The father is also affected by some negative changes in the puerperium, such as sleep changes and his relative exclusion from the mother-infant relationship. Two research groups reported the father's mental health in the period near a child's birth (Areias et al., 1996a; Areias et al., 1996b; Matthey et al., 2000). They reported that

depression is more frequent in men 3 months after birth and throughout the infant's first year of life. Men who have depressed wives tend to have higher rates of depression. In addition, women with partners that have history of depression have higher risk. Lack of mutual support, resulting from depressive status, is possibly related to these findings. In the evaluated period, i.e., 4 months after delivery. There is also a tendency of reduced support from the social network, which may confront the father with his role of provider and protector and with his personal limitations more intensely, making it even more difficult when his partner had mental disorder (Falceto, Giugliani & Fernandes, 2004).

In the sample studied, considering it as a whole, two factors were associated with postpartum psychiatric disorder: low family income, in accordance with the literature (Dennis, Jansen & Singer, 2004; Owoeye, Aina & Morakinyo 2006; Moraes et al., 2006) and presence of previous maternal psychiatric disorder. Several authors have documented that last association (Cryan et al., 2001; Dennis, Janssen & Singer, 2004, Eberhard-Gran et al., 2002, Felice et al., 2004), which seems to indicate that postpartum depression is recurrent in the life of these women. It is possible that those two factors are more strongly associated with women without partners, since family income was lower in this group and there was a higher tendency of having previous psychiatric disorders.

Among women who had a partner, only poor marital relationship was associated with presence of maternal psychiatric disorder. It seems that in women who are older and who have partners that are also older and have better conditions to support the family, the quality of marital relationship starts being the

main factor associated with postpartum mental health. Furthermore, it is possible that women with previous mental disorders and with economic difficulties have more relationship difficulties, especially with their partners. For that reason, it is worth performing a more detailed investigation of mental health in married women and in those with problematic marital relationships, since there is an association between these two variables.

Among the possible methodological limitations of this study is the fact that it is a cross-sectional study that prevents us from establishing a cause-effect relation. In addition, comparisons with other populations such as that with better income in the same district were not performed. It is worth remembering the high number of families identified as eligible for the study but that could not be interviewed (losses), although we found no differences between the groups in variables significant for this study. It is important to stress that participation is more difficult when the research demands involvement of the whole family. In addition, comparison between the surveyed and the excluded group indicated that results would possibly be a more serious matter of concern if the whole population had been interviewed, since the excluded group had more families living in adverse situations, with a higher number of black men, without formal employment and having more children. Furthermore, exclusions were also in a group of higher risk.

One of the important contributions of this research is the inclusion of fathers' psychosocial factors. The team interviewed women and their partners in their houses, tried to make measures as objective as possible using two measurement methods, requesting information from more than one family

member, and valuing consensual results obtained by two trained family therapists, who had an advisor (and videotaped interviews) to help in final scoring when there was no consensus.

We believe it is essential to provide training for health professionals in varied care levels, including primary care, in performing early detection of psychiatric disorders in mothers and associated risk factors, especially quality of marital relationship. Early identification, followed by proper treatment, will certainly bring positive consequences for women, avoiding development of psychopathology and impairment in the quality of the mother-infant relationship.

5 REFERENCES

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

Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996b). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *Br J Psychiatry*, 169, 30-35.

Chaaya, M., Campbell, O. M. R., El Kak, F., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Women Ment Health*, 5, 65-72.

Cohen, M.M., Schei, B., Ansara, D., Gallop, R., Stuckless, N., & Stewart, D.E. (2002). A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Arch Womens Ment Health*, 4, 83-92.

Coutinho, D.S., Baptista, M.N., & Morais, P.R. (2002). Depressão pós- parto: prevalência e correlação com suporte social. *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*, 10, 63-71.

Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quinlan, A., & Daly, I. (2001). Depression among post natal women in a urban Irish Community. *J S Psych Medicine*, 18, 5-10.

Danaci, A., Dinc, G., Devenci. A., Sen, F., & Icelli, I. (2002). Postnatal depression Turkey: Epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatri Psychiatr Epidemio*, 37, 125-29.

Dennis, C.L.E., Janssen, P.A., & Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatri Scand*, 110, 338-346.

- DSM-IV TM – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (1995). 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 303-373.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatry Scand*, 106, 426-433.
- Falceto, O., Busnello, E., & Bozzetti, M.C. (2000). Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan Am J Public Health*, 7, 255-263.
- Falceto, O.G., Giugliani, E., & Fernandes, C.L. (2004). Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract*, 17, 173-183.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in maltese women. *J Affect Disord*. 82, 297-30.
- Harding, T.W.; Arango, M.V.; Baltazar, J.; Climent, C.E.; Ibrahim, H.H.A.; Ignacio, L.L.; Murthy, R.S. & Wig, N.N. (1980). Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Iacoponi, E., & Mari, J.J. (1989). Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry*, 35, 213-222.
- Mari, J.S., & William, P. (1986). A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the City of São Paulo. *Br J Psychiatry*, 148, 23-26.

Martinez-SchallMoser, L., Telleen, S., & MacMullen, N.J. (2003). The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs*, 14, 329-338.

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord*, 60, 75-85.

Moraes, I.G., Pinheiro, R.T., Silva, R.A., Horta, B.L., Sousa, P.L., & Faia, A.D. (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saúde Pública Epub*, 40, 65-70.

Nonacs, R., & Cohen, L.S. (2000). Postpartum psychiatric syndromes. In: Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (eds.) *Kaplan & Sadocks comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1276-1283.

O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., & Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues: biological and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 801-806.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (1993). Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Ozdenir, H., Nilufer, E., Selimoglu, K., & Bilgel, N. (2005). Postnatal depressive mood in Turkish women. *Psychology, Health and Medicine*, 10, 96-107.

Owoeye, A.O., Aina, O.F., & Morakinyo, O. (2006). Risk factors of postpartum depression and EPDS scores in a group of Nigerian women. *Trop Doct*, 36, 100-103.

Parry, B. L. Síndromes Psiquiátricas Pós-Parto. In: Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 134-141.

Ritter, C., Hobfoll, S.E., Lavin, J., Cameron, R.P., & Hulsizer, M.R. (2000). Stress, psychosocial resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low – income, inner – city women. *Health Psychology*, 19, 576-585.

Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S., & Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, *India. Soc Sci Med.* 57, 1797-1806.

Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Radestad, I. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year post partum – prevalence and psychosocial risk factors in national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health*, 8, 97-104.

Srisaeng, P. (2004). Self-esteem, stressfull life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. *Dissertation Abstracts International: Section B-The sciences and engineering.* 64(10-B) 4867.

Table 1 Demographic and Psychosocial Characteristics among surveyed families.

Mean schooling level (years of study)	6.66 years (SD = 2.94)
Median income (minimum wage)	3.5
Origins	57% Caucasian 27% black 16% other origins
Employ	15% of women worked full-time 6.8% part-time or occasionally 77.7% were unemployed
Housing was considered:	satisfactory in 66.9% of families regular in 23.6% unsatisfactory in 9.5%.
Social class	10% class B 43.5% class C 29.3% class D 17% class E
Mother's partner	78% couples lived together 8.8% did not live together 12.8% of women had no partner
Type of delivery	24.4% cesarean delivery
Mean infant weight	3.238 g
Infant gender	52% males 48% females
Hospitalization	15% of infants were hospitalized after birth 4.1% required hospitalization after that period

Table 2 Demographic and Psychosocial Characteristics of Women With and Without psychiatric disorder

		With psychiatric disorder n = 51	without psychiatric disorder n = 97	<i>P</i>
Maternal age (n = 148)		27.10 (7.01)	24.73 (6.21)	0.037
Mean and (SD)				
Maternal schooling level, years (SD)		5.53 (2.73)	7.26 (2.88)	0.001
(n = 148)				
Family income (n = 147)		2.50 (1.10- 4.40)	4.1 (2.20-6.30)	0.001
Median (PC25-PC75)				
Number of children (n = 148)		2.00 (1.00- 3.00)	1.00 (1.00-2.00)	0.001
Median (PC25-PC75)				
Pregnancy planning n (%)	No	42 (82.4)	68 (70.1)	0.155
	Yes	9 (17.6)	29 (29.9)	
Delivery experience n (%)	Bad	23 (46)	39 (40.6)	0.655
	Good	27 (54)	57 (59.4)	
Mother has partner n (%)	No	9 (17.6)	23 (23.7)	0.521
	Yes	42 (82.4)	74 (76.3)	
Previous maternal mental health n (%)	With problems	30 (58.8)	34 (35.1)	0.009
	Without problems	21 (41.2)	63 (64.9)	
Paternal psychiatric disorder (n = 116)* n (%)	With problems	22 (52.4)	12 (15.6)	0.000
	Without problems	20 (47.6)	65 (84.4)	
Couple functioning n = 116) ** n (%)	With problems	20 (47.6)	7 (9.5)	0.000
	Without problems	22 (52.4)	67 (90.5)	
Relationship with maternal family of origin n (%)	With problems	22 (43.1)	25 (25.8)	0.049

	Without problems	29 (56.9)	72 (74.2)	
Relationship with paternal family of origin n (%)	With problems	12 (27.9)	18 (22.8)	0.942
	Without problems	31 (72.1)	61 (77.2)	
Relationship with social network n (%)	With problems	20 (39.2)	24 (24.7)	0.101
	Without problems	31 (60.8)	73 (75.3)	

* SRQ scale, ** GARF scale

Table 3 Logistic regression analysis of factors associated with psychiatric disorder (n = 148)

	<i>Adjusted OR</i> <i>CI</i>	<i>P</i>
Maternal age	1.053 (0.981-1.129)	0.154
Family income	0.846 (0.738- 0.970)	0.017
Number of children	1.250 (0.914-1.709)	0.163
Pregnancy planning	0.565 (0.222-1.442)	0.233
Previous maternal mental health	2.230 (1.026-4.851)	0.043
Social network	1.121 (0.476-2.637)	0.794

Table 4 Women living with a partner: Demographic and Psychosocial Characteristics of Women With and Without psychiatric disorder

		Mother's mental disorder		<i>P</i>
		With suspicion SRQ \geq 7 n = 42	Without suspicion SRQ < 7 n = 74	
Maternal age (n = 116) mean (SD)		26.79 (7.59)	25.32 (5.88)	0.251
Maternal schooling level (n = 116) mean (SD)		5.74 (2.71)	7.31 (2.82)	0.004
Family income (n = 115) Median (PC25-PC75)		2.90 (1.45-4.55)	4.40 (2.95-6.80)	0.003
Number of children (n = 116) median (PC25-PC75)		2.00 (1.00-3.25)	2.00 (1.00-2.00)	0.010
Pregnancy planning n (%)	No	35 (83.3)	49 (66.2)	0.77
	Yes	7 (16.7)	25 (33.8)	
Delivery experience n (%)	Bad	19 (46.3)	26 (35.6)	0.355
	Good	22 (53.7)	47 (64.4)	
Marital relationship according to mother's opinion n (%)	With problems	14 (34.1)	9 (12.2)	0.010
	Without problems	27 (65.9)	65 (87.8)	
Previous maternal mental health n (%)	With problems	23 (54.8)	22 (29.7)	0.014
	Without problems	19 (45.2)	52 (70.3)	
Paternal mental health at the interview (n = 116)* n (%)	With problems	22 (52.4)	19 (25.7)	0.007
	Without problems	20 (47.6)	55 (74.3)	
Couple functioning (n = 116) ** n (%)	With problems	20 (47.6)	7 (9.5)	0.000
	Without problems	22 (52.4)	67 (90.5)	
Relationship with maternal family of origin n (%)	With problems	17 (40.5)	13 (17.6)	0.013
	Without problems	25 (59.5)	61 (82.4)	
Relationship with paternal family of origin n (%)	With problems	11 (26.2)	17 (23.0)	0.870

	Without problems	31 (73.8)	57 (77.0)	
Relationship with social network n (%)	With problems	15 (35.7)	17 (23.0)	0.208
	Without problems	27 (64.3)	57 (77.0)	

* SRQ scale, ** GARF scale

Table 5 Logistic regression analysis of factors associated with postpartum psychiatric including only women living with partners (n = 115)

	Adjusted OR CI	P
Family income	0.872 (0.753-1.099)	0.066
Number of children	1.287 (0.922-1.797)	0.138
Pregnancy planning	0.773 (0.265-2.250)	0.636
Previous maternal mental health	1.987 (0.758-5.210)	0.163
Couple functioning *	7.342 (2.198-24.519)	0.001
Social network *	0.577 (0.177-1.880)	0.362

* GARF scale

Anexo B – Questionários da Primeira Etapa

Família n° | | | | | | | | Prontuário n° _____

Consentimento Informado I

Declaro, de livre e espontânea vontade, que concordo em participar da pesquisa “Relações familiares e rede social: sua influência na manutenção da amamentação e no desmame precoce de uma população de periferia urbana”, fornecendo informações sobre meu bebê e minha família. Fui informado(a) de que será realizada uma entrevista preliminar por um estudante de Medicina que colherá dados de identificação, da moradia e sobre a amamentação do bebê. Se a família for incluída no estudo haverá uma segunda entrevista realizada por dois terapeutas familiares que solicitarão informações sobre o funcionamento da família e as relações com o Posto de Saúde e a vizinhança, além de outras sobre o bebê.

Entendo que este trabalho é produto da associação entre o Serviço de Saúde Comunitária do GHC, a Faculdade de Medicina da UFRGS e o Instituto da Família com o objetivo de conhecer melhor as condições de vida e saúde dos recém nascidos atendidos pelos postos de Saúde do GHC, com vistas a melhorar seu atendimento e o de suas famílias.

Fui bem informado e tranqüilizado quanto ao fato de que minha recusa em participar do estudo não influenciará nosso atendimento no Posto de Saúde.

Dou permissão para que minha conversa seja gravada em vídeo para uso exclusivo neste estudo () sim () não.

Mãe: _____

Pai: _____

Outros entrevistados: _____

Família n° | | | | | | | |

Prontuário n° _____

Consentimento Informado II

Dou aqui meu livre consentimento para que a gravação em vídeo da entrevista de minha família, parte da pesquisa “Relações familiares e rede social: sua influência na manutenção da amamentação e no desmame precoce de uma população de periferia urbana” (vide Consentimento Informado I), seja utilizado para fins de ensino das instituições envolvidas na pesquisa, que editarão material educativo sob a orientação da Dra. Olga Garcia Falceto, Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Instituto da Família.

Mãe: _____

Pai: _____

Outros entrevistados: _____

**PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DA FAMÍLIA
(PREENCHIDO PELOS ESTUDANTES)**

Data da entrevista: ____/____/____ Monitor: _____ Família nº: |_|_|_|_|_|_|
 Quem deu a informação: _____

1) IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança:	IDBEBE	_ _ _
Data de nascimento: _____ Idade: dias	SEXBEBE	_
Sexo: (1) masculino (2) feminino Peso ao nascer(em g): _____	PESONASC	_ _ _ _
Tipo de parto: (1) normal (2) fórceps (3) cesárea	TPARTO	_
Gestação gemelar: (1) não (2) sim Gestação a termo: (1) sim (2) prematuro	TERMOG	_
Idade gestacional:	GEMEOS	_
Hospitalização: (1) não (2) ficou no hospital ao nascer (3) hospitalizado após volta para casa	HOSPBEB	_
Malformação congênita: (1) não (2) sim. Qual?	MALFORM	_

2) IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

Nome da mãe: _____ Idade: _____	IDM	_ _
Cor: (1) branca (2) negra (3) mista (4) outra	CORM	_
Origem étnica (1) italiana (2) portuguesa (3) alemã (4) africana (5) índia (6) outra	ORIGM	_
Natural de: (1)P.Alegre (2) Grande P.Alegre (3) InteriorR (4) InteriorU (5) Outro Estado (6) Outro país	NATM	_
Migrou? (1) não (2) sim. Se migrou, há quanto tempo? anos	MIGRM	_
Tem companheiro? (1)mora com ele (2)moram separados (3)não tem companheiro	TMIGRM	_
Estado civil: (1) solteira (2) casada (3) separada (4) divorciada (5) viúva (6) outros	COMP	_
Profissão: Está trabalhando no momento? (1) sim, integral (2) sim, parcial (3) sim, eventual (4) não Quando começou?	ESTCIVM	_
Quantas horas por dia trabalha? Quantas vezes por semana?	TRABATM	_
(1) empregado (2) empregador (3) conta própria com estabelecimento (4) conta própria sem estabelecimento (5) biscateira (6) parceiro ou meeiro (7) aposentada ou encostada (88) NSA	PROFM	_
Escolaridade: (anos completos)	OCUPM	_
Onde mora sua família de origem? pai() mãe() irmãos() tios() (preencher com o nº) (1) Porto Alegre (2) Grande Porto Alegre (3) InteriorR (4) InteriorU (5) Outro Estado (6) outro país	ESCM	_
Onde mora a maioria das pessoas que são importantes como apoio: (1) maioria em P.Alegre no mesmo bairro, (2) maioria em P.Alegre em bairros diferentes, (3) grande P., (4) maioria no interior, (5) maioria em outro estado, (6) outros.	LOCFAMM	_
Endereço permanente de algum parente ou amigo:		
Há quanto tempo reside(m) neste endereço?..... meses. E neste bairro?..... meses	TEMRESM	_ _ _

3) IDENTIFICAÇÃO DO PAI

Nome do pai: _____ Idade: _____	IDP	_ _
Cor: (1) branca (2) negra (3) mista (4) outra	CORP	_
Origem étnica (1) italiana (2) portuguesa (3) alemã (4) africana (5) índia (6) outra	ORIGP	_
Natural de: (1)P.Alegre (2) Grande P.Alegre (3) InteriorR (4) InteriorU (5) Outro Estado (6) Outro país	NATP	_
Migrou? (1) não (2) sim. Se migrou, há quanto tempo? anos	MIGRP	_
Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (6) outros	TMIGRP	_
Profissão: Está trabalhando no momento? (1) sim, integral (2) sim, parcial (3) sim, eventual (4) não Quando começou?	ESTCIVP	_
Quantas horas por dia trabalha? Quantas vezes por semana?	PROFP	_
(1) empregado (2) empregador (3) conta própria, estabelecimento (4) conta própria, sem estabelecimento (5) biscateiro (6) parceiro ou meeiro (7) aposentado ou encostado (88) NSA	TRABATP	_
Escolaridade: (anos completos)	OCUPP	_
Onde mora sua família de origem? pai() mãe() irmãos() tios() (preencher com o nº) (1) Porto Alegre (2) Grande Porto Alegre (3) InteriorR (4) InteriorU (5) Outro Estado (6) outro país	ESCP	_
Onde mora a maioria das pessoas que são importantes como apoio: (1) maioria em P.Alegre no mesmo bairro, (2) maioria em P.Alegre em bairros diferentes, (3) grande P., (4) maioria no interior, (5) maioria em outro estado, (6) outros.	LOCFAMP	_
Endereço permanente de algum parente ou amigo:		
Há quanto tempo reside(m) neste endereço: meses. E neste bairro?..... meses	TEMRESP	_ _ _

4) COMPONENTES DA FAMÍLIA - Estes dados devem ser perguntados para todos os residentes na casa.

Nome	Grau de parentesco com o bebê	Idade	Sexo	Tempo que mora com a família (em meses)		
					NFAM	<input type="checkbox"/>
					NFILH	<input type="checkbox"/>
					NAVOS	<input type="checkbox"/>
					NTIOS	<input type="checkbox"/>
					NPRIMOS	<input type="checkbox"/>
					NOUTRO	<input type="checkbox"/>

5) CUIDADOS DO BEBÊ

Quantas horas por dia o bebê passa com a mãe horas e com o pai horas.

Quem é o principal cuidador? Quem o ajuda?

6) CUIDADOR SUBSTITUTO (não familiar, cuida da criança um turno ou mais pelo menos uma vez por semana)

Caso não houver outro cuidador, preencha com NSA (8). Se for instituição passe para o quadro seguinte.

Nome do cuidador:	Idade:	IDCUID	<input type="checkbox"/>
Sexo: (1) masculino (2) feminino		SEXCUID	<input type="checkbox"/>
Qual o grau de parentesco (caso haja)? (1) avô (2) tio (3) irmão (4) primo (5) padrinho (6) não tem (7) outro (8) NSA		PARCUID	<input type="checkbox"/>
Há quanto tempo cuida da criança? (em dias)		INÍCUID	<input type="checkbox"/>
Quantas horas por dia?		HDIACUID	<input type="checkbox"/>
Escolaridade: (anos completos)		ESCCUID	<input type="checkbox"/>
É remunerado pelo cuidado? (1) sim (2) não		RECUID	<input type="checkbox"/>
Endereço:			

O bebê está sendo levado para uma creche? (1) não (2) creche vicinal (3) instituição pública (4) instituição privada (8) NSA	CRECHE	<input type="checkbox"/>
---	--------	--------------------------

7) MORADIA:

Tipo de construção: (1) tijolos (2) tijolos, rústica (3) madeira regular (4) mista (5) maloca (6) outro	MORCON	<input type="checkbox"/>
Água encanada: (1) sim, dentro de casa (2) sim, no terreno (3) usam a de outra casa	MORAGU	<input type="checkbox"/>
Deposição de excreta: (1) com descarga e ligação com fossa ou rede de esgoto; quantos banheiros? (2) poço negro ou latrina (3) não tem (céu aberto) (4) usam de outra casa	MORESG	<input type="checkbox"/>
Quantas peças tem a casa? Quantos dormem na casa?	MORPEÇ	<input type="checkbox"/>
Quantos lugares nas camas tem?	MOROTDOR	<input type="checkbox"/>
O bebê tem lugar só seu para dormir? (1) sim (o que?) (2) sim, mas dorme com os pais (3) sim, mas dorme com outro (4) não, dorme com os pais (5) não, dorme com outro	MORCAM	<input type="checkbox"/>
Se dorme com outro: (1) sempre (2) à vezes (3) raramente	DORMBEBE	<input type="checkbox"/>
Onde dormia logo após o nascimento? Por quanto tempo?		
Que bens a família possui? carros () não se sim, quantos? fogão () a gás () a lenha geladeira () sim () não rádio () sim () não quantos? televisão () sim () não - a cores () sim () não quantos? vídeo cassete () sim () não aspirador de pó () sim () não máquina de lavar roupas () sim () não		
Situação da casa: Tem cozinha independente? (1) sim (2) não	MORCOZ	<input type="checkbox"/>
A casa está organizada? (1) sim (2) mais ou menos (3) não	MORORG	<input type="checkbox"/>
A casa está limpa? (1) sim (2) mais ou menos (3) não	MORLIMP	<input type="checkbox"/>
Existe horta/jardim na casa? (1) sim (2) não	MORHOR	<input type="checkbox"/>
Há lixo espalhado nas áreas de circulação? (1) não (2) sim Há coleta de lixo? (1) coleta domiciliar (2) lixeira pública (3) lixo queimado ou enterrado (4) lixo jogado em campo aberto	MORLIX	<input type="checkbox"/>
Há energia elétrica? (1) com registro (2) com registro comum a várias casas (3) não tem	MORCOLIX	<input type="checkbox"/>
Tem empregada doméstica? (1) sim (2) não	MORENERG	<input type="checkbox"/>
São proprietários do terreno em que moram? (1) sim (2) não, alugam (3) não, emprestado, (4) não, posseiros, (5) não, outro	EMPREG	<input type="checkbox"/>
	MORPRO	<input type="checkbox"/>

Classificação da moradia: (1) Boa: luz elétrica, água encanada dentro de casa, esgoto ligado à rede pública ou fossa, portas e janelas com vidro e trinco, forro no teto e assoalho. (2) Regular: luz elétrica, água encanada pelo menos até o quintal, sanitário com descarga (ligado ou não à rede) (3) Não satisfatória: não preenche os requisitos acima.	CLASMOR <input type="checkbox"/>
CLASSE SOCIAL _____ (A, B, C, D, E) NÍVEL DE POBREZA _____ (1. Baixa superior 2. Baixa inferior 3. Miséria)	CLASOC <input type="checkbox"/> NIVPOBR <input type="checkbox"/>

PROTOCOLO A SER PREENCHIDO PELO ENTREVISTADOR

Data da entrevista: ____/____/____ Entrevistador: _____ Família nº: |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Caso 1 / Controle 2 Barão 1 / SESC 2 / Valão 3

COMECE TRAZENDO TODOS PARA O LOCAL DA ENTREVISTA. EXPLIQUE A TAREFA E PEÇA OS CONSENTIMENTOS POR ESCRITO

1) Quem está presente na entrevista (descreva o parentesco com o bebê)

1) IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da Criança:	
Nome da mãe:	
Nome do pai:	

2) QUEM ATENDE O BEBÊ

só mãe (1), mãe e pai (2), todos os que moram na casa (3), mãe e avó (4) a mãe está temporariamente ausente dos cuidados (8). Indique a razão:	ATBEB	_
Quantas horas por dia a mãe passa com o bebê? horas e o pai? horas	HORASM	_
	HORASP	_

3) ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

Que tipo de alimentação o seu bebê está recebendo? só leite materno (1), leite materno + água e/ou chá e/ou suco (2), leite materno + alimentos sólidos ou semi-sólidos (3), leite materno + outro leite (4), leite materno + outro leite + alimentos sólidos (5), não está recebendo leite materno (6)	TIPAL	_
Se está amamentando: Porque você amamenta?		
Se o bebê não está amamentando: Quanto tempo você amamentou seu bebê? semanas	TAMAM	
Por qual motivo o seu bebê não está mais mamando no peito? NSA(8)	CAUSDESM	_
Quando você amamenta (ou amamentava) seu bebê? A qualquer hora, quando chora de fome (1), tem horários certos para ser amamentado (2)	HORAM	_
Você recebeu ou está recebendo estímulo de alguém para amamentar? De quem?		
Seu companheiro está lhe dando apoio para continuar amamentando (ou dava antes do desmame)? De que maneira? sim, muito(1), sim, algum(2), varia(3), NSA(8)	APOIAMC	_
E o pai, de quem recebe o maior estímulo para apoiar sua companheira? AvóP (1), avóM (2), avôP (3), avôM (4), outros (5), não recebe (6)	ESTAMP	_
SE A CRIANÇA ESTIVER RECEBENDO MAMADEIRA COM OUTRO TIPO DE LEITE Por que o seu bebê começou a tomar mamadeira com outro tipo de leite?		
O bebê usa chupeta? sim, bastante (1), sim, mais ou menos (2), sim, pouco (3), não (4)	CHUP	_
A mãe fez pré-natal? sim (1), não (2). Quantas consultas? 5 ou mais (1), de 1 a 4 (2), NSA(8)	CONSPN	_
A mãe foi orientada quanto à amamentação no pré-natal? sim (1), não (2), não lembra (3), NSA(8)	ESTPN	_
E na maternidade? sim (1), não (2), não lembra (3), NSA(8)	ESTMAT	_
Quem orientou? médico (1), enfermeiro (2), outro (3) NSA(8)	QESTMAT	_
O pai foi orientado na maternidade? sim (1), não (2), não lembra (3)	ESTMATP	_
Nas gestações anteriores da mãe, os bebês foram amamentados? sim (1), não (2), NSA (8)	AMGSTANT	_
1º filho: sim (1), não (2), se "sim" quanto tempo? meses	F1AM	_ TF1AM _ _
2º filho: sim (1), não (2), se "sim" quanto tempo? meses	F2AM	_ TF2AM _ _
3º filho: sim (1), não (2), se "sim" quanto tempo? meses	F3AM	_ TF3AM _ _
4º filho: sim (1), não (2), se "sim" quanto tempo? meses	F4AM	_ TF4AM _ _
5º filho: sim (1), não (2), se "sim" quanto tempo? meses NSA (8)	F5AM	_ TF5AM _ _
	MEDAM	_ _ _
A mãe amamentou outro bebê, que não fosse seu? sim (1), não (2). Motivo:	MAELEIT	_
Se "sim", era filho de quem? Quem pediu?		

Se os avós estiverem presentes, pergunte sua opinião e experiência em relação à amamentação		
Foi amamentado pela própria mãe?	avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	
Acha importante amamentar?	avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	
Amamentou seus filhos?	avóm(1) () sim () não, () em parte avóp(2) () sim () não, () em parte	
Estimulou seus filhos quanto à Amamentação?	avóm(1) () sim () não, avóp(2) () sim () não avôm(3) () sim () não, avôp(4) () sim () não	
4) GENOGRAMA FAMILIAR - incluir idades, se está vivo ou já faleceu (de quê), onde vivem, tempo de migração, como se relacionam, na infância dos pais como se relacionava cada família, que semelhanças e diferenças vêem em relação à sua família atual? Fazer desenho em folha adicional, usando pincéis coloridos.		
5) REDE SOCIAL DA FAMÍLIA: PERGUNTAR PARA A MÃE E PARA O PAI CONJUNTAMENTE		
Quem tem vindo visitar vocês? irmãos(), irmãs(), avósm(), avósp(), vizinh. (), amigosm(), amigosp(), familiares(), não recebe visitas() 1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém	VISITF	<input type="checkbox"/>
Com que frequência?		
As visitas são suficientes (1), poucas (2), demais (3)	SATVISF	<input type="checkbox"/>
Algumas das mulheres próximas está amamentando? sim (1), não (2)		
Quem (grau de proximidade)		
Podem contar com alguém para cuidar do bebê? sim (1), não(2) Quem?		
Como é a relação com os vizinhos? ótima (1), boa (2), formal (3), ignoram-nos (4), ruim (5), péssima (6)	RELVIZF	<input type="checkbox"/>
Onde moram predominantemente suas famílias de origem? do pai (), da mãe (), irmãos(), irmãs(). (preencher com o nº) Porto Alegre (1), Grande Porto Alegre (2), InteriorR (3), InteriorU (4), Outro Estado (5), outro país (6)		
Solicitam ajuda de quem, quando tem problemas	SATAJ	<input type="checkbox"/>
.....	REDAF	<input type="checkbox"/>
e quando são financeiros?	RENDAP	<input type="checkbox"/>
Esta ajuda é suficiente (1), pouca (2), demais (3)	RENDAM	<input type="checkbox"/>
Por sinal, ainda não perguntamos: Qual a renda média da família? R\$(.....SM)		
Qual a renda média do pai ? R\$(.....SM) Qual a renda média da mãe:R\$.....(.....SM)		
PAI: Qual sua religião? católica (1), protestante (2), espírita (3), umbandista (4), evangélica (5), judaica (6), não tem (7), tem mais de uma (8), outra (9)	RELPM	<input type="checkbox"/>
Freqüenta? sim (1), não (2), NSA (8). Freqüenta outra religião? sim (1), não (2), NSA (8)	FRERELM	<input type="checkbox"/>
Você freqüenta grupos da comunidade? sim (1), não (2). Se sim, quais? pais (1), escola (2), creche (3), associação comunitária (4), partido político (5), esporte (6), outros (7) NSA (8)	FREGRUP	<input type="checkbox"/>
É líder? sim (1), não (2). Grau de satisfação: pouca (1), média (2), muita (3), NSA (8)	SATGRUP	<input type="checkbox"/>
Para que eles lhe servem?		
MÃE: Qual sua religião? católica (1), protestante (2), espírita (3), umbandista (4), evangélica (5), judaica (6), não tem (7), tem mais de uma (8), outra (9)	RELPM	<input type="checkbox"/>
Freqüenta? sim (1), não (2), NSA (8). Freqüenta outra religião? sim (1), não (2), NSA (8).	FRERELM	<input type="checkbox"/>
Você freqüenta grupos da comunidade? sim (1), não (2). Se sim, quais? pais (1), escola (2), creche (3), associação comunitária (4), partido político (5), esporte (6), outros (7) NSA (8)	FREGRUP	<input type="checkbox"/>
É líder? sim (1), não (2). Grau de satisfação: pouca (1), média (2), muita (3), NSA (8)	SATGRUP	<input type="checkbox"/>
Para que eles lhe servem?		
Quais problemas da comunidade preocupam a sua família? Circule o número correspondente:	PROBCOM	<input type="checkbox"/>
esgoto, água e lixo (1) creches (5) segurança (9)		
iluminação (2) diversão (6) transporte (10)		
escola (3) habitação (7) outro (11)		
saúde (4) pobreza (8)		
identifica mais de dois (1), identifica um ou dois (2), não identifica (3)		
Qual foi o principal problema que passaram e como conseguiram resolver?		

Nome do bebê _____ Nome da mãe _____ Entrevistador _____
 N° família |_|_|_|_|_|_|_|

QUESTIONÁRIO DA MÃE OU CUIDADOR PRIMÁRIO

Converse em particular com a mãe para investigar as seguintes questões:

1. COMO A MÃE ESTÁ PERCEBENDO SEU BEBÊ NESTE MOMENTO

Como é que está o seu bebê? <i>bem (1), com peq. probl (2), com probl. Import.(3)</i>	BEBEM	<input type="checkbox"/>
É um bebê: <i>facil (1), difícil (2), varia (3) não sei (4)</i>	TEMPBM	<input type="checkbox"/>
Como você avalia os comportamentos do seu bebê?		
ATIVIDADE <i>normal (1) muito passivo(2) muito ativo (3)</i>	ATIVBEBM	<input type="checkbox"/>
REATIVIDADE <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i>	REATBEBM	<input type="checkbox"/>
FOME <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i>	FOMEBEBM	<input type="checkbox"/>
CHORO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>	CHORBEBM	<input type="checkbox"/>
SONO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>	SONOBEBM	<input type="checkbox"/>
OUTROS <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>		
Seu bebê já tem rotinas e horários que você consegue prever? <i>sim(1), não(2) não sei(3)</i>	SINCRM	<input type="checkbox"/>

2. RESPONSABILIDADE SOBRE OS CUIDADOS (especialmente importante quando a mãe e o pai não moram na mesma casa)

1. Quem é a pessoa que mais divide com você as responsabilidades de mãe do bebê? <i>pai(1), avóM(2), avóP(3), irmã(4), amiga(5), outro..... (6), responsabilidade materna é exercida por outra pessoa: (7)</i>	RESPMS	<input type="checkbox"/>
2. Nesta gravidez, alguém lhe apoiou especialmente? Quem? <i>pai(1), avóM(2), avóP(3), irmã(4), amiga(5), todos da família (6), outro..... (7)</i>	APOIOG	<input type="checkbox"/>
3. E em suas outras gestações? Por quanto tempo lhe ajudou? O que aconteceu com essa relação?		

3. COMO A MÃE PERCEBEU A GESTAÇÃO

Quando você começou a fazer consultas pré-natais? <i>1º trim.(1), 2º trim.(2), 3º trim.(3)</i>	INPN	<input type="checkbox"/>
Quem a acompanhava na maioria das vezes? <i>você ia só (1), companheiro (2), mãe (3), irmã (4), amiga (5), variava (6), outro (7)</i>	ACPNI	<input type="checkbox"/>
Esta gravidez foi planejada? <i>sim (1) não (2)</i>	PLGRAVM	<input type="checkbox"/>
Quando você engravidou estava usando algum método anticoncepcional? <i>sim (1), às vezes(2), não (3)</i>	ANTCONCM	<input type="checkbox"/>
Qual?		
Se foi planejada, você sofreu alguma situação ou perda que relacionou com seu desejo de engravidar? <i>não (1), aborto prévio (2), filho(3), pai(4), mãe (5), irmão (6), outro (7), NSA (8)</i>	PERDM	<input type="checkbox"/>
Você sofreu alguma perda ou trauma importante durante a gravidez? <i>não (1), sim(2)</i>	PERDGM	<input type="checkbox"/>
Qual? Em que mês da gestação?		
Se a gravidez não foi planejada houve: <i>aceitação em seguida (1), aceitação a partir do 4º mês (2), não aceitação s/ tentativa de aborto (3), não aceitação c/ tentativa de aborto (4), NSA (8)</i>	ACEITGM	<input type="checkbox"/>
Você já provocou algum aborto? <i>não (1), sim (2)</i>	ABOANTM	<input type="checkbox"/>
Se "sim", quantos? NSA (8)	NABORM	<input type="checkbox"/>
Como você se relacionou com o bebê enquanto ele estava na barriga? (marque com x) <i>acariciava a barriga (); conversava com ele (); tinha sonhos com o bebê (), imaginava histórias sobre como seria (), cantava ou ouvia música especial para ele (), sentia-se acompanhada (), não percebia nada especial ()</i>	RELBARRM	<input type="checkbox"/>
1. muito envolvida 2. envolvida 3. pouco envolvida		
Você tinha preferência por algum sexo para seu bebê? <i>não tinha preferência (1), coincide (2), não coincide (3)</i>	PRSEXBEM	<input type="checkbox"/>
Quem escolheu o nome do bebê?		
Porquê?		
No pré-natal quem a orientou a amamentar? <i>médico (1), enfermeiro (2), agente saúde (3), vários profissionais (4), ninguém (5), NSA (8)</i>	ESTAMPNM	<input type="checkbox"/>

4. COMO A MÃE PERCEBEU O PARTO

<p>Onde foi o parto?</p> <p>Como foi o parto? <i>normal (1), cesárea (2)</i></p> <p>Durante o trabalho de parto você ficou: <i>sozinha (1), c/companheiro (2), c/mãe (3), c/outro parente (4), c/amiga (5),c/outro (6)</i></p> <p>Quem a levou ao hospital?</p> <p>Como foi a experiência do parto para você? <i>fácil(1), difícil, mas boa (2), difícil e sofrida (3)</i></p> <p>O Bebê ficou com você no quarto no hospital? <i>não (1), nas primeiras 12 horas (2), entre as 13 e 24 horas (3), depois do 1º dia (4), NSA (8). Recebeu alta do hospital com você? sim(1), não(2), NSA (8)</i></p> <p>Você recebeu informações sobre amamentação na maternidade? <i>sim (1), não(2), NSA (8)</i></p> <p>Se "sim", quem deu? <i>médico (1), enfermeiro (2), outro..... (3), NSA (8)</i></p>	<p>TRABPART <input type="checkbox"/></p> <p>EXPPART <input type="checkbox"/></p> <p>ALOJCONJ <input type="checkbox"/></p> <p>ALTAB <input type="checkbox"/></p>
--	---

5. COMO ESTÁ A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ

<p>Como você está alimentando o seu bebê? (1) só leite materno, (2) leite materno + água e/ou chá e/ou suco, (3) leite materno + alimentos sólidos ou semi-sólidos, (4) leite materno + outro leite (5) leite materno + outro leite + alimentos sólidos, (6) não está recebendo leite materno</p> <p>Se estiver amamentando: a experiência está sendo: <i>ótima(1,) boa(2), regular(3), ruim(4), péssima(5), NSA (8)</i></p> <p>O que está sendo bom na amamentação?</p> <p>O que está sendo ruim na amamentação?</p>	<p>SENTAMAM <input type="checkbox"/></p>
---	--

6. REDE SOCIAL DA MÃE

<p>1. Tem alguém para ajudá-la: <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Preparando refeições <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Fazendo compras <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Cuidando dos outros filhos <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Consertando coisas na casa <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Limpando e arrumando a casa <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Pagando as contas <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Levando as crianças ao médico se estão doentes <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>2. Com quantas pessoas você pode contar quando sente necessidade? <i>três ou mais (1), duas (2), uma (3), nenhuma (4); Quem são?</i></p> <p>1. fam. nuclear,extensiva e outros, 2.fam. nuclear e extensiva, 3. fam. nuclear, 4. só conta c/não fam, 5. não conta com ninguém, 6.fam.nuclear e outros, 7. fam extensiva e outros</p> <p>3. Você conta com pessoas na vizinhança para cuidar de seu bebê se necessário? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>4. Você tem pessoas (acima de 14 anos, não incluindo o companheiro) na sua casa ou fora com quem você fala regularmente? <i>sim (1), não (2)</i></p> <p>Se "sim", você está satisfeita com essas conversas? <i>sim (1), mais ou menos (2), não (3), NSA (8)</i></p> <p>Quem tem vindo visitar vocês? <i>irmãosm (), irmãosp (), avósm (), avósp (), vizinho (), amigosm (), amigosp (), familiares (), não recebe visitas ()</i></p> <p>1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém</p> <p>5. Convive com parentes? Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana(1),de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca(4)</i></p> <p>Se "sim" a frequência é satisfatória? <i> muito satisf. (1), satisf. (2), algo insatisf.,(3) muito insatisf (4), intolerável (5), NSA (8)</i></p> <p>6. Em relação à amamentação, qual a pessoa que mais lhe ajuda na amamentação? <i>companheiro(1), mãe(2), sogra(3), irmã(4), amiga(5), outro(6),ninguém(7) NSA (8)</i></p> <p>Seu companheiro a apoia quanto à amamentação? <i>sim, sempre (1) sim às vezes (2) sim, raramente(3), não(4), NSA (8). Como?</i></p>	<p>AJREFM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCOMPM <input type="checkbox"/></p> <p>AJFIM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCONSM <input type="checkbox"/></p> <p>AJLIMM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCONTM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCUIDM <input type="checkbox"/></p> <p>NAJM <input type="checkbox"/></p> <p>AJM <input type="checkbox"/></p> <p>AJVIZM <input type="checkbox"/></p> <p>CONVM <input type="checkbox"/></p> <p>SATCONVM <input type="checkbox"/></p> <p>VISM <input type="checkbox"/></p> <p>FVISPARM <input type="checkbox"/></p> <p>SATVISM <input type="checkbox"/></p> <p>AJAMAM <input type="checkbox"/></p> <p>AJCAMA <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Você tem descansado o tempo suficiente? <i>sim(1), mais ou menos (2), não(3)</i></p> <p>8. O que você faz para se distrair ou descansar? <i>sai com o marido (), sai com a família (), dorme(), vê TV (), baile (), futebol (), cerveja com amigos (), churrasco em casa(), visita familiares (),brinca com filhos (), outra ().....</i></p> <p>envolve família e outros (1), restrito à família (2), restrito a descanso sem interação (3), só envolve outros (4), não descansa (5)</p> <p>9. Você está satisfeita com essa forma de descansar <i>sim (1), mais ou menos (2), não (3)</i></p>	<p>DESCM <input type="checkbox"/></p> <p>SATDESCM <input type="checkbox"/></p>

7. RELACIONAMENTO DO CASAL

1.	Como é que você e seu companheiro se dão? <i>bem(1), mais ou menos(2), mal(3), NSA(8)</i>	RELCONJM	<input type="checkbox"/>
2.	Você está contente com a maneira como seu companheiro expressa para você o que sente ou pensa? <i>contente (1), mais ou menos (2), não está contente (3), NSA (8)</i>	EXPSENCM	<input type="checkbox"/>
3.	Agora a sua satisfação com a relação está igual ou diferente a antes da gravidez? <i>melhor(1), igual(2), pior(3), NSA(8)</i>	QRELCM	<input type="checkbox"/>
4.	Como está a vida sexual de vocês? <i>boa, como sempre(1), boa, melhor que antes (2), boa, mas com dificuldades (3), com dificuldades (4), com dificuldades importantes (5), mal (6), desativada (7), NSA (8)</i>	SEXM	<input type="checkbox"/>
5.	Está contente com a colaboração do seu companheiro nos cuidados do bebê? <i>Sim (1), em parte (2), não (3), NSA (8)</i>	CUIBECM	<input type="checkbox"/>
6.	Vocês tem discussões frequentes? <i>não (1), às vezes(2), sim (3), NSA(8)</i>	DISCM	<input type="checkbox"/>
7.	Se "sim" só discutem(1), chegam a se bater(2), NSA(8) As brigas estão relacionadas com: <i>uso de álcool (1), drogas (2), ciúmes (3), dinheiro (4), família (5), família(6)</i>	DISCBRM	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto ao RELACIONAMENTO DO CASAL (pontue de 1 a 5):	RELCASE1	<input type="checkbox"/>
1. A unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.		
2. Funcionamento da unidade relacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.		
3. Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.		
4. A unidade relacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.		
5. A unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.		
6. Não chegou a se constituir o casal		

8. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

1.	Como você está se dando com sua mãe agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Descreva</i>	RELMM	<input type="checkbox"/>
	Ela lhe incentiva (ou) a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8). E ao pai? ? sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente (3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	MESTAMAM	<input type="checkbox"/>
	Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>	MMESAMAP	<input type="checkbox"/>
	Como você acha que seu companheiro se dá com a sua mãe? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8).</i>		
	Como você acha que seu companheiro se dá com a mãe dele? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe(6), não tem companheiro (7), NSA (8).</i>		
	Sua sogra (ou substituta) a incentiva(ou) a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	SOGESAMM	<input type="checkbox"/>
2.	Como você acha que sua mãe cuidou de você quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i>	MCUIDM	<input type="checkbox"/>
	Ela a amamentou? <i>sim(1), não(2), não sabe(3), NSA (8) Se "sim", quanto tempo?</i> meses, <i>não lembra (7), NSA (8)</i>	AMM	<input type="checkbox"/>
		TAMM	<input type="checkbox"/>
3.	Como você está se dando com seu pai agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8). Descreva:</i>	RELPM	<input type="checkbox"/>
	Ele a incentivou a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	PESTAMAM	<input type="checkbox"/>
	Ele incentivou seu companheiro a incentivá-la? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	PMESCAMP	<input type="checkbox"/>
	Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>		
	Como você acha que seu companheiro se dá com o seu pai? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i>	SOGROESM	<input type="checkbox"/>
	Como você acha que seu companheiro se dá com o pai dele? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe(6), não tem companheiro (7), NSA (8)</i>		

Seu sogro a incentiva(ou) a amamentar? <i>sim, muito (1), sim, um pouco(2), é ambivalente (3), não (4), não lembra (5), NSA (8)</i>		
4. Como você acha que seu pai a cuidou quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i>	PCUIDM	<input type="checkbox"/>
5. Se há problemas ou distância na relação com os pais, esses fatos são justificáveis e perdoáveis para você? <i>já perdoou(1), tem dificuldades(2), não perdoa(3), não vê problemas(4), NSA (8). Comente:</i>	COERELFM	<input type="checkbox"/>
Existe alguma pessoa com quem você considera que a relação está rompida e com quem não vê a possibilidade de reaproximação? <i>não(1), sim (2), Quem?</i> Porque?	RUPFM	<input type="checkbox"/>
6. Se a família de origem está ausente, há outras pessoas que substituem a família para você, em especial sua mãe? <i>sim, bem(1), sim, pouco(2), não(3), NSA (8). Quem são?</i>	SUBFM	<input type="checkbox"/>
Eles também a sentem como filha/irmã? <i>sim (1), não (2), não sei (3), NSA (8)</i>		
7. Em relação aos amigos e parentes, você se sente predominantemente isolada ou apoiada? Dê uma nota de 1 a 10:	REDESOCM	<input type="checkbox"/>
Entrevistador, indique sua opinião Quanto a relação com a FAMÍLIA DE ORIGEM ou substituta (pontue de 1 a 5): M P <u>Com a família de origem como um todo</u>		FAMORME1 FAMORPE1
1. As relações são satisfatórias segundo relato dos entrevistados e impressão dos entrevistadores.		<input type="checkbox"/>
2. As relações são algo insatisfatórias.		<input type="checkbox"/>
3. Apesar de haver períodos ocasionais de relações satisfatórias, predominam as relações disfuncionais e insatisfatórias.		
4. As relações são óbvia e seriamente disfuncionais. Períodos de relações satisfatórias são raros.		
5. Não há condições de manter a continuidade de ligação e contato.		
9. RESILIÊNCIA		
1. Que fatores podem estar atrapalhando a qualidade de vida de vocês? <i>falta de dinheiro (), falta de espaço(), excesso de trabalho (), os outros filhos (), companheiro (), emprego (), outro ()</i> não tem (1), tem 1 ou 2 problemas (2), tem mais de 2 problemas (3), não consegue identificar (4)	ATRAPM	<input type="checkbox"/>
2. O que lhe dá força de viver e lutar nas situações difíceis da vida? <i>atribui à rede social (), à família (), aos filhos (), ao companheiro (), à força pessoal (), a seres superiores (), outro()</i> identifica duas ou mais fontes (1), identifica uma fonte (2), não identifica (3)	FORÇAM	<input type="checkbox"/>
3. Você tem algum sonho especial na vida que gostaria de nos contar?		
Entrevistador, indique sua opinião Quanto a relação com a REDE SOCIAL (pontue de 1 a 5): M ... P Eficácia = apoio traduzido por ações necessárias + satisfação de quem recebe		
1. A rede social é rica (A. quanto ao número de contatos, B. heterogeneidade, C. qualidade das relações e D. participação efetiva no apoio à família do bebê) e o entrevistado relata satisfação.		RESOME1 RESOPE1
2. O entrevistado relata satisfação ou leve insatisfação (mas o entrevistador considera a rede social pobre em alguma de suas características). Citar a letra correspondente conforme o entrevistado e o entrevistador		<input type="checkbox"/>
3. O entrevistado relata insatisfação moderada com relação a uma ou mais das suas características (citar as letras correspondentes, segundo o entrevistado segundo o entrevistador		
4. O entrevistado relata insatisfação grave em relação à sua rede social (citar as características identificadas pelo entrevistado e/ou entrevistador como insatisfatórias		
5. O contato com a rede social está intolerável, tornando o contato insustentável.		
10. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DA MÃE		
1. Tem-se sentido bem ou tem estado triste ou ansiosa após o nascimento do bebê? <i>bem(1), triste(2), ansiosa(3), triste e ansiosa(4)</i>	ANIMM	<input type="checkbox"/>
E antes do nascimento do bebê? <i>bem(1), triste(2), ansiosa(3), triste e ansiosa(4)</i>	ANIMGRM	<input type="checkbox"/>
Dê uma nota para seu estado de ânimo atual (de 1 a 10)	NOTANIM	<input type="checkbox"/>

(PREENCHER ESCALA SRQ)

1	Você tem dores de cabeça frequentes?	Sim	não
2	Tem falta de apetite?	Sim	não
3	Dorme mal?	Sim	não
4	Fica com medo com facilidade?	Sim	não
5	Suas mãos tremem?	Sim	não
6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	Sim	não
7	Tem problema digestivo?	Sim	não
8	Acha difícil pensar com clareza?	Sim	não
9	Sente-se infeliz?	Sim	não
10	Chora mais que o comum?	Sim	não
11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	Sim	não
12	Acha difícil tomar decisões?	Sim	não
13	Seu trabalho diário é um tormento?	Sim	não
14	Acha que é capaz de ter um papel útil na vida?	Sim	não
15	Perdeu interesse pelas coisas?	Sim	não
16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	Sim	não
17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	Sim	não
18	Sente-se cansada o tempo todo?	Sim	não
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	não
20	Fica cansada com facilidade?	Sim	não
		SRQM <input type="checkbox"/>	

2.	Bebe? <i>não (1), duvidoso (2), sim (3). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? não (1), sim (2)</i>	ALCM	<input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não (1), sim (2). Quando?</i>	ALCPASM	<input type="checkbox"/>
	E seu companheiro bebe? <i>não (1), sim (2), NSA (8). Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? não (1), sim (2), NSA (8)</i>	ALCCM	<input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8). Quando?.....</i>	ALCPASC	<input type="checkbox"/>

3.	Fuma? <i>não (1), sim (2). Quanto costuma fumar? cigarros/dia.</i>	FUMM	<input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não (1). Sim (2)</i>	FUMPASM	<input type="checkbox"/>
	Quando? Quanto costumava fumar?cigarros/dia	FUMCM	<input type="checkbox"/>
	E seu companheiro fuma? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i>	FUMCM	<input type="checkbox"/>
	Quanto costuma fumar? cigarros/dia.	FUMPASC	<input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i>	FUMPASC	<input type="checkbox"/>
	Quando? Quanto costumava fumar? cigarros/dia		

4.	Toma algum remédio habitualmente? <i>Não (1), sim (2). Qual?</i>	REMM	<input type="checkbox"/>
	E seu companheiro? <i>não (1), sim (2), NSA (8). Qual?</i>	RECM	<input type="checkbox"/>
	Que remédios tomou durante a gestação?.....	REGRM	<input type="checkbox"/>

5.	Usa drogas? <i>não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8)</i>	DROGM	<input type="checkbox"/>
	Como? Com que frequência?.....	DROGPASC	<input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9)</i>	DROGM	<input type="checkbox"/>
	Quando?.....		
	Como? Com que frequência?.....	DROGM	<input type="checkbox"/>
	E seu companheiro usa drogas? <i>não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8), NSA (88).</i>	DROGM	<input type="checkbox"/>
	Como?..... Com que frequência?.....		
	E no passado? <i>não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9)</i>	DROPASC	<input type="checkbox"/>
	Quando?.....		
	Como?..... Com que frequência?.....		

6.	Já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual? Por quanto tempo?..... E seu companheiro já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual? Por quanto tempo?..... Você já teve baixa por esta razão? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Onde? Quanto tempo?..... Foi medicada? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Continuou psicoterapia? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> E seu companheiro já teve baixa por esta razão? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> Onde? Quanto tempo?..... Foi medicado? <i>não(1), não sei (2), sim (3), NSA (8).</i> Continuou psicoterapia? <i>não (1), não sei(2), sim(3), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i>	PSIQM MEDPSIM PSIQCM MEDPSICM HOSPPSIM PSICM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	--	---	--

7.	Tem algum problema de saúde atualmente? <i>não (1), sim (2)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como? E seu companheiro tem algum problema de saúde atualmente? <i>Não(1), sim(2), NSA(8)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como?	PRSAUM PRCUIBEM PRSAUCM PRCUBECM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	--	---	--

8.	Já perdeu algum filho por morte? <i>não (1) sim (2)</i> Que idade ele tinha?..... (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a causa? <i>doença congênita (1), prematuridade (2), infecção (3), outros.....(4), NSA (8)</i> Tem algum filho que está sendo criado por outra pessoa? <i>não (1), sim, um (2), sim, mais de um(3)</i> (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a sua idade? Nome e cuidador:..... Motivo:..... NSA (8)	MORTFILM IDMORFIM FCUI2M IFCUI2M IFCUI3M IFCUI4M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	--	---	--

9.	Já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), sim (2)</i> De que tipo?..... Quando?..... E seu companheiro já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> De que tipo? Quando?.....	PROBLEGM PROBLGCM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	--

11. RELAÇÃO COM O POSTO DE SAÚDE

	O que você acha do Posto de Saúde?..... (1) ótimo (utiliza e o tem como referência para ajudar em todas as áreas), (2) bom (utiliza quando alguém está doente (consulta) e estou satisfeita), (3) mais ou menos (utiliza e a satisfação varia), (4) ruim (utiliza só quando não há outro recurso porque não é muito satisfatório), (5) não utiliza. Alguém a acompanha nas visitas? <i>sim (1), às vezes (2), não (3) Quem?.....</i> Com que frequência você tem utilizado o Posto?..... Alguém tem lhe orientado quanto à amamentação? <i>sim (1) não (2)</i> Se "sim", quem? <i>médico (1), enfermeiro (2), auxiliar (3), todos (4), NSA (8)</i> Qual a orientação?.....	SATPSAUM ESTAMPOM QESTPOM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

	Se o bebê frequenta CRECHE. Na sua opinião, como estão as condições de espaço, higiene e alimentação? <i> muito boas(1), boas(2), mais ou menos(3), sofríveis(4), péssimas (5), NSA (8)</i>	CONDCRE	<input type="checkbox"/>
--	---	---------	--------------------------

AS SEGUINTE PERGUNTAS NÃO DEVEM SER DIRIGIDAS À MÃE. SUAS RESPOSTAS SÃO CONCLUSÃO DO ENTREVISTADOR

O bebê foi gerado para manter os pais unidos? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> ("sim", se os pais estavam separados ou em processo de separação antes da gestação).	BEBUNIE1	<input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência física no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> ("sim", se está emagrecido, apresenta infecção que não está sendo cuidada, passa muito tempo sem mudar de fraldas – com evidências de assadura - se seu berço está em local inapropriado por ser insalubre, se está sujo ou com roupas sujas, vestido inadequadamente).	NEGFBE1	<input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência emocional no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> ("sim", se seu berço fica num lugar que dificulta o acesso dos cuidadores, se estes não respondem ao choro, se não seguram o bebê apropriadamente ao alimentá-lo, se não falam com ele).	NEGEBE1	<input type="checkbox"/>
Se "sim", quais são os cuidadores negligentes? <i>mãe(1), pai (2), irmão (3), avó(4), avós de um (5) outro(6).....mais de um(7), NSA (8).</i>	CUINEGE1	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto a SAÚDE MENTAL da mãe (pontue de 1 a 5): No momento da entrevista (nas duas últimas semanas); no puerpério; no passado..... 1. Não há evidências de dificuldades. 2. Aparecem dificuldades leves (depressão, ansiedade) que não perturbam as relações ou a vida diária e não comprometem sua auto-estima. 3. Aparecem dificuldades moderadas (depressão, ansiedade, irritação) que causam leve transtorno no dia-a-dia e comprometem sua auto-estima. 4. Aparecem dificuldades importantes que afetam moderadamente o dia-a-dia e as relações. 5. Aparecem dificuldades graves que afetam gravemente o dia-a-dia e as relações.	SMMPR SMMPU SMMPAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--

Faça um relato sumário de sua impressão sobre a saúde mental da mãe no presente e no passado. Se necessário, inclua sua impressão diagnóstica.		
--	--	--

Na opinião do entrevistador: Grau de resiliência da família: ótimo (1), bom (2), regular (3), insuficiente (4) Envolvimento do pai no atendimento do bebê: pai se envolve ativamente (1), pai apóia mas não participa (2), pai emocionalmente ausente ainda que dentro de casa (3), pai atrapalha os cuidados, mas está na casa (4), pai fisicamente ausente (5) Envolvimento da avó mais próxima avóm (1) avóp(2) NSA (8)..... nos cuidados do bebê: avó se envolve ativamente (cuida pelos menos um turno, 1 vez por semana)(1), avó se envolve ativamente, mora na casa (2), avó se envolve ativamente, mora no pátio (3), avó apóia, mas não participa (4), avó apóia pouco (5), avó não apóia (6), NSA (8)	RESFE1 ENVPE1 ENVAVÓE1 QENVAVE1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

Nome do bebê: _____ Nome da mãe: _____ Entrevistador: _____
 Nº família |_|_|_|_|_|_|_|_|

QUESTIONÁRIO DO COMPANHEIRO DO CUIDADOR PRIMÁRIO

Converse em particular com o pai para investigar as seguintes questões:

1. COMO O PAI ESTÁ PERCEBENDO SEU BEBÊ NESTE MOMENTO

Como é que você está se sentindo com a chegada do bebê?	BEBEP	<input type="checkbox"/>
Como é que está seu bebê? <i>bem(1), com pequenos probl.(2), com problem. import.(3)</i>		
Como é que foi escolhido o nome do bebê? Quem escolheu? É igual ao nome de quem?		
Porquê?		
Você tinha preferência por algum sexo para seu bebê? <i>não tinha preferência(1), coincide (2), não coincide (3)</i>	PRSEXBEP	<input type="checkbox"/>
Como você avalia os comportamentos do seu bebê?		
ATIVIDADE <i>normal (1) muito passivo (2) muito ativo (3)</i>	ATIVBEBP	<input type="checkbox"/>
REATIVIDADE <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i>	REATBEBP	<input type="checkbox"/>
FOME <i>normal (1) pouca (2) excessiva (3)</i>	FOMEBEBP	<input type="checkbox"/>
CHORO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>	CHORBEBP	<input type="checkbox"/>
SONO <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>	SONOBEBP	<input type="checkbox"/>
OUTROS <i>normal (1) pouco (2) excessivo (3)</i>		
É um bebê: <i>fácil (1), difícil (2), varia (3), não sei (4)</i>	TEMPBP	<input type="checkbox"/>
Seu bebê já tem rotinas que você consegue prever? <i>sim (1), não (2), não sei (3)</i>	SINCRP	<input type="checkbox"/>

2. COMO O PAI PERCEBEU A GESTAÇÃO

Você participou das consultas do pré-natal? <i>sim (1), não (2)</i>	PRENP	<input type="checkbox"/>
Você foi convidado pela companheira? <i>sim(1), não(2)</i> . Pelo médico? <i>sim (1), não (2)</i>		
Você recebeu informações sobre amamentação no pré-natal? <i>sim (1), não (2)</i>	INFPPN	<input type="checkbox"/>
Quais?		
Como foi a experiência do pré-natal para você?		
Esta gravidez foi planejada? <i>sim (1), não (2)</i>	PLGRAVP	<input type="checkbox"/>
Você se preocupa com o uso de anticoncepcional? <i>sim (1), não (2), varia (3)</i>	ANTICNP	<input type="checkbox"/>
Qual você prefere?		
Se a gravidez não foi planejada houve: <i>aceitação em seguida (1), aceitação a partir do 4º mês (2), não aceitação s/ tentativa de aborto (3), não aceitação c/ tentativa de aborto (4), NSA (8)</i>	ACEITGP	<input type="checkbox"/>
Alguma companheira sua já fez aborto? <i>não (1), sim (2), não sabe (3)</i>	ABOCOMPP	<input type="checkbox"/>
Se "sim", quantos? NSA (8)	NABORCP	<input type="checkbox"/>
Se foi planejada, você sofreu alguma situação ou perda que relacionou com seu desejo de engravidar a sua companheira? <i>não (1), aborto prévio (2), filho(3), pai(4), mãe (5), irmão (6), amigo íntimo (7), NSA (8)</i>		
Você sofreu alguma perda ou trauma importante durante a gravidez? <i>não (1), sim (2)</i>	PERDGP	<input type="checkbox"/>
Qual?..... Em que mês da gestação?		
Como você se relacionou com o bebê enquanto ele estava na barriga? (marque com x) <i>Acariciava a barriga (); conversava com ele (); tinha sonhos com o bebê (), imaginava histórias sobre como seria (), cantava ou ouvia música especial para ele (), sentia-se acompanhado (), não percebia nada especial ()</i>	RELBARRP	<input type="checkbox"/>
1. muito envolvido 2. envolvido 3. pouco envolvimento		
No pré-natal quem o orientou quanto à sua companheira amamentar? <i>médico (1), enfermeiro (2), agente saúde (3), vários profissionais (4), ninguém (5), NSA (8)</i>	ESTAMPNP	<input type="checkbox"/>

3. PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PARTO

Você foi para o hospital com sua companheira quando começou o trabalho de parto? <i>sim(1), não (2)</i>	PHOSP	<input type="checkbox"/>
Você pôde acompanhar o parto de seu filho? <i>sim(1), não pode, estava ocupado(2), não convidaram(3), não quis(4), não permitiram(5)</i>	PSALAP	<input type="checkbox"/>
Como foi a experiência do parto para você?		
O que você sentiu quando viu seu bebê pela primeira vez?		
Você recebeu informações sobre amamentação na maternidade? <i>sim (1), não(2)</i>		
Se "sim", quem deu? <i>médico (1), enfermeiro (2), outro..... (3)</i>		

4. PERCEPÇÃO DO PAI SOBRE A AMAMENTAÇÃO

O que você acha (ou achou) de sua companheira amamentar seu bebê? <i>muito bom (1), bom (2), indiferente (3), prefiro que não (4)</i>	AMAP	<input type="checkbox"/>
Comente sua resposta		

5. REDE SOCIAL DO PAI

1.	Convive com parentes? 3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman. (2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4) Se "sim" a frequência é satisfatória? muito satisf. (1), satisf. (2), algo insatisf. (3), muito insatisf (4), intolerável (5), NSA (8)	FVISPARP	<input type="checkbox"/>
		SATVISP	<input type="checkbox"/>
2.	Com quantas pessoas você pode contar quando sente necessidade? três ou mais (1), duas (2), uma (3), nenhuma (4); Quem são? 1. fam. nuclear,extensiva e outros, 2.fam. nuclear e extensiva, 3. fam. nuclear, 4. só conta c/não fam, 5. não conta com ninguém, 6.fam.nuclear e outros , 7. fam extensiva e outros	NAJP AJP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Você conta com pessoas na vizinhança para cuidar de seu bebê se necessário? sim (1) não (2)	AJVIZP	<input type="checkbox"/>
4.	Você tem pessoas (acima de 14 anos, não incluindo a companheira) na sua casa ou fora com quem você desabafa? sim (1), não (2). Em casa, quem? e fora de casa? Se "sim", você está satisfeito com essas conversas? sim (1), mais ou menos (2), não (3), NSA (8) Quem tem vindo visitar vocês? () irmãosp, () irmãosp, () avósm, () avósp, () vizinh., () amigosm, () amigosp, () familiares, () não recebe visitas 1. fam. extensiva e outros, 2. fam. extensiva, 3. só recebe não fam, 4. não recebe ninguém	CONVP SATCONVP VISP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Com quem você conversa sobre a amamentação do bebê? companheira(1), mãe(2), sogra(3), irmão(4), amiga/o(5), não conversa(6), vários (7), NSA (8)	AJAMAP	<input type="checkbox"/>
6.	Está contente com sua participação nos cuidados do bebê? sim (1), em parte (2), não (3)	CUIBEBP	<input type="checkbox"/>
7.	O que você faz para se distrair ou descansar? sai com a companheira(), sai com a família (), dorme(), vê TV (), baile (), futebol (), cerveja com amigos (), churrasco em casa (), visita familiares (),brinca com filhos (), outra (1)..... envolve família e outros (1), restrito à família (2), restrito a descanso sem interação (3), só envolve outros (4), não descansa (5)	DESCP	<input type="checkbox"/>
8.	Você está satisfeito com essa forma de descansar? sim (1), mais ou menos (2), não (3)	SATDESCP	<input type="checkbox"/>

6. RELACIONAMENTO DO CASAL

1.	Você está contente com os cuidados que sua companheira dá ao bebê? sim (1), em parte (2), não (3)	CUIBEBMP	<input type="checkbox"/>
2.	Como é que você e sua companheira se dão? bem (1), mais ou menos (2), mal (3)	RELCONJP	<input type="checkbox"/>
3.	Você está contente com a maneira como sua companheira expressa para você o que sente ou pensa? contente (1), mais ou menos (2), não está contente (3)	EXPSENCP	<input type="checkbox"/>
4.	Agora a sua satisfação com a relação está igual ou diferente a antes da gravidez? melhor(1), igual(2), pior(3)	QRELCP	<input type="checkbox"/>
5.	Como está a vida sexual de vocês? boa, como sempre(1), boa, melhor que antes (2), boa, mas com dificuldades (3), com dificuldades (4), com dificuldades importantes (5), mal (6), desativada (7), NSA (8)	SEXP	<input type="checkbox"/>
6.	Vocês tem discussões frequentes? não (1), às vezes(2), sim (3)	DISCP	<input type="checkbox"/>
7.	Se "sim" só discutem(1), chegam a se bater(2), NSA (8) As brigas estão relacionadas com: uso de álcool (1), drogas (2), ciúmes (3), dinheiro (4), famíliam (5), famíliap (6) Por parte de quem?	DISCBRP	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto ao RELACIONAMENTO DO CASAL (pontue de 1 a 6):	RELCASE2	<input type="checkbox"/>
1. A unidade relacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.		
2. Funcionamento da unidade relacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.		
3. Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.		
4. A unidade relacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.		
5. A unidade relacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.		
6. Não chegou a se constituir o casal		

7. RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA DE ORIGEM

1. Como você está se dando com a sua mãe agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i> . Descreva.....	RELMP <input type="checkbox"/>
Ela incentiva(ou) sua companheira a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i> . E você a incentivá-la? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i> .	MPESAMM <input type="checkbox"/> MPESAMP <input type="checkbox"/>
Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>	
Como você acha que sua companheira se dá com a sua mãe? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i> .	
Como você acha que sua companheira se dá com a mãe dela? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i>	SOGRAESP <input type="checkbox"/>
Sua sogra (ou substituta) o incentiva(ou) a estimular a amamentação? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), NSA (8)</i>	
2. Como você acha que sua mãe cuidou de você quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i> . Ela o amamentou? <i>sim(1), não(2), não sabe(3), NSA (8)</i> . Se "sim", quanto tempo?.....meses, <i>não lembra(7) NSA (8)</i>	MCUIDP <input type="checkbox"/> AMP <input type="checkbox"/> TAMP <input type="checkbox"/>
3. Como você está se dando com seu pai agora? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i> . Ele incentivou sua companheira a amamentar? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i> . E você a incentivá-la? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i> . Descreva:.....	RELPP <input type="checkbox"/> PPESAMAM <input type="checkbox"/> PPESAMAP <input type="checkbox"/>
Com que frequência vocês se vêem/falam/escrevem? <i>3 ou mais vezes por semana (1), de 1 a 2 vezes por seman.(2), menos de 1 vez por seman.(3), nunca (4), NSA(8)</i>	
4. Como você acha que sua companheira se dá com o seu pai? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), NSA (8)</i>	
Como você acha que sua companheira se dá com o pai dela? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4),ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i>	
Seu sogro (ou substituto) o incentiva(ou) a estimular a amamentação? <i>sim, muito(1), sim, um pouco(2), é ambivalente(3), não(4), não lembra (5), NSA (8)</i>	SOGESAMP <input type="checkbox"/> PCUIDP <input type="checkbox"/>
5. Como você acha que seu pai o cuidou quando você era bebê? <i>ótimo (1), bom (2), razoável (3), regular (4), ruim (5), não sabe (6), NSA (8)</i>	
6. Se há problemas ou distância na relação com os pais, esses fatos são justificáveis e perdoáveis para você? <i>já perdoou (1), tem dificuldades (2), não perdoa (3), não vê problemas (4), NSA (8)</i> . Comente:	COERELFP <input type="checkbox"/>
Existe alguma pessoa com quem você considera que a relação está rompida e com quem não vê a possibilidade de reaproximação? <i>não (1), sim (2)</i> . Quem?	RUPFP <input type="checkbox"/>
Porque?	
7. Se a família de origem está ausente, há outras pessoas que substituem a função de pai/mãe/irmãos para você? <i>sim, bem(1), sim, pouco(2), não (3), NSA (8)</i> . Quem são?	SUBFP <input type="checkbox"/>
.....NSA (8)	
Eles também o sentem como filho/irmão? <i>sim(1), não(2), não sabe(3)</i>	
8. Em relação aos amigos e parentes, você se sente predominantemente isolado ou apoiado? Dê uma nota de 1 a 10:	REDESOC <input type="checkbox"/>
Entrevistador, indique sua opinião quanto a relação com a FAMÍLIA DE ORIGEM ou substituta (pontue de 1 a 5): M P	FAMORME2 <input type="checkbox"/> FAMORPE2 <input type="checkbox"/>
<u>Com a família de origem como um todo</u>	
6. As relações são satisfatórias segundo relato dos entrevistados e impressão dos entrevistadores.	
7. As relações são algo insatisfatórias.	
8. Apesar de haver períodos ocasionais de relações satisfatórias, predominam as relações disfuncionais e insatisfatórias.	
9. As relações são óbvia e seriamente disfuncionais. Períodos de relações satisfatórias são raros.	
10. Não há condições de manter a continuidade de ligação e contato.	

8. RESILIÊNCIA

<p>1. Que fatores podem estar atrapalhando a qualidade de vida de vocês? <i>falta de dinheiro (), falta de espaço(), excesso de trabalho (), os outros filhos (), companheira(), emprego(), outro ()</i> não tem (1), tem 1 ou 2 problemas (2), tem mais de 2 problemas (3), não consegue identificar (4)</p>	<p>ATRAPP <input type="checkbox"/></p>
<p>2. O que lhe dá força para viver e lutar nas situações difíceis da vida? atribui à rede social <i>(), à família (), aos filhos () à companheira (), à força pessoal(), à seres superiores(), outro ()</i> identifica duas ou mais fontes (1), identifica uma fonte (2), não identifica (3)</p>	<p>FORÇAP <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Você tem algum sonho especial na vida que gostaria de nos contar?</p>	

<p>Entrevistador, indique sua opinião quanto a relação com a REDE SOCIAL (pontue de 1 a 5): M P</p> <p>Eficácia = apoio traduzido por ações necessárias + satisfação de quem recebe</p> <p>1. A rede social é rica (A. quanto ao número de contatos, B. heterogeneidade, C. qualidade das relações e D. participação efetiva no apoio à família do bebê) e o entrevistado relata satisfação.</p> <p>2. O entrevistado relata satisfação (mas o entrevistador considera a rede social pobre em alguma de suas características) ou leve insatisfação. Citar a letra correspondente conforme o entrevistado e o entrevistador</p> <p>3. O entrevistado relata insatisfação moderada com relação a uma ou mais das suas características (citar as letras correspondentes, segundo o entrevistado segundo o entrevistador)</p> <p>4. O entrevistado relata insatisfação grave em relação à sua rede social (citar as características identificadas pelo entrevistado e/ou entrevistador como insatisfatórias)</p> <p>5. O contato com a rede social está intolerável, tornando o contato insustentável.</p>	<p>RESOME2 <input type="checkbox"/></p> <p>RESOPE2 <input type="checkbox"/></p>
--	---

9. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DO PAI

<p>1. Tem-se sentido bem ou tem estado triste ou ansioso após o nascimento do bebê? <i>bem(1), triste (2), ansioso (3), triste e ansioso (4)</i></p>	<p>ANIMP <input type="checkbox"/></p>
<p>E antes do nascimento do bebê? <i>bem (1), triste (2), ansioso (3), triste e ansioso (4)</i> Dê uma nota para seu estado de ânimo atual (de 1 a 10):</p>	<p>ANIMGRP <input type="checkbox"/></p> <p>NOTANIP <input type="checkbox"/></p>

(preencher escala SRQ)

1	Você tem dores de cabeça frequentes?	Sim	não
2	Tem falta de apetite?	Sim	não
3	Dorme mal?	Sim	não
4	Fica com medo com facilidade?	Sim	não
5	Suas mãos tremem?	Sim	não
6	Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	Sim	não
7	Tem problema digestivo?	Sim	não
8	Acha difícil pensar com clareza?	Sim	não
9	Sente-se infeliz?	Sim	não
10	Chora mais que o comum?	Sim	não
11	Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	Sim	não
12	Acha difícil tomar decisões?	Sim	não
13	Seu trabalho diário é um tormento?	Sim	não
14	Acha que é capaz de ter um papel útil na vida?	Sim	não
15	Perdeu interesse pelas coisas?	Sim	não
16	Acha que é uma pessoa que não vale nada?	Sim	não
17	O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	Sim	não
18	Sente-se cansada o tempo todo?	Sim	não
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	não
20	Fica cansada com facilidade?	Sim	não
			SRQP <input type="checkbox"/>

2.	Bebe? <i>não (1), duvidoso (2), sim (3)</i> . Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? <i>não (1), sim (2)</i> E no passado? <i>não (1), sim (2)</i> . Quando?	ALCP <input type="checkbox"/>
	E sua companheira bebe? <i>não (1), sim (2)</i> . Tem dificuldade de controlar a quantidade de bebida? <i>não (1) sim (2)</i> E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3)</i> Quando?.....	ALCPASP <input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3)</i> Quando?.....	ALCCP <input type="checkbox"/>
3.	Fuma? <i>não (1), sim (2)</i> . Quanto costuma fumar? <i>cigarros/dia</i> . E no passado? <i>não (1), sim (2)</i> Quando?..... Quanto costumava fumar? <i>cigarros/dia</i> . E sua companheira fuma? <i>não (1), sim (2)</i> Quanto costuma fumar? <i>cigarros/dia</i> . E no passado? <i>não (1), não sei (2), sim (3)</i> Quando? Quanto costumava fumar? <i>cigarros/dia</i>	ALCPASCP <input type="checkbox"/>
		FUMP <input type="checkbox"/>
		FUMPASP <input type="checkbox"/>
		FUMCP <input type="checkbox"/>
		FUMPASCP <input type="checkbox"/>
4.	Toma algum remédio habitualmente? <i>Não (1), sim (2)</i> . Qual?	REMP <input type="checkbox"/>
	E sua companheira? <i>não (1), sim (2)</i> . Qual?	REMCP <input type="checkbox"/>
	Que remédios ela tomou durante a gestação?.....	REMGRCP <input type="checkbox"/>
5.	Usa drogas <i>não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8)</i> Como? Com que frequência?..... E no passado? <i>não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8)</i> Quando?	DROGP <input type="checkbox"/>
	Como? Com que frequência?.....	DROGPASP <input type="checkbox"/>
	E sua companheira usa drogas? <i>não(1), maconha(2), cocaína(3), cola (4), medic. para emagrecer(5), medic. para dormir (6), combinação (7), duvidoso (8)</i> Como? Com que frequência?.....	DROGCP <input type="checkbox"/>
	E no passado? <i>não(1), não sei(2), maconha(3), cocaína(4), cola (5), medic. para emagrecer(6), medic. para dormir (7), combinação (8), duvidoso (9)</i> Quando?..... Como? Com que frequência?.....	DRGPASCP <input type="checkbox"/>

<p>6. Já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual? Por quanto tempo?..... E sua companheira já teve problema dos nervos? <i>não (1), sim (2)</i> Recebeu medicação? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Qual? Por quanto tempo?..... Você já teve baixa por esta razão? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Onde?..... Quanto tempo?.....</p>	PSIQP <input type="checkbox"/> MEDPSIP <input type="checkbox"/> PSIMP <input type="checkbox"/> MEDPSICP <input type="checkbox"/> HOSPPSIP <input type="checkbox"/>
Foi medicado? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Continuou psicoterapia? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2)</i> E sua companheira já teve baixa por esta razão? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> Onde?..... Quanto tempo?..... Foi medicada? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> Continuou psicoterapia? <i>não (1), não sei (2), sim (3), NSA (8)</i> Está em psicoterapia atualmente? <i>não (1), sim (2)</i>	PSICP <input type="checkbox"/>
<p>7. Tem algum problema de saúde atualmente? <i>não (1), sim (2)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como?..... E sua companheira tem algum problema de saúde atualmente? <i>não (1), sim (2)</i> Qual? Esse problema dificulta o cuidado do bebê ? <i>não (1), sim (2), NSA (8)</i> Como?.....</p>	PROSAUP <input type="checkbox"/> PRCUIBEP <input type="checkbox"/> PRSAUCP <input type="checkbox"/> PRCUBECP <input type="checkbox"/>
<p>8. Já perdeu algum filho por morte? <i>não(1), sim (2). Que idade ele tinha? NSA (8)</i> Qual a causa? <i>doença congênita (1), prematuridade(2), infecção (3), outros.....(4)</i> (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Tem algum filho que está sendo criado por outra pessoa? <i>não (1), sim, um (2)</i> <i>sim, mais de um (3)</i> (1) período neo-natal, (2) menos de 1 ano, (3) pré-escolar, (4) escolar, (5) adolescente Qual a idade? Nome e cuidador:..... Motivo:..... NSA (8)</p>	MORTFILP <input type="checkbox"/> IDMORFIP <input type="checkbox"/> FCUI2P <input type="checkbox"/> IFCUI2P <input type="checkbox"/> IFCUI3P <input type="checkbox"/> IFCUI4P <input type="checkbox"/>
<p>9. Já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), sim (2)</i> De que tipo?..... Quando?..... E sua companheira já teve algum problema com a Justiça? <i>não (1), não sei (2), sim (3)</i> De que tipo?..... Quando?.....</p>	PRBLEGP <input type="checkbox"/> PRBLEGCP <input type="checkbox"/>
<p>10. RELAÇÃO COM O POSTO DE SAÚDE</p>	
<p>O que você acha do Posto de Saúde?..... (1) ótimo (utiliza e o tem como referência para ajudar em todas as áreas), (2) bom (utiliza quando alguém está doente (consulta) e estou satisfeito), (3) mais ou menos (utiliza e a satisfação varia), (4) ruim (utiliza só quando não há outro recurso porque não é muito satisfatório), (5) não utiliza. Com que frequência você tem utilizado o Posto?..... Você tem ido às consultas do seu bebê? <i>sim (1), às vezes (2), não (3)</i> Alguém tem lhe orientado quanto à amamentação? <i>sim (1) não (2)</i> Se "sim", quem? <i>médico (1), enfermeiro (2), auxiliar (3), todos (4) NSA (8)</i> Qual a orientação?.....</p>	SATPSAUP <input type="checkbox"/> ESTAMPOP <input type="checkbox"/> QESTPSP <input type="checkbox"/>
<p>Se o bebê frequenta CRECHE. Na sua opinião, como estão as condições de espaço, higiene e alimentação? <i>muito boas (1), boas (2), mais ou menos(3), sofríveis (4), péssimas (5), NSA (8)</i></p>	CONDCRE <input type="checkbox"/>

AS SEGUINTE PERGUNTAS NÃO DEVEM SER DIRIGIDAS AO PAI. SUAS RESPOSTAS SÃO CONCLUSÃO DO ENTREVISTADOR

O bebê foi gerado para manter os pais unidos? <i>não (1), talvez (2), sim(3)</i> ("sim", se os pais estavam separados ou em processo de separação antes da gestação).	BEBUNIE2	<input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência física no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> ("sim", se está emagrecido, apresenta infecção que não está sendo cuidada, passa muito tempo sem mudar de fraldas - com evidências de assadura - se seu berço está em local inapropriado por ser insalubre, se está sujo ou com roupas sujas, vestido inadequadamente).	NEGFBE2	<input type="checkbox"/>
Há evidências de negligência emocional no bebê? <i>não (1), talvez (2), sim (3)</i> ("sim", se seu berço fica num lugar que dificulta o acesso dos cuidadores, se estes não respondem ao choro, se não seguram o bebê apropriadamente ao alimentá-lo, se não falam com ele).	NEGEBE2	<input type="checkbox"/>
Se "sim", quais são os cuidadores negligentes? <i>mãe(1), pai (2), irmão (3), avó(4), avós de um (5) outro(6)....., mais de um (7) NSA (8).</i>	CUINEGE2	<input type="checkbox"/>

Entrevistador, indique sua opinião quanto a SAÚDE MENTAL do pai (pontue de 1 a 5): No momento da entrevista (nas duas últimas semanas); no puerpério.....; no passado 1. Não há evidências de dificuldades. 2. Aparecem dificuldades leves (depressão, ansiedade) que não perturbam as relações ou a vida diária e não comprometem sua auto-estima. 3. Aparecem dificuldades moderadas (depressão, ansiedade, irritação) que causam leve transtorno no dia-a-dia e comprometem sua auto-estima. 4. Aparecem dificuldades importantes que afetam moderadamente o dia-a-dia e as relações. 5. Aparecem dificuldades graves que afetam gravemente o dia-a-dia e as relações.	SMPPR SMPPU SMPPAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Faça um relato sumário de sua impressão sobre a saúde mental do pai no presente e no passado. Se possível, inclua sua impressão diagnóstica.		

Na opinião do entrevistador: Grau de resiliência da família: (1) ótima (2) boa (3) regular (4) insuficiente. Envolvimento do pai no atendimento do bebê: pai se envolve ativamente(1), pai apóia mas não participa(2), pai emocionalmente ausente ainda que dentro de casa(3), pai atrapalha os cuidados, mas está na casa (4), pai fisicamente ausente (5)	RESFE2 ENVPE2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Envolvimento da avó mais próxima avóm (1) avóp(2) NSA (8)..... nos cuidados do bebê: avó se envolve ativamente (cuida pelos menos um turno, 1 vez por semana)(1), avó se envolve ativamente, mora na casa (2), avó se envolve ativamente, mora no pátio (3), avó apóia mas não participa (4), avó apóia pouco (5), avó não apóia (6), NSA (8)	ENVAVÓE2 QENVAVE2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

CONCLUSÕES DOS ENTREVISTADORES - CONSENSO

IMPRESSÃO DO ENTREVISTADOR SOBRE O FUNCIONAMENTO FAMILIAR E DA REDE SOCIAL

Entrevistadores:..... Família nº: |_|_|_|_|_|_|_|_| Data da visita/...../.....
 Bebê:..... Mãe:

Impressão sobre a relação mãe-bebê. Relate uma interação que a ilustre.

Impressão sobre a relação pai-bebê. Relate uma interação que a ilustre.

Impressão sobre o funcionamento da família nuclear: Principais alianças e rupturas, funcionamento do casal (papéis homem / mulher) funcionamento do sistema fraternal (quando há).

Comentário sobre o genograma (evidencie as capacidades e os problemas da família de origem – padrões relacionais, capacidade de enfrentar adversidade, realizações, migrações, doença mental, separações, rupturas, violência -)

Impressão sobre o funcionamento da rede social (extensão, número de contatos, heterogeneidade, qualidade e manutenção das relações, satisfação por receber apoio efetivo, reciprocidade)

Impressão quanto à resiliência da família: (1) ótima (2) boa (3) regular (4) insuficiente.

Comente:

TIPAL |_|
 RESIL |_|
 NIVPOBR |_|
 MORARISC |_|
 CLASOC |_|
 GARF |_|

Nota do funcionamento atual da família segundo GARF:

Nota do funcionamento da família no último trimestre de gravidez:

GARFGEST |_|

Nota do funcionamento atual do casal (sg. escala do protocolo):

Sg. Beavers 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__

FUNCASAL |_|
 ENVPAI |_|
 ENVAVÓ |_|
 QENVAVÓ |_|
 FM |_|

Nota do relac. da família nuclear com a família de origem da mãe (sg.escala do protocolo):

Nota do relac. da família nuclear com a família de origem do pai (sg.escala do protocolo):

Nota do funcionamento atual da relação mãe-bebê segundo o PIR-GAS:

FP |_|

Nota do funcionamento atual da relação pai-bebê segundo o PIR-GAS:

PIRGASM |_|

Se necessário dê sua impressão diagnóstica (sg. DSM-IV e CID-10) da mãe, pai ou outro:

CIDM1 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 CIDM2 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 CIDP1 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 CIDP2 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 CIDMP |_|_|_|_|_|_|_|_|
 CIDPP |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nota do funcionamento atual da rede social (sg. escala do protocolo) :

entrevistador: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

mãe: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

pai: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

DSMM1 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 DSMM2 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 DSMP1 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 DSMP2 |_|_|_|_|_|_|_|_|
 REDESOC |_|
 REDESOCM |_|
 REDESOC P |_|

Nota do questionário auto-respondido:

mãe: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__ 16__

pai: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__ 13__ 14__ 15__ 16__

QAUTORM |_|
 QATUORP |_|

Sugestões quanto à necessidade de abordagem terapêutica. Assinale com x:

(1) não mostra necessidade, (2) recomenda-se especial atenção psico-social do clínico, (3) necessita atendimento especializado. Comente:

ENCAM |_|

ESCALA GARF

(Avaliação Global do Funcionamento Interacional)

NOTA: Leia toda a escala cuidadosamente antes de dar sua avaliação. Use escores específicos, intermediários quando possível, p.ex. 45,68, 72. Se não há informação detalhada adequada para dar escores específicos, use pontuações médias nas cinco partes, isto é, 90, 70, 50 ou 10.

5. (81-99) Existem padrões e rotinas combinados que permitem a satisfação das necessidades habituais de cada participante; existe flexibilidade para mudar a resposta a eventos ou necessidades fora do usual; conflitos ocasionais e transições difíceis são resolvidos através de comunicações e negociações destinadas a solucionar problemas.

Existe um entendimento compartilhado e acordo sobre os papéis e tarefas apropriados; a tomada de decisões é estabelecida para cada área funcional; existe reconhecimento das características particulares e dos méritos de cada subsistema (p.ex. pais/casal, irmão e indivíduos).

Existe uma atmosfera otimista nas relações apropriada para a situação; uma grande variedade de sentimentos é livremente expressa e elaborada; há uma atmosfera geral de calor, carinho e valores compartilhados. As relações sexuais dos adultos são satisfatórias.

EM SUMA: A unidade interacional está funcionando satisfatoriamente segundo o relato dos participantes e a perspectiva dos observadores.

4.(61-80) A maioria dos problemas interacionais corriqueiros é resolvida adequadamente, mas existe dor e dificuldade em responder a situações incomuns. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não perturbam a relação.

A tomada de decisões é feita, em geral, de forma competente, mas o esforço para o controle dos membros entre si, às vezes, é maior que o necessário e/ou é inefetivo. Indivíduos e coalizões são claramente demarcados mas, às vezes, são depreciados ou discriminados.

Uma gama de sentimentos é expressa, mas é evidente que há áreas de bloqueio emocional e tensão. Calor e carinho estão presentes, mas são marcados por irritabilidade e frustração. A atividade sexual dos adultos pode ser algo insatisfatória e problemática.

EM SUMA: O funcionamento da unidade interacional é algo insatisfatório. São resolvidas muitas das dificuldades que ocorrem ao longo do tempo, mas não todas elas.

3.(41-60) A comunicação, a solução de problemas e as atividades rotineiras, com bastante frequência, são inibidas ou atrapalhadas por conflitos não resolvidos; há dificuldade moderadamente grave em adaptar-se a situações de stress e transições, como saídas da família, mortes, nascimentos e casamentos.

A tomada de decisões é só intermitentemente competente e efetiva; nessas situações observa-se excessiva rigidez ou falta significativa de estrutura. As necessidades individuais estão freqüentemente submersas.

Dor e/ou raiva inefetiva ou paralisia emocional interferem com a possibilidade de compartilhar alegrias. Apesar de haver algum calor e apoio para os membros, esses, em geral, são desigualmente distribuídos. Problemas sexuais entre os adultos são freqüentes.

EM SUMA: Apesar de haver períodos ocasionais de funcionamento satisfatório e competente das relações, aquelas disfuncionais e insatisfatórias tendem a prevalecer.

2. (21-40) Os padrões e rotinas interacionais não satisfazem as necessidades dos membros; expectativas estabelecidas são ignoradas ou rigidamente cumpridas, apesar de mudanças situacionais. Transições do ciclo vital como partidas ou entradas das/nas relações geram problemas frustrantes e não resolvidos.

A tomada de decisões é tirânica ou bastante ineficaz. As características particulares dos indivíduos não são apreciadas, ou são ignoradas por coalizões rígidas ou confusamente fluidas.

Períodos de convivência agradável em conjunto são infreqüentes; distância óbvia e hostilidade declarada refletem conflitos importantes que permanecem não resolvidos e bastante doídos. Disfunção sexual grave entre os adultos é freqüente.

EM SUMA: A unidade interacional é óbvia e seriamente disfuncional. Períodos de relacionamento satisfatório são raros.

1.(1-20) As rotinas interacionais são poucas (p.ex., não há horários combinados de refeições, sono ou período de vigília); os membros da casa freqüentemente não sabem onde os outros estão, ou o que esperar uns dos outros; a comunicação é repetidamente atrapalhada por mal-entendidos e falta de atenção no que os outros dizem.

Responsabilidades pessoais e geracionais não são reciprocamente aceitas e reconhecidas. Os limites da unidade interacional como um todo e dos subsistemas não podem ser identificados ou respeitados. Pessoas, nessa relação, podem fisicamente ameaçar, agredir ou sexualmente atacar umas às outras.

O desespero e o cinismo são francos; pouca atenção é prestada às necessidades emocionais dos outros; quase não existe sentimento de pertencimento, ligação ou preocupação com o bem-estar uns dos outros.

SUMA: A unidade interacional tornou-se excessivamente disfuncional para garantir a continuidade de contato e ligação.

0. Informação inadequada.

ESCORE ATUAL _____
 MAIS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____ (por alguns meses)
 MENOS COMPETENTE NO ANO PASSADO _____
 NO INÍCIO DO TRATAMENTO _____

Adequação da escala (marque uma das opções)

1. não aplicável
2. difícil (caso compatível com dois ou mais níveis)
3. pobre (possível, mas as características principais do caso não combinavam)
4. bastante boa
5. muito boa
6. informação inadequada para classificar

Comente livremente a impressão que essa família lhe deixou: