

**ESTRESSE, AUTO-EFICÁCIA E O CONTEXTO DE ADAPTAÇÃO FAMILIAR
DE MÃES DE PORTADORES DE TRANSTORNOS GLOBAIS DO
DESENVOLVIMENTO**

Carlo Schmidt

**Dissertação de mestrado, sob Orientação da Prof^a. Dr^a. Cleonice Alves Bosa,
apresentada como exigência parcial para obtenção de grau de Mestre em Psicologia
do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.**

Porto Alegre, maio de 2004.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Cleonice Alves Bosa, meu profundo agradecimento pela cooperação, paciência, compartilhamento e incentivo intensos, tanto na condução deste estudo como na minha formação acadêmica e profissional gerais.

Às mães da amostra que colaboraram ativamente e sem as quais este trabalho não seria possível.

Aos meus pais, Donato e Irene, que acompanharam junto comigo este período de crescimento, apoiando, torcendo e incentivando cada pequena vitória. Ao Serje e à Cristina pelas “supervisões” estatísticas e pelo precioso tempo dispensado. Meus agradecimentos eternos.

À minha querida família, Luciana João, Laura e a toda família d’Utra pela paciência e compreensão das minhas freqüentes ausências nos nossos programas de lazer, necessárias para a construção desta dissertação.

A todos os membros do grupo de pesquisa NIEPED, em especial a Sara, Cristina Hugo, Vanessa Gomes, Carla Kreutz e Francesca Di Napoli, fiéis companheiras nessa caminhada.

Aos professores do Instituto de Psicologia da UFRGS que apostaram na minha competência, Rita Sobreira Lopes, Cesar Piccinini, Tânia Sperb, e, especialmente à prestímosa colaboração da Prof^a. Débora Dall’Bosco.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	04
Resumo	05
Abstract	06
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	08
1.1 A Evolução no Conceito dos Transtornos Globais do Desenvolvimento	08
1.1.1 Autismo como psicose	08
1.1.2 Autismo como Transtorno Global do Desenvolvimento	09
1.1.3 A noção de espectro autista	13
1.2. Transtornos Globais do Desenvolvimento e Estresse na Família	13
1.3. Estresse e Auto-eficácia	22
1.4. Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde	25
1.5 Justificativa, Objetivos e Hipóteses do Estudo	30
CAPÍTULO II: MÉTODO	33
2.1. Delineamento	33
2.2 Participantes	33
2.3 Instrumentos	33
2.4 Procedimentos	35
2.5 Tratamento dos Dados	36
2.5.1 Análise das Entrevistas	36
2.5.2 Análise das Estratégias de Coping	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	38
3.1 Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes	38
3.2 Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada	44
3.3 Escala de Auto-Eficácia	44
3.4 Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp	45
3.5 Correlação entre Escalas de Sintomas de Estresse e Auto-Eficácia	46
3.6 Análise das Entrevistas	46
3.7 Principais Dificuldades e Estratégias de Coping	59
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO	63
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
CAPÍTULO VI: REFERÊNCIAS	76
ANEXO A: Termo de consentimento livre e esclarecido	86
ANEXO B: Ficha sobre Dados Demográficos, Dados sobre o portador de TGD e Identificação de Estressores	87
ANEXO C: Breve entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (M.I.N.I.)	90
ANEXO D: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	91
ANEXO E: Escala de Auto-Eficácia	92
ANEXO G: Entrevista sobre o impacto dos TGD's na Família	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	38
<i>Frequências e Porcentagens das Informações Sociodemográficas das Mães</i>	
Tabela 2	39
<i>Frequências e Porcentagens das Informações sobre Consultas Médicas e Uso de Medicação</i>	
Tabela 3	40
<i>Frequências e Porcentagens das Informações sobre o Tipo de Apoio e Orientação Percebidos</i>	
Tabela 4	40
<i>Frequências e Porcentagens das Informações Sociodemográficas dos Pais</i>	
Tabela 5	41
<i>Frequências e Porcentagens das Informações sobre os Irmãos</i>	
Tabela 6	42
<i>Frequências e Porcentagens das Informações Clínicas e de Desenvolvimento do Portador de TGD</i>	
Tabela 7	43
<i>Frequências e Porcentagens do Nível de Funcionamento Global do Portador de TGD</i>	
Tabela 8	43
<i>Porcentagens dos Cuidados prestados pelos Responsáveis</i>	
Tabela 9	44
<i>Presença de Distúrbios Psiquiátricos</i>	
Tabela 10	45
<i>Frequências e Porcentagens das Categorias e Níveis de Auto-Eficácia</i>	
Tabela 11	46
<i>Frequências e Porcentagens da Presença, Fase e Predomínio dos Sintomas de Estresse</i>	
Tabela 12	47
<i>Frequências e Porcentagens da Presença de cada categoria e subcategoria</i>	
Tabela 13	60
<i>Frequências e Porcentagens das Principais Dificuldades do Portador de TGD</i>	
Tabela 14	61
<i>Estratégias de Coping</i>	
Tabela 15	62
<i>Frequências e Porcentagens das Dificuldades e Estratégias de Coping</i>	

RESUMO

Os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) caracterizam-se pelo comprometimento severo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas (DSM-IV-Tr, 2002). As características próprias do comportamento, somadas à severidade do transtorno podem constituir estressores em potencial para familiares e/ou cuidadores. A análise da literatura revelou que esse tema tem sido abordado com base, principalmente, em modelos de déficit, os quais focalizam, predominantemente, a psicopatologia familiar. O Modelo Biopsicossocial de Adaptação à Doença Crônica de Bradford (1997), pode ser útil na compreensão dos transtornos do desenvolvimento, pois chama a atenção para a interação entre alguns fatores: Crenças sobre saúde, apoio social, padrões de interação e comunicação familiar e estratégias de *coping*. Este estudo investiga as possíveis relações entre auto-eficácia materna e estresse em mães de indivíduos portadores de TGD, tendo como hipótese a correlação negativa entre as variáveis. Participaram deste estudo 30 mães com filhos portadores de TGD, com idades variando de 30 a 56 anos, cujos filhos tinham diagnóstico de TGD e idades que variam de 12 a 30 anos. Também foram examinadas a visão materna acerca do suporte social recebido, preocupações e dificuldades para lidar com o filho, estratégias de *coping*, crenças e relacionamento entre os membros da família. Os resultados revelaram altos níveis de estresse materno e altos níveis de auto-eficácia materna, porém não foi encontrada correlação entre estes. A análise qualitativa das entrevistas revelou, entre outros aspectos, que a qualidade do relacionamento familiar, rede de apoio social e estratégias de *coping* são mediadores do efeito do TGD sobre o estresse materno. Os dados corroboram as premissas do metamodelo de Adaptação Familiar à Doença Crônica ao demonstrar que a presença de um membro com TGD na família não representa necessariamente um evento adverso para as mães, desde que exista uma mediação por parte do suporte social, percepção e identificação dos recursos intra e extrafamiliares, estratégias efetivas de *coping* e qualidade oferecida pelos sistemas de saúde, sendo particularmente importante, a qualidade das relações familiares.

Palavras-chave: Transtornos globais do desenvolvimento; Estresse familiar; Auto-eficácia.

ABSTRACT

The Pervasive Developmental Disorders (PDD) has been described as a severe developmental disorder that presents deficits in three areas: abilities of reciprocal social interaction, communication abilities, and repetitive behaviors and interests (DSM-IV-Tr, 2002). The own characteristics of the behavior, added to the severity of the disorder can be potential stressors for family and/or caregivers. The literature review shows that it has been approached, mainly, based on the “deficit models”, which focalize, predominantly, the family’s psychopathology. It is argued that the Bradford’s Biopsicossocial Adaptation to Chronic Illness Model (1997), can be useful in the understanding of the developmental disorders, because it claims attention for the interaction among some important factors: Health beliefs, social support, interaction patterns, family communication and *coping* strategies. The main proposal of this study is to investigate the possible relationships between parental self-efficacy and stress in mothers of children with TGD. It is also examined the maternal perception concerning the received social support, concerns and difficulties to deal with the son, *coping* strategies, beliefs and relationship among family members. The results points high maternal stress levels and high levels of parental self-efficacy, however it was not found negative correlation between them. The qualitative analysis shows that the quality of the family relationship, net of social support and *coping* strategies are mediators of the effect of TGD upon maternal stress. The data corroborate the premises of the Biopsicossocial Adaptation to Chronic Illness Model, when demonstrating that the presence of a member with TGD in the family doesn’t necessarily represent an adverse event for mothers, since a mediation exists by social support, perception and identification of the intra and extrafamilial resources, effective strategies of *coping* and systems of health quality, being particularly important, the quality of the family relationships.

Key-Words: Transtornos Pervasive Developmental Disorders (PDD); Family stress; parental self-efficacy.

Benção de mãe...
(ao filho autista)

“Falarás,
Por pedaços, aos poucos,
Enchendo de luz meu coração
Que agoniza...
Não pela falta da tua voz
Mansa e querida,
Mas pela distância que ela fecunda entre nós...
Quero poder ouvir além dos teus sorrisos
E gemidos, teus sentimentos, teus pensamentos,
Tuas ações...
Preciso que me escutes e me compreendas,
Para que exista um elo infinito entre nós dois...

Abençoado sejas,
Para todo o sempre,
Eu te abençôo com meu interior,
Força e luz que te deu a vida...
Nada te faltará, nada falhará contigo,
Pequeno ser que cresce amigo,
Bondoso e feliz...

Te amo,
E sei que este amor é bem recíproco,
Olhos nos olhos,
Em algumas vezes eu te encontro;
E como é linda a tua vida,
Que escondes tanto...”

(Eliane Sgária Friedrich, 2000)

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1 A Evolução no Conceito dos Transtornos Globais do Desenvolvimento

1.1.1 Autismo como psicose

As primeiras publicações a respeito da síndrome do autismo foram de autoria do psiquiatra austríaco Leo Kanner em 1943, denominando-a inicialmente de “distúrbio autístico do contato afetivo”. Logo depois, esse termo foi substituído por “autismo infantil precoce” (Kanner, 1944). Kanner descreveu o caso de 11 crianças que apresentavam um quadro clínico único, por ele considerado raro, no qual o comprometimento fundamental era a incapacidade para relacionamentos com pessoas e situações, desde o início da vida. Estas crianças demonstravam ausência de movimento antecipatório, falta de aconchego ao colo e alterações importantes na linguagem como repetição automática, descontextualização no uso de palavras, ecolalia imediata e tardia e inversão pronominal. Apresentavam ainda distúrbio na alimentação, atividades e movimentos repetitivos, resistência à mudança (*sameness*) e limitação da atividade espontânea (Kanner, 1943).

É importante ressaltar que Kanner (1971) ainda relacionava a natureza básica do Autismo à da Esquizofrenia Infantil, levantando a possibilidade deste ser uma manifestação precoce de Esquizofrenia Infantil. Quase 30 anos depois de sua primeira publicação, Kanner manteve o quadro de Autismo Infantil dentro do grupo nosológico das Psicoses Infantis (Kanner, 1971).

Estas primeiras idéias ainda destacaram como denominador comum aos 11 casos, os altos níveis de inteligência e sociocultural dos pais das crianças avaliadas, bem como obsessividade e certa frieza nas relações entre casais e pais e filhos. No entanto, Kanner logo questionou o papel da psicopatologia parental como possível etiologia do autismo, ressaltando a dificuldade em se atribuir todo o quadro exclusivamente ao tipo de relações parentais precoces. Sua conclusão foi de que o autismo origina-se de uma incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas (Kanner, 1943).

1.1.2 Autismo como Transtorno Global do Desenvolvimento

Somente a partir da década de 1970 iniciam-se questionamentos a respeito da relação entre autismo e psicose. Desde Rutter (1979), o autismo passou a ser definido como síndrome comportamental decorrente de um quadro orgânico. Com isso, inicia-se uma mudança na abordagem do autismo, até então classificado como uma psicose infantil. A prevalência começou a ser dada aos déficits cognitivos, em relação aos déficits sociais, considerados como primários, ainda que se destacassem os comprometimentos da linguagem e comportamento social.

O conceito de autismo foi se modificando com base em estudos, os quais identificaram diferentes etiologias, graus de severidade e características específicas ou não usuais, deixando então de ser considerado um quadro único e para ser visto como uma síndrome. A tendência nas definições atuais de autismo é a de conceituá-lo como uma síndrome comportamental, de etiologias múltiplas, que compromete o processo do desenvolvimento infantil (Facion, Marinho & Rabelo, 2002; Gillberg, 1990; Rutter, Taylor & Hersov, 1996).

Atualmente, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), os Transtornos Globais do Desenvolvimento caracterizam-se pelo comprometimento severo e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas. Nessa classificação estão incluídas cinco categorias diagnósticas: Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outra Especificação, sendo o autismo o transtorno prototípico desta categoria.

O diagnóstico de autismo é considerado atualmente como um dos mais robustos na categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, com uma sensibilidade de 0,82 e uma especificidade de 0,87 (Volkmar, Klin & Siegel, 1994). Dos quase 1000 casos de autismo diagnosticados de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994), apenas 163 não preencheram todos os critérios para o transtorno autista, sendo então classificados como autismo atípico (Tanguay, 2000).

A prevalência de autismo em estudos epidemiológicos é de aproximadamente 15 casos por 10.000 indivíduos, com relatos de taxas variando de 2 a 20 casos por 10.000 (APA, 2002; Salle, Sukiennik, Salle, Onófrio & Zuchi, 2002). No Brasil estima-se a existência de aproximadamente 600.000 pessoas afetadas pelo autismo (Associação Brasileira de Autismo, 1997). Estudos com gêmeos sugerem que os genes são a base desta

patologia, já que a concordância entre gêmeos monozigóticos é de 69 a 98%, enquanto que entre gêmeos dizigóticos é similar ao risco de recorrência entre os outros irmãos (Barea, Millá & Polaczyk, 2000).

Quanto à análise cromossômica, apesar de 2 a 5% dos indivíduos com síndrome do X frágil apresentarem sintomas de autismo, estudos recentes mostram que não existe um efeito genético do cromossomo X que cause autismo (Tanguay, 2000). Estudos provenientes da neurociência comportamental, farmacologia e da genética realizados nesta última década têm convergido quanto a indicativos do envolvimento da serotonina em muitos dos sintomas do autismo (Cook & Leventhal, 1996, citado em Tanguay, 2000). Sabe-se que a serotonina circula pelo sangue através das plaquetas, porém, apesar do alto número de estudos sobre este assunto, não foram encontradas respostas que explicassem o aumento dos níveis de serotonina nas plaquetas em portadores de autismo.

Sabe-se que 20 a 50% das crianças com autismo apresentam anormalidades no exame de eletroencefalograma (EEG) (Leão & Aguiar, 2002). Poucos estudos sobre EEG foram relatados nesta última década, sendo que os que apareceram não acrescentaram muito ao que já é conhecido (Tanguay, 2000). De modo geral, estudos neurobiológicos mostram que os fatores genéticos desempenham um papel fundamental na etiologia do autismo, podendo auxiliar significativamente na compreensão dos mecanismos de transmissão e da patogênese deste transtorno.

O comprometimento da interação social é caracterizado por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas. Podem-se observar dificuldades na espontaneidade, imitação e jogos sociais, bem como uma inabilidade em desenvolver amizade com seus companheiros; comprometimento acentuado no uso de comportamentos verbais e não-verbais, além da falta de reciprocidade social e emocional (Assumpção Jr., 1997; Bosa, 2001; Facion & cols., 2002; Rutter & cols., 1996).

A compreensão a respeito do desenvolvimento das interações sociais e emocionais de crianças durante os dois primeiros anos de vida tem sido alvo de intensas discussões nas últimas duas décadas. Tanguay (2000) descreve que as crianças já vêm ao mundo com um conjunto inato de tendências comportamentais que maximizam sua interação com seus cuidadores. As crianças, a exemplo de outros primatas, emitem várias expressões faciais inatas e universais (Izard, 1994), também conseguindo discriminar o rosto de sua mãe de outras pessoas estranhas (Field, Cohen, Garcia & Greenberg, 1984). Quando uma mãe interage com seu filho através de gestos, linguagem corporal e expressões faciais, a criança também aprende a responder com seu próprio conjunto de comportamentos comunicativos

não verbais. Crianças com autismo tendem a mostrar dificuldades no engajamento destas atividades de comunicação social, bem como parecem não reconhecer o significado emocional e contextual das expressões faciais, gestos e comunicações não verbais de emoções (Baron-Cohen, Tager-Flusberg & Cohen, 1993; Hobson, 1986).

Quanto ao comprometimento das modalidades de comunicação, é relatado atraso na aquisição da fala, uso estereotipado e repetitivo da linguagem e uma incapacidade em iniciar e manter uma conversação. Acrescentam-se ainda outras características como a inversão pronominal (falar sobre si na terceira pessoa), a ecolalia imediata e a ecolalia diferida (Assumpção Jr., 1995; Bosa, 2001; Rutter & cols., 1996).

O terceiro item da tríade de comportamentos refere-se aos padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades. Estes podem ser manifestados através da adesão inflexível a rotinas e rituais específicos, não funcionais, e pela preocupação persistente com partes de objetos. Além destes sintomas, observa-se insistência na mesmice, bem como a manifestação de sofrimento e resistência frente a mudanças (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), os sintomas se fazem presentes antes dos 36 meses de idade. Não existe, em geral, um período de desenvolvimento inequivocamente normal, embora em 20% dos casos os pais tenham descrito um desenvolvimento relativamente normal por 1 ou 2 anos. Nestes casos, os pais podem relatar que a criança falou algumas palavras e depois as perdeu ou que seu desenvolvimento pareceu se estagnar. Esse quadro é associado à deficiência mental em 65 a 90% dos casos, e poucos indivíduos apresentam QI acima de 80. É de consenso que a maioria dos casos (mas não todos) que apresenta a tríade em grau severo, mostra os primeiros sintomas logo no início da vida.

A partir da análise feita por Baptista e Bosa (2002), percebe-se uma controvérsia histórica envolvendo a distinção entre autismo, esquizofrenia e psicose nos diferentes sistemas de diagnóstico. As primeiras edições do CID (Classificação Internacional de Doenças/ Organização Mundial de Saúde) não fazem menção ao autismo, até que a oitava edição o traz como uma forma de esquizofrenia, sendo na nona, agrupado como psicose infantil. Na década de 1980 é retirado da categoria de psicoses no DSM-II-R (APA, 1989) e no DSM-III (APA, 1980), bem como na CID-10 (OMS, 1993), quando passa a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento. O DSM-IV trouxe o transtorno autista como transtorno invasivo do desenvolvimento juntamente com os transtornos desintegrativos,

Síndrome de Rett e Síndrome de Asperger. Por outro lado, a classificação francesa (Misés, 1990) define o autismo como psicose, apenas separando o autismo “tipo Kanner” das “outras formas de autismo infantil”, deficiência mental, demência e distúrbios complexos da linguagem oral. De forma similar, o Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP, 1990) enquadra o autismo nos transtornos psicóticos, sendo denominado “autismo infantil precoce”.

Estas mudanças mostram que embora exista uma preocupação em estabelecer critérios rigorosos na CID e no DSM, existem posicionamentos contrários. Assumpção Junior (1995) avalia que os sistemas de classificação enfatizam os déficits cognitivos do desenvolvimento, enquanto a classificação francesa e o GAP fundamentam-se mais nos déficits afetivos. Seja a síndrome do autismo classificada como transtorno do desenvolvimento ou como psicose, conclui-se que existe um comprometimento precoce que afeta o desenvolvimento como um processo e, conseqüentemente, a personalidade.

A Síndrome de Asperger, apesar de também apresentar “o trio sintomático”, é considerada uma variante do autismo de "alto nível de funcionamento", isto é, com os sintomas apresentando-se num grau mais leve (Gauderer, 1997). Essa síndrome é geralmente associada a níveis de QI mais altos que o autismo (porém, em cerca de 20% dos casos identificados há deficiência mental de grau variado) sendo que, muitas vezes, os sintomas não são reconhecidos até a criança atingir a idade escolar (APA, 2002; Camargos Jr., 2002).

O Transtorno de Rett, por sua vez, encontra-se tipicamente associado à deficiência mental severa ou profunda, com múltiplos déficits específicos na coordenação da marcha, movimentos do tronco e linguagem expressiva ou receptiva. A esfera da interação social pode desenvolver-se tardiamente. Uma característica diferencial importante deste transtorno é o fato de ser diagnosticado apenas no sexo feminino (APA, 2002; Pereira, 2002).

O Transtorno Desintegrativo da infância ocorre quando se evidenciam mudanças comportamentais e regressões importantes após os dois anos de idade de desenvolvimento normal. Esse transtorno difere do autismo quanto à perda das habilidades motoras e pela ausência de padrões de comportamentos estereotipados mais complexos (APA, 2002).

Por último, o diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação é usado quando existe um comprometimento grave e global do desenvolvimento e da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não verbal, ou na presença de estereotípias de comportamento, interesses e atividades,

sem que sejam satisfeitos os critérios para um transtorno global do desenvolvimento específico, esquizofrenia, transtorno de personalidade esquizotípica ou transtorno de personalidade esquiva. Esta categoria inclui, por exemplo “Autismo Atípico” – apresentações que não satisfazem os critérios para transtorno autista em vista da idade tardia de seu início, quadros com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima (APA, 2002).

1.1.3 A noção de espectro autista

No estudo de Wing e Gould (1979), em que 35 mil crianças foram avaliadas, os autores concluíram que as características até então descritas como típicas do autismo formam uma tríade - “Tríade de Wing”. Do mesmo modo que o CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV-TR (APA, 2002), a tríade é marcada pelo comprometimento nas áreas social, comunicação e atividades imaginativas (Wing & Gould, 1979). Os autores postularam que a “síndrome de Kanner”, na verdade, fazia parte de um *continuum* ou *spectrum* de desordens autísticas, propondo a utilização da terminologia “espectro autista” para se referir a uma vasta gama de patologias que têm como característica comum o déficit qualitativo na tríade de comprometimentos (linguagem, comunicação social e imaginação). Com base nessa noção, o autismo seria o protótipo desses déficits. É descrito que para o diagnóstico de autismo seria necessário e suficiente um comprometimento intrínseco no desenvolvimento quanto à habilidade para o engajamento na interação social recíproca. Esse comprometimento poderia ocorrer isoladamente, mas frequentemente vem acompanhado por dificuldades em outras funções psicológicas. Desta forma, o termo *continuum* diz respeito a um conceito que representa mais do que uma simples escala de severidade, que vai do mais leve ao mais severo, cuja complexidade pode afetar constituir-se em um estressor em potencial, afetando o funcionamento familiar.

1.2 Transtornos Globais do Desenvolvimento e Estresse na Família

Gomes (2002), ao realizar uma revisão sobre o conceito de estresse, coloca que o termo vem sendo bastante utilizado pelo senso comum para designar estados emocionais intensos, geradores de tensão. Conforme Hocke (1995), o estresse pode ser conceituado como uma forma extrema de emoção. O medo, a raiva, a tristeza e até mesmo a alegria podem produzir estresse no indivíduo, quando experienciado de forma extrema.

Na verdade, a palavra *stress* tem suas origens históricas no latim e pode ser entendida como “tensão” (Lipp, 1984). No século XIV esse termo foi utilizado para

designar adversidade, aflição e sofrimento, sendo mais tarde empregado no contexto das ciências físicas. Contudo, a sua definição sistemática ocorreu somente no início do século XIX, quando as ciências médicas começaram a conceber o estresse como sendo a base da enfermidade (Lazarus & Folkman, 1984).

Hans Seyle é concebido como um dos pioneiros no estudo das reações do organismo ao estresse. O autor define estresse como uma organização das defesas do organismo contra estímulos nocivos, consistindo de reações e processos fisiológicos universais criados por uma demanda externa (estressores). Esta reação foi denominada por ele de Síndrome Geral de Adaptação, englobando, por sua vez, três tipos de respostas: o alarme, a resistência e a exaustão (Lazarus & Folkman, 1984).

No primeiro estágio, o organismo prepara-se para uma reação de luta-e-fuga, desencadeando sensações físicas tais como taquicardia, hiperventilação e tensão muscular. No estágio da resistência, o organismo busca reparar os danos causados pelo estresse, tentando restaurar a homeostase interna. Caso esta tentativa não obtenha êxito, o organismo pode ingressar no terceiro estágio, em que a exaustão faz com que as reações tornem-se extremamente nocivas, podendo conduzir a doenças mais graves (Seyle, 1936, citado em Lazarus & Folkman, 1984).

Seyle publicou seus artigos no *Annual Report of Stress* (Seyle, 1950, 1951, 1956; citado em Lazarus & Folkman, 1984), reunindo, a partir de 1956, seus estudos no livro *The Stress of Life*, introduzindo este conceito nas ciências do comportamento humano. Além de Seyle, o advento da II guerra mundial também abriu caminho para outras teorizações sobre o estresse no meio científico, principalmente no campo das diferenças individuais, aparecendo no índice do periódico *Psychological Abstracts*, em 1944.

Desde 1960, o estresse vem sendo reconhecido como um aspecto inevitável da condição humana, não podendo ser compreendido apenas como uma única variável, mas como uma ampla gama de processos envolvidos (Lazarus, 1966). A definição de estresse nos trabalhos posteriores de Lazarus e Folkman (1984), enfatiza a relação entre a pessoa e o ambiente, levando-se em conta por um lado as características da pessoa e por outro a natureza do evento ambiental. Conseqüentemente, o estresse psicológico se constitui como a relação entre ambiente e pessoa, sendo esta avaliada pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus limites e ameaçando o bem-estar.

O estudo de Atkinsons, Atkinsons, Smith e Bem (1995) salienta que uma das características mais importantes acerca da experiência do estresse é a poderosa influência dos componentes psicológicos, pois cada pessoa pode mostrar diferenças individuais

acentuadas em suas reações ao estresse, dependendo de fatores como o controle, a previsibilidade e a extensão com que estes eventos desafiam os limites de suas capacidades. Deste modo, as pessoas diferem individualmente quanto ao grau em que avaliam o mesmo evento dentro destes fatores, sendo que esta avaliação influencia, em grande parte, o grau de estresse percebido. Contudo, além das diferenças com que cada pessoa avalia os eventos como mais ou menos estressantes, existem algumas características próprias dos eventos que também podem levar estes a serem considerados como mais ou menos estressantes.

Conforme Atkinsons e colaboradores (1995), as categorias de eventos concebidos como mais estressantes são os eventos traumáticos, os eventos incontroláveis, os eventos imprevisíveis, os eventos que desafiam os limites de nossas capacidades e conflitos internos. Os eventos traumáticos referem-se a situações de perigo extremo, situadas fora da faixa de experiências humanas habituais, tal como desastres, acidentes automobilísticos, guerras, terremotos, ataques físicos ou estupros. Quanto à falta de controle sobre os eventos, Atkinsons e colaboradores citam que “... quanto mais incontrolável um evento parece, mais provavelmente será percebido como estressante” (p. 459). Eventos incontroláveis importantes incluem, por exemplo, demissão do emprego, uma doença séria ou a morte de alguém amado, sendo estes considerados estressantes. Os eventos imprevisíveis, por sua vez, tornam-se eventos potencialmente estressantes pela incapacidade do indivíduo em prever sua ocorrência. Atkinsons e colaboradores (1995), citando os estudos de Abbott, Schoen e Badia (1984), afirmam que experiências laboratoriais mostram que tanto homens quanto animais preferem eventos aversivos previsíveis aqueles imprevisíveis.

As características próprias do comportamento de portadores de autismo, somadas à severidade do transtorno, podem constituir estressores em potencial para familiares. As crianças com autismo, enquanto portadoras de uma condição crônica, enfrentam dificuldades importantes no que tange à realização de tarefas comuns, próprias a sua fase de desenvolvimento. Isto porque as características clínicas da síndrome afetam as condições físicas e mentais do indivíduo, aumentando a demanda por cuidados e, conseqüentemente, o nível de dependência de pais e/ou cuidadores.

A família destas crianças, por sua vez, se vê frente ao desafio de ajustar seus planos e expectativas futuras às limitações da condição, além da necessidade intransponível de adaptar-se a intensa dedicação e prestação de cuidados das necessidades específicas do filho (Breslau & Davis, 1986; Bristol & Schopler, 1984; DeMyer, 1979; Gallagher,

Beckman & Cross, 1983; Gath, 1977; Gauderer, 1997; Harris, 1983; Richman, 1977). Dessa forma, ter um membro com autismo na família pode ser um evento traumático, a medida em que constitui um fenômeno incontrolável e imprevisível.

Vários estudos revelaram a existência de estresse agudo em famílias que possuem um membro com diagnóstico de autismo (Factor, Perry & Freeman, 1990; Perry, Sarlo-McGarvey & Factor, 1992). O estudo de Bristol e Schopler (1983) complementa estes dados, afirmando que os familiares de crianças com autismo apresentam padrões de estresse mais elevados do que famílias que possuem um filho saudável ou com síndrome de Down, sugerindo que o estresse parece ser influenciado por características específicas do autismo e não apenas por um comprometimento global do desenvolvimento. De fato, conforme apontado por estes autores, percebe-se uma inversão na ênfase histórica de pesquisas dos efeitos psicológicos do comportamento dos pais sobre a criança (Bettelheim, 1967; Eisenberg, 1956; Rank, 1949; Rutter, 1971) para pesquisas dos efeitos psicológicos do comportamento das crianças sobre os pais. Estes dados podem ser complementados pelo estudo epidemiológico de Lecrubier, Boyer, Lépine e Weiller (2002) que encontrou altas taxas de depressão (68%) e ansiedade generalizada (28%) em cuidadores de crianças com autismo do oeste europeu e países em desenvolvimento. Os autores atribuem os fatores que explicariam estas taxas às importantes dificuldades sociais e à presença de eventos estressantes que “explicariam” a depressão nos cuidadores.

As pesquisadoras canadenses Konstantareas e Homatidis (1989), realizando uma breve revisão histórica sobre a questão do estresse em familiares de crianças com autismo, citam Holroyd, Brown, Wilker e Simmons (1975) como os primeiros a investigar o tema, utilizando um instrumento composto de 285 questões de verdadeiro-falso e entrevistas clínicas, relatando níveis consideráveis de estresse em 29 famílias. Subseqüentemente, um estudo de Holroyd e McArthur (1976) revelou maiores níveis de estresse geral em pais de crianças com autismo, quando comparados a pais de crianças com deficiência mental ou egressas de clínicas psiquiátricas.

Alguns anos depois, DeMyer (1979) relatou exaustivamente seu trabalho com 33 famílias de crianças com autismo em comparação a um grupo controle, cuja média de idade dos participantes do estudo era de quatro anos. Os resultados demonstraram presença de tensão física e psicológica em mães de crianças com autismo, culpa em 66% destas e incertezas quanto a habilidades maternas em 33%. Neste estudo, os pais também se mostraram acometidos, porém de modo indireto, através das reações e do sofrimento de suas esposas por ter um filho com autismo. A partir de então, iniciam-se questionamentos a

respeito das diferenças entre pais e mães de crianças com autismo com relação ao manejo do estresse inerente à sua situação.

Milgram e Atzil (1988) estudaram os diferentes papéis desempenhados por pais e mães de crianças com autismo em Tel-Aviv. Os resultados demonstram que as mães tendem a apresentar maior risco de crise e estresse parental que os pais, devido à sua pesada tarefa com os cuidados maternos diretos. Conforme estes autores, existe uma expectativa social de que as mães tomem para si os cuidados da criança, assumindo-os mais do que os pais. Contudo, é mencionado o sentimento de desamparo destas pela falta de suporte dos maridos, manifestando o desejo de que eles assumam uma responsabilidade conjunta sobre os cuidados do filho.

Estes resultados são corroborados pelo estudo de Konstantareas e Homatidis (1989), em que foi examinado o nível de suporte conjugal disponível a mães e pais de crianças com autismo. Através de entrevistas semi-estruturadas, foram agrupados hierarquicamente os principais tipos de suporte desejados pelas mães, de seus cônjuges, sendo estes: 1) providenciar maior alívio materno quanto aos cuidados da criança com autismo; 2) assumir maior responsabilidade disciplinar para com o filho; 3) obter ajuda paterna de forma espontânea, sem a necessidade de solicitações contínuas.

Milgram e Atzil (1988), também descrevem o papel dos pais, que em contraposição às expectativas das mães, consideram justa sua menor participação nos cuidados gerais da criança, devido ao peso de suas responsabilidades financeiras e ocupacionais já desempenhadas junto à família. Porém, outros estudos revelam que estas responsabilidades tendem a acarretar tensão emocional e financeira significativas, conseqüentemente dificultando a contribuição destes para com os cuidados da criança (Bristol & Gallagher, 1986; DeMyer, 1979; Price-Bonham & Addison, 1978, citados em Milgram & Atzil, 1988).

Mais recentemente, Bristol e Schopler (1983) relataram os achados de uma pesquisa não publicada de Bristol (1979), em que reafirmam que o grau de dependência, incapacidades cognitivas e as dificuldades nas características de personalidade da criança com autismo resultavam em maior estresse parental (Bristol & Schopler, 1983). Conforme Konstantareas e Homatidis (1989), tais dados conduzem mais a tentativas do que a informações conclusivas sobre a questão do estresse em familiares de sujeitos com autismo.

No início dos anos 1990, levantou-se a hipótese de que pudesse existir um padrão particular de áreas que influenciasses o estresse em pais de crianças com autismo. Koegel

e colaboradores (1992) buscaram explorar melhor este tema. Para avaliar a consistência destes padrões de estresse, 50 famílias oriundas de várias regiões geográficas dos Estados Unidos e Alemanha preencheram o QRS - *Questionnaire on Resources and Stress* (Holroyd, 1974), levando em conta também o nível de funcionamento (QI) e a idade dos indivíduos (entre 3 e 31 anos). A correlação para mães de crianças com autismo em cada uma das três localidades geográficas mostrou-se bastante alta e estatisticamente significativa ($p < 0,01$). O coeficiente de correlação entre o grupo da Califórnia (Santa Bárbara e São Diego) e o grupo da Alemanha foi de 0,93. Para o grupo da Califórnia *versus* o grupo Apalache (Kentucky, West Virginia e Ohio) a correlação foi de 0,95. Por último, entre o grupo da Alemanha e o grupo Apalache a correlação foi de 0,88. Os resultados sugerem a existência de um perfil característico de estresse para pais de crianças com autismo, mostrando uma constância relativa entre famílias de diferentes localidades geográficas.

Dentre os itens avaliados, o que mostrou maior consistência quanto ao estresse em pais e mães foram as preocupações relativas ao bem-estar de seus filhos quando os mesmos não puderem mais prover seus cuidados. Estas preocupações subdividem-se em: 1) preocupação com o futuro de seu filho; 2) dificuldades cognitivas e habilidades de funcionamento independente da criança; e 3) aceitação em sua comunidade. Consistente com os achados de outros pesquisadores (Bristol & Schopler, 1983; Holroyd & McArthur, 1976), estes resultados sugerem que o convívio e os cuidados contínuos prestados a crianças com autismo se mostra como um poderoso estressor que age sobre a vida destas famílias de modo muito característico.

A identificação de fontes específicas de estresse em familiares de pessoas com Transtornos Globais do Desenvolvimento também foi foco de interesse de Perry e colaboradores (1992). Os autores encontraram níveis de estresse mais elevados em familiares de crianças portadoras da Síndrome de Rett quando comparados a grupos controle. Os resultados mostraram que os pais de meninas com síndrome de Rett experienciam maior estresse em relação aos seus sentimentos de apego para com suas filhas, isolamento social e problemas de saúde do que o grupo controle. A justificativa dos autores é de que os níveis de estresse mais elevados, nesta população em particular, se devem ao fato de seus filhos apresentar incapacidades graves, necessitando de cuidados intensos durante toda a vida. Dessa forma, a cronicidade da desordem deixa poucas expectativas quanto a melhorias de tratamento. Além disso, a criança aparenta ser saudável quando bebê, criando expectativas nos pais, que são posteriormente destruídas.

Embora grande parte da literatura mostre evidências de maiores níveis de estresse em familiares de crianças com transtornos no desenvolvimento (Koegel & cols., 1992; Perry & cols., 1992), outras pesquisas abordam este assunto sob outra ótica. Conforme Konstantareas, Homatidis e Plowright (1992), as dificuldades das crianças com algum transtorno do desenvolvimento podem ser consideradas apenas como um estressor em potencial, podendo estes pais sofrer ou não os efeitos de um estresse real. Para estes autores, os efeitos das dificuldades próprias destes transtornos sobre os pais vão depender de uma complexa interação entre a severidade das características próprias da criança e características de personalidade dos pais, bem como a disponibilidade de recursos comunitários e sociais.

De acordo com Bristol e Schopler (1983), na área da sociologia têm-se procurado desenvolver modelos de avaliação que identifiquem fatores predisponentes a crises familiares face ao estresse. Hill (1949) já havia chamado a atenção para a necessidade de um modelo compreensivo de estresse familiar, que levasse em conta a avaliação dos recursos familiares disponíveis. De forma similar, Konstantareas e colaboradores (1992) sugerem uma avaliação sistemática do estresse percebido, por exemplo, enfocando a forma como estes pais encontram-se frente à necessidade de lidar com a alta demanda de cuidados solicitados por seus filhos, às reações negativas da comunidade, aos limitados recursos de apoio que podem contar ou sentimentos diante de possíveis renúncias quanto à carreira profissional.

Um estudo anterior, destas mesmas autoras (Konstantareas & Homatidis, 1989), buscou investigar o estresse familiar percebido, a partir de três aspectos: as características da criança, características de personalidade dos pais e recursos de *coping*. Os objetivos foram: 1) identificar a forma como pais e mães avaliam a presença e o grau de expressão de 14 sintomas-chave de autismo em seu filho; 2) avaliar o quão sintomático os pais percebem seu filho, clareando a relação entre severidade do sintoma e estresse; 3) avaliar o estresse em função de cada sintoma para determinar possíveis diferenças quanto ao impacto destes em pais e mães; 4) avaliar como a severidade do sintoma e o estresse concomitante se relacionam com algumas características da criança; e 5) examinar os efeitos de outras características familiares (nível sócio-econômico, tamanho da família, suporte social) sobre os níveis de estresse.

Para tal, 44 famílias, que tinham filhos com autismo, participaram do estudo, sendo que a faixa de idade dos pais variava de 23 a 52 anos (média 37). Os pais preencheram uma escala *Likert* de 4 pontos que avalia o quanto estes se sentiam estressados acerca de

determinados sintomas do filho. Além disto, uma entrevista semi-estruturada buscou pontuar o grau de suporte social e dificuldades experienciadas ao lidar com agentes sociais e comunitários. Os filhos com autismo tinham idade entre 2 e 12 anos e foram diagnosticados através dos critérios do DSM-III (APA, 1980).

Quanto aos resultados, a percepção dos sintomas mostrou-se influenciada pela idade da criança, sendo as crianças mais novas (até 6 anos) vistas como menos sintomáticas pelos pais do que pelos clínicos. O estudo também identificou alto grau de concordância interparental quanto à avaliação da severidade dos sintomas, os quais foram hierarquicamente pontuados como: 1) pobreza na comunicação; 2) desigualdades nas habilidades cognitivas; 3) comprometimento no relacionamento humano.

No caso do estresse parental devido aos sintomas da criança, estes se mostraram compatíveis em relação à pontuação de pais e mães, porém enquanto o melhor preditor para o estresse paterno foi os comportamentos auto-abusivos (bater-se, arranhar-se, beliscar-se ou morder-se), para as mães foi a hiper-irritabilidade (grau de inquietude e comportamentos disfuncionais) e a idade mais avançada da criança (6 a 12 anos).

Pesquisas têm apresentado dados a respeito da natureza dos eventos causadores de estresse e das características próprias da criança com autismo que exercem um impacto sobre os familiares. Porém, deve-se considerar como parte integrante deste processo, as formas utilizadas pelos familiares para lidar com o estresse (*coping*). As emoções e a excitação fisiológica criada por situações estressantes são altamente desconfortáveis, motivando o indivíduo a fazer algo para seu alívio (Atkinsons & cols., 1995; Lazarus & Folkman, 1984).

O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes, sendo revisado periodicamente (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984). Estes autores identificam duas formas principais de *coping* (focalizada no problema ou na emoção). A primeira inclui estratégias de definição do problema, geração de soluções alternativas, comparação em termos de custos e benefícios, seleção e implementação da alternativa escolhida. Já a segunda, focalizada na emoção, objetiva desenvolver ações para controlar o estado emocional, bem como impedir que as emoções negativas afetem o engajamento em ações para a solução de seus problemas. O uso de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção depende de uma avaliação da situação estressora na qual o sujeito encontra-se envolvido (avaliação primária e avaliação secundária), refletindo ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com o estressor (Antoniazzi &

cols., 1998; Folkman, Lazarus, Dunkell-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Um ponto importante se refere às diferenças entre o *coping* e os mecanismos de defesa. Antoniazzi e colaboradores (1998) realizaram uma revisão teórica sobre o conceito de *coping*, concluindo que os comportamentos associados aos mecanismos de defesa são classificados como mais rígidos e inadequados com relação à realidade externa, originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes. Os comportamentos associados ao *coping*, por sua vez, podem ser classificados como mais flexíveis e propositais adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes. Além disto, as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas, enquanto os mecanismos de defesa inconscientes não intencionais (Ex.: negação, deslocamento, regressão) não podem ser considerados como estratégias de *coping*.

Quanto à eficácia das estratégias empregadas pelo indivíduo durante os episódios de *coping*, Beresford (1994) afirma que embora a avaliação da eficácia ou da adaptabilidade das estratégias de *coping* tenha se mostrado extremamente subjetivo, em muitas pesquisas, *coping* deve ser visto como independente do seu resultado positivo ou negativo. Deste modo, determinada estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa (Antoniazzi & cols., 1998).

Tunali e Power (1993) também abordaram a questão do estresse e *coping* em pais de crianças com transtornos do desenvolvimento. Conforme sua análise, quando um indivíduo se encontra em uma situação inevitável em que uma necessidade humana básica está ameaçada, esta exposição ao estresse pode “redefinir o preenchimento destas necessidades, desenvolvendo meios alternativos para alcançá-lo” (p. 950).

Baseado neste modelo, em um estudo posterior (Tunali & Power, 2002), os autores compararam as respostas de entrevistas de mães de crianças com e sem autismo a respeito de uma série de tópicos envolvendo suas vidas diárias. Os resultados não revelaram diferenças entre os grupos quanto a itens como ajuste psicológico, satisfação de vida ou satisfação conjugal. Contudo, os autores encontraram uma correlação positiva entre determinadas estratégias de *coping* e satisfação de vida, em mães de filhos com autismo. Por exemplo, as mães que apresentaram maior satisfação de vida, foram aquelas que tendiam a depositar maior ênfase na importância de “ser uma boa mãe” do que na carreira profissional; a passar a maior parte de seu tempo de lazer com familiares; a depositar menor ênfase no lazer individual e na opinião ou aprovação alheias a respeito dos

comportamentos de seus filhos; maior ênfase nos papéis e suporte parentais do que na intimidade conjugal e lazer compartilhado; maior tolerância à ambigüidade, tanto em relação a seus filhos quanto no geral. Essa correlação foi negativa para mães de crianças sem autismo.

Um estudo desenvolvido por Judge (1998) objetivou determinar as estratégias de *coping* que são preditivas do fortalecimento familiar (*family strengths*) em famílias de jovens com transtornos do desenvolvimento. Foram investigadas 69 pais, em sua maioria mães (88%), de crianças com transtornos do desenvolvimento através do WOC (*Ways of Coping Questionnaire*) de Lazarus e Folkman (1984). Os resultados mostraram que 58% dos pais utilizaram estratégias de *coping* focalizadas no problema e 42% utilizaram estratégias focalizadas na emoção. Os três tipos de estratégias de *coping* mais utilizadas foram: 1) concentração na próxima etapa, 2) aumento dos esforços para fazer as coisas funcionarem, e 3) criar significados positivos para tornar a experiência melhor. Além disto, a pesquisadora encontrou que os esforços comportamentais para escapar ou evitar o problema mostraram-se negativamente relacionados ao fortalecimento familiar, enquanto os esforços de *coping* parental direcionado à procura de apoio social estão positivamente relacionados ao fortalecimento familiar.

Os estudos apresentados mostram que os pais ou cuidadores de um indivíduo portador de autismo lidam diariamente com diversos estressores. Esta condição afeta todos os membros da família, causando estresse direta (Ex.: pobreza na interação social) ou indiretamente (Ex.: impacto financeiro). Os déficits típicos do autismo levam os pais a sentirem-se frustrados e incertos quanto às expectativas futuras sobre seu filho (Rodrigue, Morgan & Geffken, 1992). Conseqüentemente, emergem preocupações referentes ao bem-estar futuro, quando estes pais não puderem mais exercer os cuidados (Koegel & cols., 1992; Konstantareas, 1991). Além do mais, as dificuldades de manejo para lidar com características intrínsecas à síndrome do autismo acabam acarretando incertezas sobre a sua competência parental para lidar com seus filhos (Rodrigue & cols., 1992).

1.3 Estresse e Auto-eficácia

O conceito de auto-eficácia se refere ao quão confiante os pais se sentem em suas habilidades de lidar com os seus filhos (Johnston & Mash, 1989). Bandura (1977, 1995, 1997), a partir da perspectiva da aprendizagem social, define a auto-eficácia como o julgamento do sujeito sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Esse modelo tem sido bastante utilizado para compreender

comportamentos de proteção a saúde, tais como manejo de problemas comportamentais, prática de exercícios físicos, dieta adequada e controle do peso, uso de preservativos para prevenção de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e adesão a tratamentos como o alcoolismo (Leite, Draschler, Centeno, Pinheiro & Silveira, 2002). Esses estudos demonstram que a expectativa de auto-eficácia é o principal preditor de sucesso no desempenho desses comportamentos, sendo fundamentais para intervenção nesta área.

Existem alguns processos que são mediadores da expectativa de auto-eficácia no comportamento humano e que regulam ações intencionais sobre os processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos (Leite & cols., 2002). Por exemplo, os processos cognitivos são influenciados pela expectativa de auto-eficácia quanto ao desenvolvimento de regras para prever e influenciar eventos, estabelecer metas e estratégias e antecipar possibilidades de sucesso nessas metas, afetando processos cognitivos que determinam a eficiência na solução de problemas. Assim, os processos cognitivos são o primeiro tipo de mediadores da expectativa de auto-eficácia no desempenho de um padrão de comportamento.

O segundo processo mediador da expectativa de auto-eficácia é a seleção de atividades e ambientes (Bandura, 1977). Existe uma seleção realizada pelo indivíduo para evitar situações que excedam suas habilidades, procurando participar de ambientes e atividades em que acreditam poder desempenhar com sucesso o comportamento de interesse. Assim, a expectativa de auto-eficácia afeta a seleção de atividades e ambientes, influenciando, por conseguinte o desempenho pessoal.

Os processos afetivos também são mediadores da expectativa de auto-eficácia. O tipo e a intensidade das reações afetivas a eventos vitais são determinados pela crença na auto-eficácia, podendo assim influenciar cognições e ações (Bandura, 1997). Estudos sugerem que a baixa auto-eficácia para prevenir situações estressantes tende a produzir ansiedade ou agitação (Maddux & Lewis, 1995), por outro lado, a baixa auto-eficácia para desempenhar comportamentos considerados essenciais ao alcance de metas tende a levar à depressão e a desmotivação (Maddux & Meier, 1995).

Por fim, os processos motivacionais funcionam como mediadores dos processos que influenciam as intenções de desempenhar o comportamento proposto, o esforço e a persistência no enfrentamento de dificuldades. A auto-eficácia influencia processos motivacionais ao modificar significados e valores de influências externas, ao afetar expectativas de resultados de comportamentos e valores desses resultados e ao modificar avaliações de desempenho no alcance de metas pessoais.

No desempenho de um comportamento, a convicção de auto-eficácia é resultante de processos cognitivos oriundos de quatro fontes: experiências de domínio pessoal do desempenho, experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos (Bandura, 1995, 1997).

A experiência de domínio pessoal do desempenho é entendida como a percepção de ter obtido sucesso nesse desempenho, por ter sido capaz de perseverar na criação e execução das ações necessárias para superar obstáculos e dificuldades a tal desempenho. Esta tem sido considerada a mais efetiva das fontes de informação para o desenvolvimento de um forte senso de eficácia. Porém, a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção de auto-eficácia (Bandura, 1995).

As experiências por observação de modelos sociais também desenvolvem e modificam a convicção de auto-eficácia. Ao observar outras pessoas na execução da tarefa proposta, o sujeito automaticamente julga sua competência para a obtenção de êxito. A observação de modelos que obtém sucesso é útil para o fornecimento de conhecimentos, habilidades e estratégias que melhorem o desempenho pessoal. Por outro lado, a convicção na capacidade de obter sucesso tende a diminuir quando os modelos sociais fracassam (Bandura, 1995).

A persuasão social ocorre por meio de avaliações recebidas de outros a respeito da capacidade pessoal para o desempenho de uma atividade. As avaliações positivas tendem a fortalecer o senso de auto-eficácia, mobilizando esforço maior, enquanto as negativas tendem a prejudicar a auto-eficácia, principalmente se um forte senso de eficácia não foi previamente desenvolvido (Bandura, 1997).

Por último, os estados emocionais e fisiológicos também podem afetar o julgamento sobre a capacidade pessoal. Estados de estresse, tensão e humor depressivo tendem a serem interpretados como indicadores de vulnerabilidade, assim como o cansaço e a fadiga podem ser percebidos como sinais de debilidade física (Bandura, 1997). Tem sido sugerido que a expectativa de auto-eficácia para o desempenho de atividades de cuidados gerais, prestados por pais a seus filhos, está relacionada ao quanto estes pais sentem-se capazes de realizar estas tarefas com sucesso. Por exemplo, o estudo de Mouton e Tuma (1988) mostrou que a auto-eficácia parental é negativamente relacionada aos problemas comportamentais de crianças. Johnston e Mash (1989) complementam essa noção, demonstrando que baixos níveis de auto-eficácia estão associados a pouca persistência, depressão e diminuição da satisfação quanto ao papel parental (Johnston & Mash, 1989).

A relação entre auto-eficácia e estresse, em familiares de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento, tem sido pouco investigada na literatura. Um dos poucos estudos a examinar essa questão foi o de Sofronoff e Farbotko (2002), o qual buscou avaliar um programa de intervenção visando melhorar o senso de auto-eficácia parental no manejo de comportamentos de indivíduos portadores da Síndrome de Asperger. A intervenção baseou-se na comparação entre duas formas distintas: uma composta por apenas um dia de *workshop*, e a outra por seis sessões individuais, utilizando concomitantemente um grupo controle sem intervenção. Os resultados indicaram que, comparados ao o grupo controle, os pais de ambas intervenções relataram diminuição dos problemas de comportamento e aumento da auto-eficácia, avaliados através de *follow-up* de 4 semanas e 3 meses após a intervenção. Os resultados também mostraram diferenças de auto-eficácia entre pais e mães, tendo as mães relatado aumento significativamente maior da auto-eficácia, após a intervenção, do que os pais.

Com base na revisão dos estudos acima, conclui-se que o impacto dos transtornos globais do desenvolvimento, em especial do autismo, na família, depende de uma série de fatores interatuantes, intra e extrafamiliares. Um aspecto que tem sido pouco ressaltado nos estudos sobre os TGD e a família é a natureza crônica dessa condição. Embora muitas características clínicas desse quadro melhorem durante o desenvolvimento da criança (Ex.: isolamento, aspectos cognitivos, linguagem, etc.) outros podem permanecer com algum grau de comprometimento por toda a vida (Ex.: sociabilidade). Estudos de seguimento mostram que apenas uma pequena parte dos indivíduos adultos com autismo consegue trabalhar, viver independentemente ou desenvolver relações interpessoais com outros. A maior parte encontra trabalho somente se contar com o apoio da família, vive com dependência direta, com auxílio de provisões locais e depende continuamente de assistência por parte de familiares, escolas e outros sistemas de suporte (Howlin, 1997).

A compreensão da relação entre autismo e estresse familiar não pode ocorrer com base em relações lineares entre possíveis causas e seus efeitos, de forma reducionista. Ressalta-se a necessidade da adoção de um modelo explicativo que contemple as diversas variáveis envolvidas no processo de adaptação da família frente a uma condição crônica, como nos casos de comprometimento do desenvolvimento, que têm seu início nos primeiros anos de vida da criança.

1.4 Enfoque Biopsicossocial às Famílias com Problemas de Saúde

Na década de 1970, o médico George Engel chamou a atenção para o quanto as questões de saúde são compreendidas a partir de um modelo biomédico, que separa a mente do corpo, negligenciando as dimensões sociais e psicológicas. O reconhecimento acerca da importância do contexto psicossocial na área da saúde, levou-o a propor o modelo biopsicossocial, com base nos princípios da Teoria Geral dos Sistemas, atribuída a Von Bertalanffy (1975). Esse modelo leva em consideração as relações tanto hierárquicas quanto interdependentes dos sistemas biológico, psicológico, individual, familiar e comunitário. O autor descreveu os isomorfismos entre os níveis e incitou uma compreensão sistêmica das relações entre as esferas biológicas e sociais, enfatizando a importância dos processos de comunicação entre os diferentes sistemas. Ao mesmo tempo em que o modelo de Engel revolucionava a medicina, as teorias oriundas da prática clínica familiar também utilizavam a mesma terminologia, isto é, a abordagem sistêmica na compreensão da relação entre saúde e família (Minuchin & cols., 1978). Entretanto, na análise de McDaniel, Hepworth e Doherty (1994), a prática na terapia familiar, no contexto da saúde, ainda não está totalmente integrada a um modelo psicossocial genuíno:

... os terapeutas familiares não têm praticado dentro de um modelo biopsicossocial, mas têm apresentado a tendência para operarem unicamente dentro da área que lhes é mais confortável – o sistema familiar – e a prestar atenção apenas superficial às dimensões biológicas ou físicas individuais. (p. 13)

Para os autores (McDaniel & cols., 1994), o modelo de Engel não deve ser compreendido apenas como uma moldura para o arranjo hierárquico dos níveis biológico, psicológico e social, mas uma verdadeira tentativa de explicar as interações entre os níveis dos múltiplos sistemas envolvidos na saúde e na doença. Apesar desse modelo ter se destacado inicialmente na área de pesquisa e prática médica, vem sendo também utilizado na compreensão do impacto dos transtornos do desenvolvimento na família. Nesse modelo, não há espaço para distinções entre problemas familiares, psicológicos, físicos e da comunidade. Os profissionais estão lidando com questões do sistema biopsicossocial nas pesquisas e prática, quer tenham ou não consciência desses sistemas. Nesse sentido, o termo “enfermidade” é empregado como substituto para o termo “doença” para referir-se à experiência do paciente e sua família a partir da doença, que vem a ser, por sua vez, o entendimento biomédico da enfermidade (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978).

Um exemplo de modelo com orientação psicossocial genuína são as teorias familiares sistêmicas que emergem dos estudos sobre a esquizofrenia (Wynne, 1989), onde essa condição não é vista como consequência simples de uma “etiologia” final, mas como parte de um processo comportamental e epigenético complexo, que envolve múltiplos níveis sistêmicos. Essas noções são aplicáveis às discussões em torno dos transtornos globais do desenvolvimento, especialmente autismo, no qual estão implicados tanto fatores biológicos quanto ambientais.

Outro exemplo, é o modelo de resposta de ajuste e adaptação familiar, que combina teorias cognitivas e sistêmicas para explicar os esforços da família para lidar com as demandas das doenças e incapacitações crônicas em vista de seus recursos, padrões de *coping* e crenças (Patterson, 1989). Nesse enfoque, também considerado um “modelo de recurso”, o funcionamento familiar e rede de apoio social são vistos como um recurso ou redutor da gravidade da doença, em oposição ao “modelo de *déficit*”, que vê o estresse familiar e padrões de interação como exacerbando a doença e impedindo os cuidados. Um modelo que expande essas noções e tem se destacado é o proposto por Bradford (1997). Com base numa revisão de modelos anteriores (Lazarus & Folkman, 1984; Moos & Schaffer, 1984; Pless & Pinkerton, 1975; Wallender, Feldman & Varni, 1989), este autor propõe uma abordagem psicossocial que integra concepções cognitivas e sistêmicas, num metamodelo.

O modelo psicossocial de Bradford (1997) propõe que a enfermidade crônica é uma condição específica que requer cuidados especiais. Apesar de não haver um consenso sobre uma definição acerca do que se considera como “crônico”, há uma tendência em considerar esse termo como se referindo a períodos de agravamento das condições de saúde relativamente longos ou recorrentes no tempo (Bradford, 1997). Um dos diferenciais dessa abordagem em relação a outros modelos, é a noção de que a presença de psicopatologia familiar não é vista como uma consequência direta e inquestionável da ocorrência de enfermidades crônicas na família, mas como um processo que depende, entre outros aspectos, da forma como a família maneja os estressores. O autor se contrapõe à idéia de que o ajuste, ou a adaptação equivale à ausência de patologia. A ênfase maior é dada à forma como a criança e sua família se comportam frente aos vários desafios inerentes a esta situação, provendo uma perspectiva sistêmica para o entendimento do fenômeno. Os fatores que permeiam a adaptação familiar a enfermidades crônicas são tidos como potencialmente estressantes, acometendo mais ou menos a família conforme a adaptação às exigências de mudanças externas ou internas. Conforme Minuchin (1990), esta adaptação

será responsável pelo fornecimento de um esquema de referência, caracterizando o grupo familiar. A prioridade é dada à totalidade do sistema familiar, através da dinâmica de suas características próprias (Schaffer, 1996).

A totalidade do sistema familiar pode ser dividida em subsistemas internos, caracterizados pelo relacionamento entre seus membros, como por exemplo, as relações filho-filho, pai-filho, mãe-filho, pai-mãe, etc. (Minuchin, 1990). Cada membro pertence a diversos subsistemas que caracterizam padrões próprios de comportamentos. Assim, as fronteiras entre cada subsistema são definidas pela determinação de regras que definem as formas de participação de cada membro.

Conforme Morgan (1988), os relacionamentos entre os diferentes componentes da família são caracterizados pelas interações recíprocas e bidirecionais. Os padrões de influência dentro do sistema ocorrem de forma circular, estabelecendo uma relação de mútua interdependência entre seus membros. Desta forma, as condições presentes em um dos membros (Ex.: estresse) tenderá a repercutir nos demais subsistemas (Ex.: estresse familiar), afetando a família como um todo. Considerando a reciprocidade entre os componentes, considera-se que os padrões de interação dos pais com o filho afetam ao mesmo tempo em que é afetado pela relação do filho com estes pais (Schaffer, 1996).

Considerando o estresse como um destes desafios, Minuchin (1990) coloca que o sistema familiar pode ser confrontado com quatro principais fontes de estresse: 1) contato estressante de um membro com forças extrafamiliares; 2) contato estressante de toda a família com forças extrafamiliares; 3) estresse em pontos de transição na família; e 4) estresse em torno de problemas idiossincráticos.

O primeiro fator de estresse diz respeito ao contato estressante de um membro com forças extrafamiliares, como por exemplo, a perda do emprego, em que todos os componentes da família sentem a necessidade de se ajustar às novas circunstâncias enfrentadas por um de seus membros. O segundo fator de estresse citado envolve todos os membros do sistema familiar. O contato estressante de toda a família com forças extrafamiliares (Ex.: mudança de cidade), conduz a uma necessidade de ajuste às novas mudanças enfrentadas por todos que pertencem ao sistema.

O estresse em pontos de transição da família é caracterizado por mudanças inerentes ao ciclo de desenvolvimento familiar, por exemplo, quando nasce uma nova criança ou o ingresso de um de seus membros na fase da adolescência. Neste período várias regras familiares sofrem a necessidade de reajuste, desencadeando conflitos que

poderão ser resolvidos através de negociações de transição, acarretando crescimento a todos os seus membros.

Por fim, o estresse em torno de problemas idiossincráticos se refere às dificuldades surgidas em detrimento do tempo. Por exemplo, a família que se encontra ajustada em determinado momento às demandas da doença crônica em um de seus membros pode vir a ter que renegociar futuros desafios face às novas demandas próprias do desenvolvimento humano em suas fases subseqüentes. À medida que a criança cresce, novos problemas surgem, trazendo a necessidade de novos ajustes. Com isso, pode-se dizer que a “adaptação” familiar não é linear e progressiva.

Dentro do modelo de adaptação à enfermidade crônica, Bradford (1997) chama a atenção para a interação entre quatro fatores relevantes ao contexto: suporte social, desafios impostos pela especificidade da doença, estratégias de *coping*, crenças subjacentes e padrões de comunicação intra (entre os membros da família) e extrafamiliar (entre a família e o sistema de saúde e a rede de apoio). Estes diversos fatores são compreendidos a partir de seu potencial para interagirem mutuamente, possibilitando inúmeras associações entre fatores contributivos, ampliando a magnitude da investigação. Para esse autor, a identificação das crenças subjacentes é um fator relevante, pois há evidências de que esse fator é um importante preditor da adaptação familiar e do próprio paciente e independe da gravidade ou grau de incapacitação de uma determinada enfermidade. Posição similar é adotada por McDaniels e colaboradores (1994) ao afirmarem que algumas famílias podem ser fatalistas acerca das suas crenças sobre uma determinada enfermidade (Ex.: acreditar que a mesma é parte de um plano divino maior e está fora do seu controle ou o resultado de negligência). Valores familiares e crenças religiosas também podem influenciar o processo decisório sobre o tratamento.

Beresford (1994) complementa esta noção ao afirmar que as crenças religiosas de pais de filhos com dificuldades não são estratégias de *coping* importantes apenas no momento do diagnóstico e início dos sintomas, mas um recurso potencial relevante durante todo o processo de prestação de cuidados à criança. Este autor relata que crenças religiosas podem oferecer uma maneira de interpretar ou redefinir o significado das dificuldades do filho. Algumas crenças permitem aos pais acreditar terem sido especialmente selecionados para lidar com seu filho com problemas, ou ainda, que estes recebem forças para executar esta tarefa (Beresford, 1994).

A pesquisa desenvolvida por Nihira, Meyers e Mink (1980), a respeito do papel das crenças religiosas na adaptação familiar de pais de crianças com retardo mental, encontrou

uma associação positiva entre a religiosidade e o modo eficaz com que familiares lidam com os problemas de seus filhos. Por outro lado, Beresford (1994) relata que as crenças também podem desenvolver vulnerabilidades quando estas conduzem os familiares a culparem-se pela condição da criança.

1.5 Justificativa, Objetivos e Hipóteses do estudo

A análise da literatura permitiu identificar contradições entre as pesquisas quanto às características comportamentais da criança com autismo que mais contribuem para o *estresse* em familiares. O estudo de Konstantareas e Homatidis (1989), por exemplo, comparou dados de famílias de crianças com e sem autismo para mapear as principais fontes do estresse familiar. O melhor preditor para o estresse paterno foi os comportamentos auto-abusivos (bater-se, arranhar-se, beliscar-se ou morder-se), e para o materno foi a hiper-irritabilidade (grau de inquietude e comportamentos disfuncionais). É interessante notar que ambos os comportamentos citados não são típicos ou exclusivos do autismo, podendo ser encontrados em outras condições (Ex.: deficiência mental). Logo, o estresse produzido por estes fatores pode estar presente em outras famílias que não somente a de crianças com autismo.

Por outro lado, no estudo de Bebko, Konstantareas e Springer (1987), os autores procuraram relacionar quais sintomas do autismo são considerados pelos pais como mais estressantes. A avaliação parental da severidade e estresse percebido, desta vez, baseou-se no CARS (Schopler, Reichler, DeVellis & Dali, 1980) - instrumento criado para triagem específica de autismo – e indicou como maior fonte de estresse os déficits na comunicação (linguagem verbal expressiva) e cognitivos (discrepância entre diferentes áreas). Estas dificuldades poderiam ser compreendidas como comprometimento do relacionamento interpessoal, o que corresponde a critérios-chave para o diagnóstico de autismo.

De forma similar, a pesquisa realizada por Koegel e colaboradores (1992) também identificou as dificuldades verbais e cognitivas das crianças com autismo como os sintomas mais relacionados ao estresse em familiares. Porém, analisando a metodologia desta pesquisa em pormenor, nota-se que não foi levado em conta o apoio social disponível a estas famílias nem a severidade dos sintomas presentes na criança. Sabe-se que estes dois fatores exercem influência importante quanto ao mapeamento do estresse parental (Factor & cols., 1990; Gill & Harris, 1991; Konstantareas & cols., 1992). Além disso, os autores examinaram a associação entre idade da criança e o estresse familiar e concluíram não haver relação significativa entre estes fatores. Outros pesquisadores contrariaram estes

achados (Bristol & Schopler, 1983; DeMyer & Goldberg, 1983) encontrando que a idade mais avançada da criança (adolescentes) tende a ser preditor de estresse familiar, ou seja, a percepção dos sintomas mostrou-se influenciada pela idade da criança, sendo as crianças mais novas (até 6 anos) vistas como menos sintomáticas pelos pais. Uma possível explicação para isso é que, enquanto as crianças são pequenas, os pais ainda não têm plena consciência do significado de seus sintomas, gerando menor preocupação. Já outros estudos (Bebko & cols., 1987; Schopler & Mesibov, 1983) trazem a informação de que pais consideram os sintomas das crianças mais velhas (adolescentes) como menos severos, contribuindo para as contradições quanto aos achados.

Outro ponto ainda divergente apresentado nas pesquisas se refere às diferenças de estresse percebido por pais e mães. Considera-se que o papel social esperado e a maior responsabilidade sobre os cuidados por parte das mães, os quais são intensos e prolongados, as torne alvo de maior estresse. Outros estudos que diferenciam o estresse em pais e mães, consideram que o estresse sofrido pelo pai é qualitativamente diferente do das mães, não implicando em maior ou menor estresse (Bristol & Gallagher, 1986; DeMeyer & Goldberg, 1983).

Já Factor e colaboradores (1990) avaliaram separadamente 36 pais e mães de crianças com e sem autismo, revelando não haver diferenças estatisticamente significativas para níveis de estresse entre ambos. Em contraponto, grande parte das pesquisas considera as mães como mais afetadas pelo estresse que pais (Bristol & Gallagher, 1986; De Meyer, 1979; Konstantareas & Homatidis, 1989; Milgram & Atzil, 1988). Depreende-se disso, que essa questão permanece controversa. Contudo, os resultados parecem apontar para uma sobrecarga maior nas mulheres, pelo menos em termos de cuidado direto da criança. Esse fator parece estar associado ao estresse percebido e as conseqüentes dificuldades experienciadas quanto a habilidades (ou não) no manejo com os filhos portadores de TGD.

Além dos achados controversos apresentados na literatura, percebe-se que a maior parte das pesquisas utiliza-se exclusivamente de escalas fechadas como instrumento, obtendo dados limitados. É importante a utilização de instrumentos menos estruturados, como entrevistas, além de escalas, a fim de se ampliar a compreensão deste fenômeno. Por último, cabe salientar a escassez de pesquisas que abordam esta temática na população brasileira.

A proposta deste estudo foi investigar as possíveis relações entre expectativa de auto-eficácia e estresse em mães de indivíduos portadores de TGD, tendo como hipótese inicial uma correlação negativa entre auto-eficácia e estresse familiar. O objetivo

secundário deste estudo foi explorar qualitativamente a visão materna acerca do suporte social recebido, preocupações e dificuldades para lidar com o filho, estratégias de *coping*, crenças subjacentes sobre a etiologia e curso dos TGD e relacionamento entre membros da família.

CAPÍTULO II: MÉTODO

2.1. Delineamento

Foi utilizado um delineamento de estudo correlacional (Naschmias & Naschmias, 1996), para avaliar as possíveis associações entre níveis de estresse e auto-eficácia em um grupo de mães de indivíduos portadores de TGD. O estudo foi complementado por uma análise qualitativa, a qual examinou fatores que poderiam associar-se ao estresse familiar frente à presença de um portador de TGD na família, como por exemplo, a rede de apoio e a qualidade do relacionamento entre os membros da família. Esses fatores foram investigados a partir do ponto de vista materno, o qual representa um subsistema familiar.

2.2 Participantes

Participaram deste estudo 30 mães com filhos portadores de TGD, com idades variando de 30 a 56 anos ($m=45,37$; $dp=6,06$), cujos filhos tinham diagnóstico de TGD e idades que variam de 12 a 30 anos ($m=48,47$; $dp=7,20$). As mães foram recrutadas em clínicas e escolas de educação especial de Porto Alegre e região metropolitana.

Foram considerados como critérios de exclusão a presença de outros estressores, tais como: doença física nas mães, desemprego ou mudança de residência recente (menos de 6 meses), ou a morte de um ente querido (menos de 12 meses), pois conforme Elkind (1981), quanto maior o número de mudanças ocorridas em um período de 12 meses, maior a probabilidade de desgaste do organismo, devido ao déficit de energia adaptativa.

2.3 Instrumentos

2.3.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Este protocolo teve como objetivo informar os participantes a respeito dos objetivos e procedimentos do estudo. Participaram da amostra somente as mães que concordaram com os termos do consentimento informado, o qual foi assinado em duas vias. Uma das cópias permanece com o pesquisador e a outra com as participantes. Cópia do modelo encontra-se no Anexo A.

2.3.2 Ficha sobre Dados Demográficos, Dados sobre o Portador de TGD e Identificação de Estressores (Gomes, 2001): Esta ficha objetivou coletar dados a respeito da família, tais como: idade, escolaridade e profissão dos pais, genetograma familiar, diagnóstico do filho, data do diagnóstico, tipo de tratamento recebido, características clínicas do portador de

TGD e identificação de outros estressores recentes. Esta ficha foi preenchida pelo pesquisador com o auxílio dos pais, sendo estas informações utilizadas na caracterização dos participantes do estudo. Cópia da ficha encontra-se no Anexo B.

2.3.3 Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (M.I.N.I.): O M.I.N.I. (Sheehan, Lecrubier & cols., 1997) é uma breve entrevista estruturada para a triagem dos principais eixos de distúrbios psiquiátricos de acordo com o DSM-IV e com o CID-10. Os estudos para validação e confiabilidade foram realizados comparando a M.I.N.I. à SCID-P para o DSM-III-R e a CIDI (uma entrevista estruturada desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde para entrevistadores leigos ao CID-10). Os resultados destes estudos mostram que a M.I.N.I. possui altos escores de validação e confiabilidade aceitável, podendo ser administrada em um intervalo de tempo muito menor (média de 15 minutos) do que o CIDI, por exemplo. Este instrumento já foi traduzido para mais de vinte idiomas. Sua primeira versão foi validada em relação aos critérios do DSM-III-R e do CID-10 em um estudo com mais de 600 participantes, nos Estados Unidos. A atual versão foi validada com amostras de diferentes países, e recentemente, no Brasil (Amorim, 2000). Este instrumento consta no anexo C.

2.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Lipp, 2000): Este instrumento buscou identificar de modo objetivo a presença ou não da sintomatologia de estresse, o tipo de sintoma existente (somático ou psicológico) e a fase em que se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão). O ISSL levou em torno de dez minutos para ser administrado. É composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse, sendo utilizado o quadro 2 para avaliar as fases 2 e 3 (exaustão e quase-exaustão). Os sintomas listados são típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto por 12 sintomas físicos e 2 psicológicos, o respondente assinala com F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. No segundo, composto por 10 sintomas físicos e 5 psicológicos, marca-se com F2 ou P2 os sintomas experimentados na última semana. Por último, no quadro 3, composto por 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, marca-se F3 ou P3 para os sintomas experimentados no último mês. O ISSL foi validado por Lipp e Guevara (1994) e tem sido utilizado em dezenas de trabalhos clínicos e pesquisas na área do estresse. Este instrumento encontra-se no anexo D.

2.3.5 *Escala de Auto-eficácia* (Sofronoff & Farbotko, 2002): Esta escala é composta por 15 Itens que avaliam os comportamentos mais apresentados por indivíduos portadores de TGD e quanto os pais acreditam serem capazes de manejar com estes. Os pais respondem “sim” ou “não” aos comportamentos que seu filho tenha ou não apresentado recentemente (Ex: quando seu filho segue rotinas rigidamente) e pontuam o grau de confiança no manejo de cada comportamento, através de uma escala *Likert* de 6 pontos, que varia de Nenhuma confiança (0) até Completamente confiante (5). Detalhes sobre as propriedades psicométricas dessa escala podem ser encontradas em Sofronoff e Farbotko (2002).

Para fins deste estudo foi realizada tradução da escala do inglês para o português mediante o auxílio de um tradutor bilíngüe familiarizado com a cultura norte-americana. Posteriormente, um segundo tradutor bilíngüe, familiarizado com a cultura brasileira e cego à versão original, fez a tradução de retorno do português para o inglês. As duas versões foram então comparadas a fim de se verificar a adequação da tradução e as eventuais dúvidas submetidas à avaliação de um juiz. Cópia do modelo da escala consta no Anexo E.

2.3.6 *Roteiro de Entrevista sobre o Impacto do TGD na Família*: Esta entrevista semi-estruturada foi especialmente elaborada para esse estudo e algumas das questões basearam-se no questionário de Shields, Wynne e Sirkin (1992), e consta de 15 itens que avaliam aspectos relacionados ao impacto de um portador de TGD no sistema familiar. Os tópicos abordam a visão materna acerca do suporte social recebido (itens 9,10,11,12,13,14,15), preocupações e dificuldades para lidar com o filho (itens 2,4,7,8), estratégias de *coping* (item 3), crenças subjacentes sobre a etiologia e curso dos TGD (itens 1,5) e relacionamento entre os membros da família (item 6). Foi realizado um piloto para verificar a adequação das perguntas, o qual demonstrou que as perguntas foram apropriadamente compreendidas pelas mães. Este instrumento encontra-se no anexo F.

2.4 Procedimentos

Foram identificadas 23 instituições que atendiam portadores de TGD na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, dentre as quais 8 eram particulares e 15 públicas. Destas, apenas 6 destas atendiam os critérios de inclusão da amostra (Ex.: idade, diagnóstico). Após o encontro inicial com a direção das escolas e clínicas, iniciou-se o contato com as mães. Nesta oportunidade procedeu-se à exposição dos objetivos do estudo e detalhes dos procedimentos, além do agendamento das entrevistas.

As entrevistas foram gravadas (áudio tape) e posteriormente transcritas. A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente com cada mãe, em suas residências, e invertida de participante para participante, com o intuito de controlar o efeito de um procedimento sobre o outro.

2.5 Tratamento dos Dados

Os dados foram analisados utilizando o SPSS (The Statistical Package for Social Science for Windows, versão 10.0). Os dados provenientes da Ficha Sociodemográfica e Identificação de Estressores foram analisados através da estatística descritiva e utilizados para a caracterização dos participantes. Os valores da escala de auto-eficácia e da escala de estresse foram analisados através do teste de correlação de Spearman.

2.5.1 Análise das Entrevistas

Os dados das entrevistas foram examinados através da análise de conteúdo (Bardin, 1977), cujas categorias foram quantificadas.. A análise procurou extrair a significação dos conteúdos através de procedimento sistemáticos, exaustivos e objetivos. A técnica baseou-se na classificação de diversos elementos em categorias, conforme critérios determinados, como por exemplo, expectativa frente ao tratamento. Esta categorização permitiu o agrupamento de pontos comuns e forneceu indicadores (quantitativos ou não) que possibilitaram a inferência de conhecimentos relacionados à questão de pesquisa.

Conforme Bardin (1977), as fases da análise de conteúdo são: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e; 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise o material deve ser organizado para permitir a operacionalização e sistematização das idéias iniciais, bem como o desenvolvimento de um plano de análise preciso. A exploração do material consiste na codificação (fundamentada em regras previamente estabelecidas) dos dados brutos das entrevistas, o que permite a expressão do seu conteúdo. Nesta fase são produzidos os sistemas de categorias, os quais representam a passagem dos dados brutos para os dados organizados. Os dados devem possuir as seguintes qualidades: 1) Exclusão mútua: cada elemento não pode coexistir em mais de uma categoria; 2) Homogeneidade: um único princípio de classificação deve embasar sua organização; 3) Pertinência: uma categoria pode ser considerada pertinente quando está embasada teoricamente e adaptada ao material da análise de conteúdo; 4) Objetividade e fidelidade: os elementos devem ser codificados sempre da mesma forma, mesmo quando submetidos a diversas análises, devendo-se ainda definir claramente as variáveis em

questão; 5) Produtividade: as categorias são produtivas quando fornecem resultados férteis. A construção de categorias pode ser feita de acordo com o modelo aberto, modelo fechado ou modelo misto (Laville & Dionne, 1994). No modelo aberto as categorias tomam forma no desenvolver da própria análise, ao passo que no modelo fechado as categorias são previamente estabelecidas e embasadas teoricamente. Já no modelo misto as categorias são escolhidas *a priori*, mas o pesquisador tem a liberdade de modificá-las ao longo da análise. Por fim os resultados obtidos são interpretados de acordo com os objetivos do estudo.

O presente estudo obedeceu aos critérios da análise de conteúdo quantitativo de modelo misto, no qual as categorias foram estabelecidas *a priori* (Ex.: crenças sobre etiologia, sentimentos dos irmãos), e as subcategorias foram geradas a partir dos dados coletados. Por tratar-se de abordagem quantitativa, foram realizadas distribuições de frequência de categorias, em que o agrupamento das mesmas foi feito de acordo com a estrutura e a seqüência dos tópicos da entrevista. Num segundo momento, as categorias com temas comuns foram agrupados, transformando-se em categorias mais amplas.

O agrupamento das categorias foi realizado inicialmente de forma independente, sendo a categorização final realizada através de concordância entre o pesquisador, a orientadora e uma bolsista.

2.5.2 Análise das Estratégias de Coping

A análise das estratégias de *coping* foi realizada a partir dos dados da Entrevista sobre o Impacto dos TGDs. A pergunta número 3 deste instrumento investigou as principais dificuldades da mãe para lidar com os problemas de seus filhos (Ex.: o que as mães fazem nesse momento, o que sentem e o que fazem para sentirem-se melhor).

Foi realizada análise das respostas, permitindo identificar categorias para classificação das principais dificuldades e as respectivas estratégias de *coping* utilizadas (Bardin, 1977; Antoniazzi & cols., 1998). A classificação das respostas foi realizada por dois codificadores (o autor deste estudo e um bolsista de iniciação científica) de forma independente. As eventuais dúvidas na classificação foram dirimidas por concordância.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes. A primeira refere-se às características sócio-demográficas e clínicas dos participantes; a segunda aos resultados da Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (M.I.N.I.), da Escala de Auto-eficácia e do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL); a terceira trata da análise das entrevistas e, por fim, são apresentadas as dificuldades maternas ao lidar com o portador de TGD e as estratégias de *coping* utilizadas.

3.1 Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes

Os dados a seguir foram obtidos a partir da Ficha de Dados Demográficos. Em relação à idade das mães verificou-se que a média foi de 45,37 anos ($dp=6,06$). Quanto ao estado civil destas, observou-se que a maioria é casada (66,7%), enquanto que 33,3% são solteiras, viúvas ou separadas. A maioria das mães declarou não estar trabalhando (60%), enquanto que 40% trabalham de 4 a 8 horas. Os demais dados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1

Freqüências e Porcentagens das Informações Sociodemográficas das Mães

informação	f (%)
estado civil	
casadas	20 (66,7)
solteiras, viúvas ou separadas	10 (33,3)
trabalho	
não trabalha	18 (60)
trabalha	12 (40)
escolaridade	
fundamental	11 (36,7)
médio	16 (53,3)
superior	3 (10)

No que se refere à religião das mães, 76,7% são católicas, 13,3% disseram não pertencer a nenhuma religião e 10% a outras religiões, como, por exemplo, testemunha de Jeová ou Igreja Universal. Os dados relativos à percepção da condição de saúde física atual

revelaram que 63,3% não têm problemas, por outro lado 36,7% apresentaram algum acometimento de intensidade leve, tal como dores de cabeça ou cansaço físico. Observa-se que 76,7% relataram que sua condição física atual não apresenta interferência em sua vida diária. No entanto, 30% consultaram um médico nos últimos 6 meses para realização de exames de rotina, sendo que 26,7% das mães consultaram devido a outras condições (Ex.: estresse, ansiedade, ferimentos) e 20% devido a doenças cardíacas ou respiratórias. Os demais dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2

Frequências e Porcentagens das Informações sobre Consultas Médicas e Uso de Medicação

informação	f(%)
consultas médicas	
exames de rotina	9 (30)
doenças cardíacas ou respiratórias	6 (20)
outras condições	8 (26,7)
não consultou	7 (23,3)
uso de medicação	
hipertensivos	6 (20)
ansiolíticos	1 (3,3)
humor	4 (13,3)
não faz uso	18 (60)
outros	4 (13,3)

Sobre o apoio recebido, a Tabela 3 mostra que 67% das mães referem se sentirem apoiadas, enquanto que 33% relataram não receberem apoio. A maior parte deste apoio é recebido na escola especial (53%), sendo 7% por parte dos psiquiatras e a mesma porcentagem por psicólogos, fonoaudiólogos ou fisioterapeutas. Quanto ao tipo de apoio percebido, mais da metade (55%) relatou receber apoio afetivo (Ex.: atendimento psicológico, grupos de pais), 35% revelaram receber apoio informativo (Ex.: informações sobre autismo, esclarecimento sobre funcionamento do filho) e 10% apoio financeiro (convênios da escola com outros serviços terapêuticos ou médicos). A respeito das orientações percebidas, 60% das mães relataram receber algum tipo de orientação, enquanto 40% referem não se sentirem orientadas. O tipo de orientação mais recebida é em relação ao manejo com seu filho (59%) (Ex.: indicação para exames complementares, manejo de problemas comportamentais), enquanto que 41% relataram receber orientação para consigo mesma (Ex.: manejo dos conflitos pessoais, indicação para psicoterapia ou medicação), como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3
Frequências e Porcentagens das Informações sobre o Tipo de Apoio e Orientação Percebidos

informação	f(%)
apoio percebido	
escola especial	16 (53,3)
psiquiatra	2 (7)
psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta	2 (7)
não se sente apoiada	10 (33)
tipo de apoio percebido	
apoio afetivo	16 (55)
apoio informativo	11 (35)
apoio financeiro	3 (10)
orientação percebida	
escola especial	16 (53,3)
psiquiatra	1 (3,3)
psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta	1 (3,3)
não se sente orientada	12 (40)
forma de orientação percebida	
para com o filho	18 (59)
para consigo	12 (41)

Os dados a respeito do pai do portador de TGD revelaram que a idade média destes foi de 48,47 anos ($dp=7,20$). Nota-se que mais da metade dos pais têm grau de escolaridade correspondente ao ensino médio (56,7%), seguido de 30% com curso superior. Oitenta e três vírgulas três por cento dos pais trabalham, sendo que 16,7% não trabalham, como pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4
Frequências e Porcentagens das Informações Sociodemográficas dos Pais

informação	f(%)
trabalho dos pais	
não trabalha	5 (16,7)
trabalha	25 (83,3)
escolaridade dos pais	
fundamental	4 (13,3)
médio	17 (56,7)
superior	9 (30)

Observa-se que a média do número de irmãos do portador de TGD é de 1,33 ($dp=0,88$). Sessenta por cento dos portadores de TGD são primogênitos ou segundo filho,

20% são terceiro filho, 16,7% são filhos únicos e apenas 3,3 são últimos filhos. Os demais dados sobre os irmãos são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5
Frequências e Porcentagens das Informações sobre os Irmãos

informação	f (%)
trabalho dos irmãos	
não trabalha	16 (53,3)
trabalha	9 (30)
não tem irmãos	5 (16,7)
ordem de nascimento	
primogênito	9 (30)
segundo filho	9 (30)
terceiro filho	6 (20)
último filho	1 (3,3)
filho único	5 (16,7)
escolaridade dos irmãos	
fundamental	7 (28)
médio	11 (44)
superior	4 (16)
pré-escola	2 (8)
não estuda	1 (4)

Quanto ao portador de TGD, verifica-se que a média de idade encontrada é de 15,6 anos ($dp=2,13$). Nota-se que a grande maioria possui o diagnóstico de autismo (90%), seguidos de 10% com Síndrome de Asperger. Mais da metade dos portadores de TGD (56,7%) foi diagnosticado há mais de 10 anos, sendo a média de idade do filho na época do diagnóstico de 5,33 anos ($dp=3,07$). Exatamente metade dos portadores de TGD (50%) reside com o pai, mãe e pelo menos 1 irmão, sendo que 20% residem apenas com a mãe e irmão e 10% com a mãe e o pai. Os dados revelam que mais da metade (56,7%) dos portadores de TGD é atendida em escolas especiais há mais de 10 anos e 30% recebe atendimento adicional por parte de um psiquiatra por um período de mais de 2 anos, conforme pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6
Frequências e Porcentagens das Informações Clínicas e de Desenvolvimento do Portador de TGD

informações	f(%)
com quem reside	
somente a mãe	2 (6,7)
mãe e pai	3 (10)
mãe e irmãos	6 (20)
mãe, pai e irmão	15 (50)
mãe, irmão e parente	3 (10)
mãe, pai, irmão e parentes	1 (3,3)
tempo de atendimento em escola especial	
0-2 anos de atendimento	4 (13,3)
3-5 anos de atendimento	2 (6,7)
5-10 anos de atendimento	4 (13,3)
mais de 10 anos de atendimento	17 (56,7)
não frequenta escola especial	3 (10)
outros atendimentos	
0-2 anos com Psiquiatra	6 (20)
mais de 2 anos com psiquiatra	9 (30)
0-2 anos com psicólogo, fonoaudiólogo ou fisioterapeuta	3 (10)
mais de 2 anos com psicólogo, fonoaudiólogo ou fisioterapeuta	5 (16,7)
outros	3 (10)
nenhum outro atendimento	4 (13,3)

Observa-se que 96,7% conseguem compreender instruções dadas por um familiar e alimentam-se sozinhos; 86,7% apresentam comportamentos repetitivos, e 80% conseguem expressar seus desejos aos outros, como pode ser observado na Tabela 7.

Sobre o auto cuidado, percebe-se que 53,3% realizam atividades de vida diária de modo independente (Ex.: veste-se, alimenta-se, amarra seus sapatos, alimenta-se, sai sozinho, faz a higiene, escreve e lê). Mais da metade dos portadores de TGD (64,18%) apresenta algum comportamento disfuncional (Ex.: agressividade, auto-lesivos, repetitivos, agitação).

Tabela 7

Frequências e Porcentagens do Nível de Funcionamento Global do Portador de TGD

informação	f (%)
compreende instruções dadas por um familiar	29 (96,7)
alimenta-se sozinho	29 (96,7)
comportamentos repetitivos	14 (86,7)
consegue expressar seus desejos e necessidades	24 (80)
veste-se sozinho	23 (76,7)
manifesta agitação	22 (73,4)
sabe ler	20 (66,6)
faz a higiene sozinho	19 (63,3)
fala	19 (63,3)
comportamentos auto-lesivos	15 (50)
agressividade	16 (53,3)
sai sozinho	1 (3,3)
atividades de vida diária – avds	112 (53,3)
dificuldades comportamentais	77 (64,1)

Com relação a informações sobre os cuidadores dos portadores de TGD percebe-se que a mãe é a principal responsável pela maioria dos cuidados (Ex.: alimentação, consultas médicas, vestir, medicação, etc.) com 50,7% das obrigações para com o filho. Os cuidados prestados conjuntamente pelo pai e pela mãe correspondem a 15,4%, sendo que 14,1% dos cuidados não requerem ajuda de nenhum familiar por motivo de realização independente por parte do portador de TGD. Os cuidados prestados conjuntamente pela mãe e por outros (Ex.: parentes, amigos) é de 5,4%, sendo que 4,6% dos cuidados são prestados pela mãe e irmãos. O pai auxilia em apenas 4,1% dos cuidados, seguido de 2,8% em que os cuidados são divididos entre todos da família. Por fim, a percentagem dos cuidados ao portador de TGD exercidos por outros corresponde a 1,5%, ao que os irmãos aparecem como os que menos auxiliam, com 1,3%, como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8

Porcentagens dos Cuidados prestados pelos Responsáveis

cuidadores	%
pai	4,1
mãe	50,7
pai e mãe	15,4
mãe e irmãos	4,6
mãe e outros	1,3
irmãos	14,1
outros	1,5
todos	2,8
ninguém – independente	5,4

3.2 Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada

Quanto à presença de distúrbios psiquiátricos, avaliados através da Breve Entrevista Internacional de Neuropsiquiatria Modificada (M.I.N.I.), conforme a Tabela 9, mais da metade das mães apresentam sintomas de Ansiedade Generalizada (56,7%), 26,7% apresentam Depressão; 23,3% apresentam Distímia e 20% referem sintomas de Agorafobia. Os demais dados podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9
Presença de Distúrbios Psiquiátricos

variáveis	f (%)
transtorno de ansiedade generalizada	17 (56,7)
depressão	8 (26,7)
distímia	7 (23,3)
agorafobia	6 (20)
síndrome do pânico	5 (16,7)
bulimia nervosa	5 (16,7)
fobia social	4 (13,3)
hipomania	3 (10)
mania	3 (10)
risco de suicídio	3 (10)
estresse pós-traumático	3 (10)
transtorno psicótico	3 (10)
personalidade anti-social	1 (3,3)
transtorno obsessivo compulsivo	1 (3,3)
abuso de álcool	0 (0)
abuso de drogas	0 (0)
anorexia nervosa	0 (0)

3.3 Escala de Auto-Eficácia

Pode-se observar diferenças nas médias apresentadas pelas mães, em relação aos comportamentos investigados na escala de auto-eficácia. Percebe-se que os itens referentes à falta de empatia ($m=2,13$) e a troca de turnos durante a conversa ($m=2,14$) obtiveram as menores médias de auto-eficácia materna, indicando que as mães encontram mais dificuldades para lidar com estes comportamentos. Já diante de comportamentos como os de agitação frente a determinados ruídos ($m=3,75$) e o tempo gasto envolvido em um interesse ou atividade particular ($m=3,72$), as mães apresentaram maiores médias, demonstrando um sentimento de maior auto-eficácia nestas situações. Os demais dados podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10
Média e Desvios-padrão da Escala de Auto-Eficácia

ítems	média	desvio-padrão
fica agitado ou aflito com determinados ruídos	3,75	1,37
segue rotinas rigidamente	3,45	1,50
insiste para que as coisas sejam feitas desta ou daquela maneira	3,20	1,41
fica aflito com mudanças na rotina	2,90	1,54
interpreta mal os motivos dos outros	2,61	1,70
vê apenas um lado das coisas	2,68	1,41
não fixa o olhar	2,50	1,26
tem falta de empatia	2,13	1,76
troca turnos durante a conversa	2,14	1,67
fica aflito ao receber críticas ou perder no jogo	2,31	1,44
interrompe conversas	2,82	1,66
fala incessantemente sobre um assunto em particular	3,60	1,29
faz movimentos estereotipados ao se agitar	3,48	1,47
engajamento em rituais ou rotinas	3,27	1,36
enfileirando/arrumando as coisas		
gasta muito tempo envolvido em um interesse ou atividade particular	3,72	1,38

3.4 Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp

Os níveis de estresse avaliados através do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de Lipp (ISSL), expostos na Tabela 11, revelaram que 70% das mães apresentaram indicadores de estresse; 43,3% encontram-se na fase de Resistência, 20% na fase de Quase-Exaustão, 6,7% na fase de Alerta e 0% na fase de Exaustão. Quanto aos sintomas decorrentes do estresse, 43% apresentam predomínio na esfera psicológica (Ex.: ansiedade diária, hipersensibilidade emocional, apatia), 38% com sintomas físicos (Ex.: hipertensão arterial, taquicardia, sudorese excessiva) e 19% com igualdade entre sintomas físicos e psicológicos.

Tabela 11
Frequências e Porcentagens da Presença, Fase e Predomínio dos Sintomas de Estresse

categorias de sintomas	f (%)
presença de estresse	
sim	21 (70)
não	9 (30)
fases do estresse	
alerta	2 (6,7)
resistência	13 (43,3)
quase-exaustão	6 (20)
exaustão	0 (0)
predomínio dos sintomas	
psicológicos	9 (43)
físicos	8 (38)
psicofisiológicos	4 (19)

3.5 Correlação entre Escalas de Sintomas de Estresse e Auto-Eficácia

Foi realizado o teste de correlação de Spearman entre os itens do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos (sintomas diários, semanais e mensais) com a média dos itens da Escala de Auto-eficácia. Foram analisadas as relações entre os sintomas de estresse experimentados nas últimas 24 horas e Auto-eficácia ($r=-0,01$; $p=0,03$); entre os sintomas de estresse experimentados na última semana e Auto-eficácia ($r=-0,17$; $p=0,36$); e entre os sintomas de estresse experimentados no último mês e Auto-eficácia ($r=-0,29$; $p=0,12$). Observou-se a existência de uma direção negativa entre estas variáveis, sendo que quanto maior o nível de estresse menores as médias de Auto-eficácia, embora não tenha sido observada uma correlação significativa em nenhuma das situações. Também foi realizada uma análise de correlação entre a fase do estresse e a média de auto-eficácia, sendo que o teste de Spearman também não indicou correlação significativa ($r=0,16$; $p=0,38$).

3.6 Análise das Entrevistas

Foi desenvolvido o Protocolo de Registro de Análise das Categorias para organização e distribuição das frequências e porcentagens das categorias, a partir de sua classificação (Anexo G). A análise permitiu a construção de 17 categorias e 62 subcategorias que são apresentadas na Tabela 12 e descritas com exemplos de depoimentos dos participantes.

Tabela 12
Frequências e Porcentagens da Presença de cada categoria e subcategoria

Categories	Subcategorias	f	%
1. percepção sobre o filho	atributos positivos	14	46,6
	ambivalentes	7	23,4
	atributos negativos	9	30
2. crenças sobre etiologia do tgd	congenito/neo e peri-natais (problemas de parto)	9	30
	psicológicos/ambiental (alcoolismo, brigas, tombos)	6	20
	genético/hereditário/doença	4	13,4
	fortuito/acaso	2	6,6
	não sabem	9	30
3. crenças sobre características dos tgds	comportamentos instáveis /imprevisíveis /rotineiros	4	13,3
	afetivos/ hipersensíveis	3	10
	não sentem dor/afeto	2	6,6
	não percebem as deficiências	14	46,8
	vivem no seu mundo/entendem as coisas diferente	7	23,3
4. principais dificuldades com o filho	comunicação	6	8,2
	avds	14	19,2
	comportamentos	46	63
	atrasos no desenvolvimento	7	9,6
5. temores frente à condição do filho	futuro (cuidados)	19	63,3
	autonomia/independência	5	16,6
	aprendizagem/cognitivo/comunicação	2	6,6
	comportamentos/convulsões	4	13,4
6. expectativas frente ao tratamento	comportamentais	3	10
	autonomia/independência	9	30
	comunicação/interação social (ter amigos)	5	16,6
	aprendizagem/cognitivo	4	13,5
7. apoio do marido	baixas expectativas	9	30
	<u>financeiro</u>		
	auxiliam	9	69,2
	não auxiliam	4	30,8
	<u>cuidados diretos com o filho</u>		
	auxiliam	15	55,5
	não auxiliam	12	44,5
	<u>apoio à família</u>		
	positiva	17	77,3
	negativa	5	22,7
	<u>relação entre o casal</u>		
	boa	16	50
misto	7	28,2	
ruim	9	21,8	
8. separações entre o casal	nunca	18	60
	temporária	6	20
	definitiva	6	20
9. impacto nos irmãos	<u>auxílio nos cuidados diretos/financeiramente</u>		
	ajudam	8	44,7
	ajudam um pouco	6	31,6
	não ajudam	4	22,7
	<u>relação com a mãe</u>		
	positiva	12	63,2
negativa	7	36,8	

Continuação da tabela 12.

	<u>sentimentos</u>		
	pena/culpa	7	23,3
	raiva/impaciência	7	23,3
9. impacto nos irmãos	superproteção/ciúmes	11	36,7
	vergonha/medo	5	20
	<u>aceitação/brincam/educam</u>		
	positivo	19	76
	negativo	6	24
10.mudanças no estilo de vida família após diagnóstico	sobrecarga nos cuidados/busca por atendimento	7	23,3
	isolamento social	12	40
	impacto financeiro	1	3,4
	necessidade de abandonar/remanejar atividades de lazer/laboral	7	23,3
	não percebe mudanças no estilo de vida	3	10
11.distribuição das responsabilidades	equilibradas	13	43,4
	concentradas na mãe	17	56,6
12.trocas nas responsabilidades	existem trocas	12	40
	não existem trocas	18	60
13.quem passa mais tempo cuidando –tgd	mãe	25	83
	cuidados divididos	5	17
	<u>pessoas próximas</u>		
	positiva	19	63,2
	mista	10	33,3
14.reação externa às características do filho	negativa	1	3,5
	<u>pessoas desconhecidas</u>		
	positiva	2	6,6
	mista	1	3,4
	negativa	27	90
	<u>com o portador de tgd</u>		
	diariamente	19	63,3
	menos de 1 x p/ semana	5	16,7
	menos de 1 x p/ mês	4	13,3
15.frequência de saídas da mãe	nunca	2	6,7
	<u>sem o portador de tgd</u>		
	diariamente	6	20
	menos de 1 x p/ semana	8	26,7
	menos de 1 x p/ mês	3	10
	nunca	13	43,3
16.cuidados na ausência da mãe	família nuclear ou extensa	22	76,6
	externas à família/ninguém	6	23,4
17.planos familiares para o futuro do portador de tgd	seguro de vida/plano de saúde	4	13,3
	irmãos ou familiares	14	46,6
	evita pensar no assunto	5	16,6
	institucionalizar	4	13,5
	desejo de morrer antes do portador de tgd	2	6,6
	não tem plano/não tem solução	1	3,5

1. Percepção sobre o filho

1.1 *Atributos positivos*: Características positivas (Ex.: bonito, carinhoso, querido).

1.2 *Atributos ambivalentes*: Características positivas e negativas mescladas.

1.3 *Atributos negativos*: Características negativas (Ex.: difícil, irritante).

Atributos ambivalentes

O T. é uma criança calma, ao mesmo tempo em que fica agitado assim... é uma criança querida pra gente, bem carinhoso apesar dos momentos que ele se agita. (S26)

2. Crenças sobre a etiologia dos TGDs

2.1 *Congênito/distocia*¹: Nascimento após o horário previsto, hipóxia neonatal, parada respiratória.

2.2 *Ambiente/psicológico*: Brigas com o marido, alcoolismo do pai, tombos

2.3 *Genéticos/hereditários/doenças*: Associação com existência de portador(es) de doença mental na família ou presença de doença materna (Ex.: falta de enzima específica, rubéola).

2.4 *Ao acaso/fortuito*: Atribuições ao acaso (Ex.: serem “sorteadas” com o filho).

2.5 *Não sabem*: Não sabem apontar o que causou o acometimento do filho.

3. Crenças sobre características dos TGDs

3.1 *Comportamentos instáveis/imprevisíveis/rotineiros*: Relatos de estes comportamentos serem típicos do quadro autista.

Tem um cronograma que ele quer que as coisas aconteçam, o que é bem característico do autismo. Se tu não consegues fazer aquilo, ele vem e quebra as coisas. (S20)

3.2 *Afetivos/hipersensíveis*: Relato de que seus filhos mobilizam afeto, por vezes com sensibilidade maior às reações de outras pessoas (Ex.: “... não sei se é porque ele vê que eu procuro não demonstrar pra ele que eu tô tensa, senão ... mas eu acho que é involuntário, porque os autistas são muito sensíveis pra captar as reações da gente. Ele pega no ar.”).

3.3 *Não sentem dor/afeto*: Crenças de que os portadores de autismo não respondem afetivamente a outras pessoas ou não sentem dor.

¹ Distocia: “Qualquer dificuldade que se oponha à evolução normal do parto, tanto da parte da mãe quanto da criança”(Lepercq, 2003, p. 238).

O A. é um menino com problemas, é o que eu sempre digo. Ele não sabe das coisas direito, tem suas dificuldades, né. Que mais... é pouco afetivo, sabe? Não sabe dar um carinho, uma coisa, como todos os autistas que eu conheço. É assim que ele é. (S28)

3.4 *Não percebem as deficiências:* Os portadores de autismo não aparentam fisicamente seus comprometimentos (Ex.: “*Mas, é um autista. Realmente é bem difícil de as pessoas saberem que é um autista. ... mas ele não tem cara de nada, né? Só quando começa a se agitar.*”)

3.5 *Vivem no seu mundo/entendem as coisas de um modo diferente:* Crença de que o portador de autismo tem um mundo próprio, isolado do mundo externo, ou de que este compreende tudo, porém de um modo diferente do convencional (Ex.: “*Eu digo que eu sei o autismo é uma pessoa que vive no mundo dela, o autista vive no seu mundo.*”).

4. Principais dificuldades enfrentadas para lidar com o filho

4.1 *Comunicação:* Dificuldades da mãe em compreender seu filho, socialização, linguagem.

O problema é que ele não sabe como chegar direito nas pessoas e aí os outros estranham ele, sei lá o que pensam, ficam assustados ou com medo, não sei. Mas ele tem dificuldades de fazer amigos! É que ele tem aquele jeitinho dele de falar as coisas..tudo bem certinho, palavra por palavra. Aí eu me preocupo dele não ter amigos, por não saber se comunicar direito, ou pelo menos, do jeito que as outras pessoas estão acostumadas. (S4)

4.1 *AVDs:* Dificuldades na realização de Atividades de Vida Diária – AVDs (Ex.: banho, escovar os dentes).

... Dar banho. Porque, porque ele é ... bem maior que eu. Sabe? ... Eu dou banho, aquela coisa toda, mas ele quer sempre tomar banho dando a mangueirinha, o chuveirinho, só que é difícil, ele é bem maior que eu. Tu solta a mangueirinha aqui, a água escorrendo em ti aqui, o Box tem que ficar aberto, molha o chão do banheiro todo, aí é complicado. (S16)

4.3 *Comportamento:* Comportamentos rígidos, agressivos, repetitivos, obsessivos, agitação.

Ele tem mania de roupa. Se ele gosta de uma bermuda, ou ele gosta daquele lençol, tem que lavar escondido. Trazer ele pro colégio, chegar lá correndo ir lavar, estender, pra quando chegar já tá sequinho lá no varal ... Roupa com fecho ele não usa, tem que ser com aquela coisa que faz “crr”, sabe? velcro? É. Tem que ser com aquilo. Ou então sem nada. Daí ele tem mania, ele não gosta que mexam nas roupas dele. (S10)

É, a rotina... tem que ser sempre a mesma, né? Não pode mudar, tem que seguir sempre aquilo ali e não é que seja ruim pra gente,... às vezes cansa, né? É sempre o mesmo. Mas não adianta, eles não têm como, a rotina pra eles é uma coisa essencial. Faz parte e gente tem que se adequar. Eu acho que a gente no fim é que vai se adequando. (S8)

Agressividade! Tem horas que ele tá ótimo, aí de uma hora pra outra ele agride se tu não fizer as vontades dele. Tem um cronograma que ele quer que as coisas aconteçam, o que é bem característico do autismo. Se tu não consegues fazer aquilo, ele vem e quebra as coisas. Tu não sabe mais como lidar, dá um desespero. Muda a fisionomia, parece que ele não te conhece. Num esquizofrênico tu vê a maldade e no autista tu vê o desespero. (S27)

4.4 *Atrasos do desenvolvimento*: Dificuldade de controle esfinteriano (enurese, encoprese) ou deficiência mental.

Controlar os esfinceteres, né. É um problema, durante o dia a gente bota ela no banheiro de tempos em tempos, e de noite a gente põe a fralda nela... A gente criou mais ou menos uma rotina. (S19)

5. Temores frente à condição do filho

5.1 *Futuro*: Temores com referências diretas ao futuro.

É o futuro do F. Até tem aqui em casa os meus tios que moram aqui e me dão uma mão quando eu preciso. Mas eu não posso deixar o F. com eles, eles têm a vida deles e eu não queria passar uma dificuldade pra eles. (S4)

5.2 *Falta de autonomia/independência*: Temores relacionados à falta ou dificuldade de autonomia do filho (Ex.: “*Eu só me preocupo com a independência dele. Eu acho que ele tem que aprender a se virar sozinho. Não depender, porque o mundo não vai dar tudo na mão dele.*”).

5.3 *Comportamento/convulsões*: Referentes às dificuldades comportamentais (Ex.: agitação, agressões), e às crises convulsivas (Ex.: “*O que eu mais temo em relação aos problemas do F. é que uma vez ele teve convulsão, uma vez só, e eu tenho medo que dê de novo.*”) (S22)

5.4 *Dificuldades cognitivas/aprendizagem/comunicação*: Temores relacionados às dificuldades de comunicação, (Ex.: linguagem, fala), dificuldades de aprendizagem (Ex.: Não saber ler ou escrever) e dificuldades cognitivas (Ex.: compreensão).

Ela não fala, se falasse ficava mais fácil, né. A gente compreende ela, mas se um dia tem que deixar com alguém, será que vão conseguir compreender ela? (S10)

6. Expectativas frente ao tratamento

6.1 *Autonomia/independência*: Expectativa de que seu filho seja mais independente.

6.2 *Comportamentais*: Melhorias dos comportamentos (Ex.: comportamentos rígidos, repetitivos, agressividade).

6.3 *Comunicação/interação social*: Expectativa de que seu filho forme novas amizades, melhorando a comunicação e a interação social.

Eu espero mais na comunicação. Que ela consiga pelo menos entender ...o que a gente fala, entender o que as outras pessoas falam, ou que alguém fale pra ela na rua ou em qualquer outro lugar. Entender e devolver uma resposta. Isso aí pra mim é uma das coisas. (S29)

6.4 *Aprendizagem/cognitivo*: Expectativas de que seu filho aprenda a ler, escrever ou melhore aspectos cognitivos.

Eu espero assim... que ele aprenda a ler e escrever. Porque o meu marido acha que o dia em que ele aprender a ler e escrever os horizontes vão se abrir pra ele. Eu tenho dúvidas, porque eu conheço muitos que lêem, mas não entendem o que tão lendo, né. (S2)

6.5 *Baixas expectativas*: Não espera nenhuma melhoria (Ex.: “*Acho que... melhor do que isso ele não vai.*”).

7. Apoio do marido

7.1 *Apoio financeiro*: Apoio ou falta de apoio financeiro por parte do marido

7.1.1 Auxiliam financeiramente: (Ex.: “*Dá, dá. Dá pensão.*”).

7.1.2 Não auxiliam financeiramente: (Ex.: “*Ele só me engravidou e desapareceu! Não dá uma ajudinha, nada! Mas ele podia ao menos dar um dinheiro pra ajudar nas coisas. Mas nem isso!*”).

7.2 *Cuidados diretos com o filho*: Falta ou prestação de cuidados prestados pelo marido diretamente ao filho portador de TGD (Ex.: auxílio no banho, medicação).

7.2.1 Auxiliam: (Ex.: “*Um paizão pro R. Ele faz coisas com o R., dá o banho, faz a barba.... Ele faz tudo com o R.*”).

7.2.2 Não auxiliam: (Ex.: “*Ele aparece aqui em casa de vez em quando. Mais ou menos uma vez a cada 15 dias, mas de vez em quando nem olha ela. Só passa e vai embora.*”).

7.3. *Apoio à família*: Cooperação paterna de modo geral à família (Ex.: apoio afetivo, auxílio nas demais tarefas da casa, interesse por assuntos e membros da família).

7.3.1 Positiva:

Tem vezes que, pelo fato do J. não falar, o G. só olhava no olho dele e percebia coisas que nem eu tinha percebido. Então ele olhava e logo dizia: “O que é que o J. tem, ele não tá bem.”, aí tu podia crer que ou o J. tava enjoado ou era gripe que vinha ... o G. sempre teve essa sensibilidade com o J. maior do que eu. (S6)

7.3.2 Negativa: (Ex.: “*Não, várias vezes eu tentei me separar e tudo porque, como eu te falei antes ele era alcoólatra, né, então a gente, a família, enfrentou muito problema por causa disso.*”).

7.4 *Relação entre o casal*: Qualidade da relação conjugal.

7.4.1 Positiva: (Ex.: “*Ah... o nosso relacionamento é muito bom. Nós estamos casados a 24 anos. Nós nunca nos separamos, só umas brigazinhas. Mas briga assim, de ficar de mau mesmo, não. A gente se dá muito bem.*”).

7.4.2 Misto: Misto de descrições positivas e negativas

7.4.3 Negativa: (Ex. “*Foi difícil. Eu passei um bom tempo governando duas cabeças ... é que ele não aceitava, né. Tipo uma rejeição. Ele era muito frio com o M.. Comigo era mais ou menos a mesma coisa, a gente se afasta muito em função disso tudo, tu se afasta.*”).

8. Separações entre o casal

8.1 *Nunca*: Casal nunca se separou.

8.2 *Temporária*: Separações por um período de tempo, com retorno posterior à união conjugal.

8.3 *Definitiva*: Separações sem retorno.

9. Impacto nos irmãos

Aspectos diretamente relacionados aos irmãos na família.

9.1 *Auxílio nos cuidados diretos/financeiramente*: Auxílios nos cuidados diretos ou financeiros ao portador de TGD.

9.1.1 *Ajudam*: Auxiliam diretamente com os cuidados do portador de TGD (Ex.: “*Ele sempre foi muito, muito meu amigo. Excelente! Ele tinha 10 anos e me ajudava a cuidar dela de noite. Ele levava ela no médico. Ele sempre foi aquele parceiro, como é até hoje.*”).

9.1.2 *Ajudam um pouco*: Auxílio parcial com os cuidados ou falta de colaboração (Ex.: “*É claro, se eu pedir ele faz, mas se eu não pedir ele não faz nada.*”).

9.1.3 *Não ajudam*: Falta de auxílio nos cuidados diretos, normalmente devido ao pouco tempo disponível (Ex.: “*A S., minha filha, não pára em casa ... sai antes da irmã acordar e chega ela já ta dormindo. Ela tem pouco contato com ela.*”).

9.2 *Relação com a mãe*: Qualidade da relação da mãe com os outros irmãos.

9.2.1 *Positiva*: Relação qualitativamente boa com seus filhos (Ex.: “*É, bem, bem, nos damos bem! Nos entendemos bem.*”).

9.2.2 *Negativa*: (Ex.: “*Eu e o A. nos pegamos no pau várias vezes por causa dessas coisas*”).

9.3 *Sentimentos*: Sentimentos dos irmãos relacionados direta ou indiretamente ao portador de TGD.

9.3.1 *Pena/culpa*: Sentimento de pena ou culpa pela condição do irmão (Ex.: “*É assim ó, ela tem muita dó, né, pelo que aconteceu.*”).

9.3.2 *Raiva/impaciência*: Sentimentos relacionados ao irmão (Ex.: “*Esses dias ele tava com uma marca no pescoço. Ele beliscou ele, parece que tem raiva do irmão!*”).

9.3.3 *Superproteção/ciúmes*: Ciúmes do irmão ou superproteção dos pais ao portador de TGD (Ex.: recebe mais atenção, carinho, comidas especiais).

... sentem um pouco de ciúmes também, porque eu fico bem mais em cima do A. do que dos outros, e eles sentem, né. Às vezes eles dizem: “Pô mãe, larga ele e vem ver uma tevê com a gente um pouco!” Só que não dá, como é que eu vou deixar o A. num canto? Eu tento explicar, mas eu acho que eles sentem ciúmes mesmo. (S23)

9.3.4 Vergonha/medo: Sentimento de vergonha da condição do irmão (Ex.: “... com 10 anos eu já botava ele pra levar o M. pra escola especial. Ele se incomodava com o M., dizia: *Que vergonha!*”) ou medo (Ex.: agressões do irmão).

9.4 Aceitação do problema/brincam/educam: Compreendem e aceitam as dificuldades do irmão, realizam atividades recreativas ou contribuem com a educação do portador de TGD

9.4.1 Positivo: (Ex.: “*Todo mundo age normal com o J.. Esse é o jeito dele e o pessoal aceita ele do jeito que ele é.*”).

9.4.2 Negativo: (Ex.: “*Mas os meus guris eles reclamam bastante. Às vezes querem que eu interne ele. Querem se livrar dele.*”).

10. Mudanças no estilo de vida após o diagnóstico

Mudanças no cotidiano familiar percebidas pela mãe após o diagnóstico ou ao eclodirem as dificuldades do filho.

10.1 *Sobrecarga nos cuidados/busca por atendimento*: Aumento na demanda de cuidados prestados ou aumento de busca por atendimento nos diversos locais (Ex.: “*Eu sinto que a demanda por cuidados do F. ocupa grande parte da minha vida.*”).

10.2 *Isolamento social*: Diminuição das saídas ou passeios, não receberem mais visitas de amigos ou familiares, acompanhados do sentimento de isolamento.

Eu percebo que as pessoas deixaram de vir na minha casa porque ficam apavoradas por causa daquele auê todo, que pra gente, não é que seja normal, mas pras outras pessoas é um choque. O meu pai que mora em A., vinha 2, 3 vezes por ano e ficava 3, 4 dias dentro da minha casa. Agora ele vem 1 vez só, chega e logo de manhã tá indo embora. Tu vê que as pessoas já não querem conviver com aquele problema. (S24)

10.3 *Impacto financeiro*: Aumento dos gastos familiares com serviços médicos e terapêuticos (Ex.: “*A gente deu oitocentos pila na época ... assinou um papel ali, já tinha que deixar o dinheiro. Uma bolada de dinheiro.*”).

10.4 *Necessidade de abandonar/remanejar atividades de lazer ou laboral*: A condição do filho obriga a mãe a abandonar suas atividades de lazer (Ex.: *hobbies*, passeios, saídas) ou laborais (Ex.: “*Mas, já acostumei. Parei de trabalhar exatamente pra poder dar conta de tudo isso aí.*”).

10.5 *Não percebem mudanças no estilo de vida*: Ausência de identificação de algum aspecto que tenha mudado em sua vida.

11. Distribuição das responsabilidades

Como estão distribuídas as responsabilidades gerais entre os membros da família (Ex.: responsabilidades domésticas, para com o portador de TGD).

11.1 *Equilibradas*: Responsabilidades divididas entre os demais membros da família.

Tão bem distribuídas, aqui todo mundo trabalha. Se tem que fazer comida, um dia um faz, outro dia outro faz. Todo mundo recolhe roupa, todo mundo faz um pouco. A gente tenta repartir as atividades dentro de casa. (S10)

11.2 *Concentradas na mãe*: Responsabilidades domésticas (Ex.: cozinhar, arrumar a casa), e para com os cuidados do filho (Ex.: levar à escola, levar a exames).

As coisas da casa são só comigo. Aqui em casa é um horror, é só eu ... a gente é uma família a gente tem que se ajudar. E não é esse o pensamento aqui. É isso que eu sinto falta, que a casa é a única obrigação... eles acham que levar uma coisa e deixar na pia é um favor já! (S2)

12. Trocas nas responsabilidades

Existência ou não de trocas das responsabilidades entre os membros da família.

12.1 *Não existem trocas*: As responsabilidades domésticas e dos cuidados ao portador de TGD são fixas para cada membro da família.

Eu sempre assumo tudo com relação ao D. Sabe, eu não quero compartilhar, nunca cobrei ... nunca admiti, até hoje sou assim. Eu tenho que cuidar do D., eu que tenho que dar remédio, eu que... Sabe? E eu nunca, nunca também cobrei e nunca quis partilhar isso. (S15)

12.2 *Existem trocas*: Existência de trocas periódicas entre as responsabilidades.

A gente faz assim: o que chegou primeiro vai recolhendo a roupa, vai cuidando do que tem no fogo, é uma rotina da casa que todo mundo vai ajudando. Se eu começo uma comida e o meu marido chega, eu vou dar banho na D. e ele assume o fogão ...a gente vai trocando. (S19)

13. Quem passa mais tempo cuidando do filho

13.1 *Mãe*: A mãe passa a maior parte do tempo cuidando do filho.

13.2 *Cuidados divididos*: Cuidados divididos entre os demais membros da família ou cuidadores.

14. Reação externa às características do filho

Reações das pessoas frente às características do filho em locais públicos ou familiares (Ex.: agitação, comportamentos).

14.1 *Reação de pessoas próximas*: Reação das pessoas próximas (Ex.: familiares, vizinhos).

14.1.1 Positiva: Compreensão, respeito ou auxílio indireto ao filho.

14.1.2 Mista: Reações positivas e negativas.

14.1.3 Negativa: Falta de compreensão, desrespeito, preconceito ou discriminação.

14.2 *Reação de pessoas desconhecidas*: Reação de pessoas desconhecidas, normalmente em locais públicos, frente às características do filho.

14.2.1 Positiva: Compreensão, respeito ou auxílio indireto ao filho.

14.2.2 Mista: Reações positivas e negativas

14.2.3 Negativa: Falta de compreensão, desrespeito, preconceito ou discriminação.

... os vizinhos é todo mundo muito legal, todo mundo fala com ele quando ele sai na rua. Agora, na rua é muito difícil ... tem gente que chega a se torcer pra ficar olhando. E eu não admito isso né. É um tipo de preconceito. De vez em quando alguém vem me perguntar o que ele tem, outros ficam rindo. Já me aconteceu há um tempo atrás, ali no centro, eu entrei numa farmácia e a balconista ... o A. caminhava na ponta dos pés, ela olhava pro outro rapaz, cutucava ele e ficava rindo. Aí ó, já viu o final, né. (S9)

15. Frequência de saídas da mãe

Frequências de saídas das mães a locais públicos (Ex.: parques, shopping center) com e sem o portador de TGD.

15.1 *Frequência de saídas da mãe com o portador de TGD.*

15.1.1 Diariamente: De 1 a 7 vezes por semana.

15.1.2 Menos de uma vez por semana: Menos de 4 vezes ao mês.

15.1.3 Menos de uma vez por mês.

15.1.4 Nunca: relatos de que nunca sai.

15.2 *Frequência de saídas da mãe sem o portador de TGD.*

15.2.1 Diariamente: De 1 a 7 vezes por semana.

15.2.2 Menos de uma vez por semana: Menos de 4 vezes ao mês.

15.2.3 Menos de uma vez por mês.

15.2.4 Nunca.

16. Cuidados na ausência da mãe

A quem a mãe confia os cuidados de seu filho em sua ausência.

16.1 *Família nuclear/extensa:* (Ex.: pai, irmãos).

16.2 *Externas à família/ninguém:* Pessoas externas (Ex.: amigos, instituições, conhecidos) ou ninguém.

17. Planos familiares para o futuro do portador de TGD

Planos concretos ou expectativas que mobilizam a família frente ao futuro do seu filho.

17.1 *Seguro de vida/plano de saúde:* Desejo ou planejamento destes.

17.2 *Irmão/familiares:* Expectativa ou preparação do irmão para exercer os cuidados futuros do portador de TGD.

17.3 *Evita pensar no assunto:* Referências de que procura não pensar nesse assunto, geralmente associado ao sofrimento de pensar e não ter uma solução.

17.4 *Institucionalizar:* Internação em instituição de saúde mental ou clínica de tratamento.

17.5 *Desejo de morrer antes:* Desejo materno de que seu filho faleça antes dela e, desse modo, evitando deixar o filho sem cuidados.

Ex.: *Irmão/familiares*

Acho que eu não tenho plano. Talvez, de vez em quando eu penso que, o irmão dela poderia cuidar dela quando eu me for. Eu tenho pensado nisso, né. O

problema é que só Deus sabe o futuro. Vai que ele casa, como é que a mulher dele vai lidar com isso? Espero que ajude, mas a gente não sabe né. Vamos ver. (S19)

Ex.: *Evita pensar no assunto*

Não sei, nem penso nisso! Eu acho que eu tenho que pensar no presente e não no futuro. O futuro a Deus pertence. Não tenho quem fique com ela, não tenho solução, então eu prefiro sair da real e nem pensar nisso, senão eu piro! (S29)

Ex.: *Institucionalizar*

... um abrigo protegido pra ele ... um local onde ele possa ficar. Um local protegido. (S16)

Ex.: *Seguro de vida/plano de saúde*

Pior que nós não temos nem plano. Só o S.U.S. mesmo. A gente até pensa muito sobre o futuro, mas no momento a gente ainda não tem nada. Eu tenho vontade de mais tarde fazer um plano de saúde pra ele. (S26)

3.7 Principais Dificuldades e Estratégias de Coping

No que se refere as principais dificuldades do portador de TGD, enfrentadas pelas mães, a análise de conteúdo permitiu gerar 4 categorias principais: Comportamentais (Ex.: comportamentos rígidos, repetitivos, agitação e agressividade); Comunicação/ interação social (Ex.: dificuldades de compreensão, expressão e interação); Autonomia/independência (Ex.: tomar banho, vestir-se, fazer a higiene); Atrasos do desenvolvimento (Ex.: controle dos esfíncteres, deficiência mental). As frequências e porcentagens podem ser observadas na Tabela 13.

Tabela 13
Freqüências e Porcentagens das Principais Dificuldades do Portador de TGD

dificuldade	f (%)
comportamento	46 (63)
comunicação	6 (8,2)
autonomia/independência (avds)	14 (19,2)
atraso do desenvolvimento	7 (9,6)
Total	73 (100)

Quanto às estratégias de *Coping*, estas foram inicialmente estabelecidas *a priori* a partir do estudo de Dell’Aglío e Hutz (2002), e adaptadas levando em conta as respostas às entrevistas. Foram identificadas 8 estratégias: Ação direta, ação agressiva, busca de apoio social/religioso, expressão emocional, aceitação, evitação/distração, inação, reavaliação positiva. As estratégias são definidas abaixo e suas respectivas freqüências e porcentagens podem ser observadas na Tabela 14.

1. *Ação Agressiva*: Atividades físicas ou motoras que podem causar danos a uma pessoa, um animal ou objeto. Pode ser uma agressão física ou verbal, manifestação de raiva, ataque, destruição, grito (Ex: "*Eu me ataco, saio da real e acabo batendo nela.*").

2. *Evitação/Distração*: Comportamento ou pensamento que leva o indivíduo a se afastar da situação de estresse, adiando a necessidade de lidar com o estressor. É uma tentativa deliberada de manter-se longe do estressor ou de cognitivamente evitar saber de sua existência. O sujeito pode fugir da situação, ir para outro lugar, tentar escapar, evitar, não pensar sobre o problema ou desenvolver outra atividade (Ex: "*Saio, dou uma volta, fumo o meu cigarro. Tenho que arejar!*", "*Eu largo ele, deixo de fazer o que estou fazendo com ele e vou pro meu canto*").

3. *Busca de Apoio Social/religioso*: Comportamento não agressivo que envolve a busca de apoio de uma pessoa ou apoio religioso (Ex.: rezar, pedir a deus). Pode ser uma busca de apoio por razões emocionais (para pedir conforto, desabafar, falar sobre) ou busca de apoio por razões instrumentais (busca de alguém que resolva o problema para ela, que possa protegê-la do estressor). (Ex.: "*Nessa hora eu peço assim ó: Senhor, dai-me paciência, força.*", "*Ah, eu tenho um médico fora de série, que volta e meia eu vô nele, me dá uns Diazepan*").

4. *Ação Direta*: Comportamento que elimina o estressor ou modifica as características do estressor. Lida diretamente com o estressor. Quando a pessoa propõe algo para alterar a situação, tenta resolver o conflito diretamente, enfrentando-o ou tentando solucionar a

situação de alguma forma (Ex: *"Eu já dou o limite da comida pra ela, e vamos escovar os dentes e sair da mesa"*).

5. *Inação*: Comportamento de ficar parado, bloquear-se ou não tomar iniciativa nenhuma (Ex.: *"Nada. Eu fico esperando a minha frustração passar."*, *"Eu vou pro meu canto e espero passar. Não tem o que fazer"*).

6. *Aceitação*: Quando a pessoa aceita a situação, submetendo-se às exigências do estressor (Ex.: *"Sim, tem que dar o banho. Não tenho saída, tem que dar, tem que dar!"*).

7. *Expressão Emocional*: Manifestação do estado emocional ligado ao evento. Por exemplo: chorar, gritar (mas não com alguém) (Ex.: *"Fico triste, né doutor"*, *"Normalmente eu choro, pra poder me aliviar."*).

8. *Reavaliação positiva*: Esforços para criar significados positivos através da focalização no crescimento pessoal ou espiritual ou na comparação com situações piores que a sua (Ex.: *"Eu acho que tem coisas muito piores, né."*).

Tabela 14
Estratégias de Coping

estratégia utilizada	f (%)
evitação/distração	23 (31,5)
Aceitação	8 (12,3)
reavaliação positiva	7 (9,6)
busca de apoio social/religioso	11 (15,1)
Inação	11 (15,1)
Expressão emocional	8 (11)
ação agressiva	1 (1,4)
ação direta	3 (4,1)
Total	73 (100)

O cruzamento dos dados das dificuldades dos portadores de TGD com as estratégias maternas utilizadas para enfrentá-las, revelou que a estratégia mais utilizada, tanto frente às dificuldades de autonomia/independência quanto de comportamento, foi Evitação/distração (35,7% e 34,8%, respectivamente). Para as dificuldades de comunicação, a estratégia mais utilizada foi inação (33,3%) e, por fim, para as dificuldades de atraso do desenvolvimento as estratégias mais usadas foram igualmente reavaliação positiva, busca de apoio social/religioso e expressão emocional, com 28,6%. Os demais dados podem ser observados na Tabela 15.

Tabela 15

Frequências e Porcentagens das Dificuldades e Estratégias de Coping

estratégia utilizada	Dificuldades							
	comportamento		autonomia/ independência (avd's)		comunicação		atrasos do desenvolvimento	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
evitação/distração	16	34,8	5	35,7	1	16,7	1	14,3
aceitação	6	13	2	14,3	1	16,7	0	0
reavaliação positiva	2	4,3	2	14,3	1	16,7	2	28,6
busca de apoio social/religioso	7	15,2	2	14,3	0	0	2	28,6
inação	7	15,2	2	14,3	2	33,3	0	0
expressão emocional	5	10,9	1	7,1	0	0	2	28,6
ação agressiva	0	0	0	0	1	16,7	0	0
ação direta	3	6,5	0	0	0	0	0	0

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO

A análise dos dados da Escala de Stress e Escala de Auto-Eficácia demonstrou não existir correlação significativa entre as variáveis investigadas. A partir deste resultado, pode-se constatar que a hipótese a respeito da existência de uma correlação negativa entre níveis de estresse e auto-eficácia não foi confirmada.

Uma das possíveis explicações sobre a não detecção da correlação negativa entre as variáveis investigadas pode estar associada ao tamanho da amostra, que pode ser considerada pequena. Esta situação aumenta os riscos do ocorrer erro do Tipo II, isto é, falha em detectar diferenças quando estas podem realmente existir. Todavia, o emprego de amostras pequenas tem sido característico dos estudos desta área, dadas a baixa prevalência da síndrome do autismo na população e a dificuldade de acesso a estas famílias (Konstantareas & Homatidis, 1989; Milgram & Atzil, 1988; Perry & cols., 1992; Sofronoff & Forbotko, 2002; Tanguay, 2000).

Outro fator diz respeito aos altos níveis de auto-eficácia materna inesperadamente encontrados, já que grande parte das mães considerou-se moderada ou completamente confiante no manejo dos comportamentos apresentados por seus filhos. Por outro lado, a maior porcentagem das mães referiu baixa expectativa sobre o tratamento (Ex.: não vai melhorar), o que, teoricamente, influenciaria negativamente a auto-eficácia materna quanto ao manejo das dificuldades do filho (Bandura, 1995, 1997). Todavia, o bom nível de funcionamento dos portadores de TGD da amostra pode ser ter contribuído para o aumento dos níveis de auto-eficácia, tomando por base a pesquisa de Mouton e Tuma (1988), que mostrou a existência de correlação positiva entre estas variáveis. Do mesmo modo, o fato da maior parte das mães terem descrito seus filhos com atributos positivos, indicando boa percepção destes, somada ao fato de sentirem-se apoiada pelas escolas especiais pode também ter contribuído para o aumento dos níveis de auto-eficácia materna. De fato, algumas mães relataram ter apoio de profissionais quanto ao manejo comportamental.

Entretanto, no que se refere aos níveis de estresse das mães, verifica-se a alta incidência da presença destes sintomas, o que apresenta consonância com a descrição da literatura que aponta para a noção das mães como constituindo um grupo de alto risco para desenvolvimento de estresse (Bristol & Schopler, 1983; Factor & cols., 1990; Koegel & cols., 1992; Perry & cols., 1992).

Outro aspecto importante no que se refere ao estresse das mães, é o fato de que mais da metade destas não trabalha, ou seja, passa a maior parte do tempo em contato com o filho e acaba exercendo o papel de principal responsável pela maioria dos cuidados diretos. Além disto, uma porcentagem significativa das mães relatam não haver divisão das responsabilidades entre os demais membros da família (Ex.: alimentação, consultas médicas, vestir, medicação, etc.).

Estudos apontam que o convívio e os cuidados continuados prestados a um membro portador de TGD se mostram como um poderoso estressor que age sobre a vida destas famílias de modo muito característico (Bristol & Schopler, 1983; Holroyd & McArthur, 1976), podendo caracterizar um padrão típico de estresse, no caso do autismo (Koegel & cols., 1992). Diversas pesquisas corroboram estes achados, confirmando que as mães tendem a apresentar maior risco de tensão emocional e estresse que os demais membros da família, devido à sua pesada tarefa para com os cuidados do filho (Bristol & Gallagher, 1986; DeMyer, 1979; Milgram & Atzil, 1988; Price-Bonham & Addison, 1978). Estes fatores tendem a dificultar a divisão dos cuidados da criança entre os demais responsáveis e, conseqüentemente, o processo de adaptação familiar à enfermidade crônica (Bradford, 1997).

Apesar do estresse materno estar possivelmente relacionado à presença de um membro portador de TGD na família, o modelo psicossocial de Bradford (1997) pressupõe que presença de psicopatologia familiar não pode ser vista como uma conseqüência direta e inquestionável da ocorrência de enfermidades crônicas na família, mas como um processo que depende de vários fatores, tais como a forma como a família maneja os estressores e a qualidade do suporte social (Bristol & Schopler, 1983).

A respeito do suporte social, Beresford (1994) o define a partir de três níveis: O primeiro, derivado dos membros próximos à família e amigos, o segundo abarca os vizinhos e amigos mais distantes e o terceiro é constituído, na maior parte, pelo suporte formal ou institucional (Ex.: escola especial, serviços de saúde). A análise da visão materna sobre suporte social percebido revelou que estas recebem maior apoio do nível formal ou institucional do que por membros próximos à família e amigos. Este fenômeno foi identificado através dos altos níveis de apoio informativo e afetivo recebidos pelas mães por parte das escolas especiais e demais serviços médicos (Ex.: psiquiatras, fonoaudiólogos, psicólogos) em contraponto aos sentimentos de sobrecarga, ausência de trocas nos cuidados, responsabilidades concentradas no subsistema mãe-filho e,

principalmente, ao intenso isolamento social percebido. O depoimento abaixo ilustra esta situação.

Tu acaba ficando bastante isolada. As pessoas se afastam de ti e tu te obriga a te afastar. A família é a primeira a se afastar. A família dele muito se afastou! Acho que se afastou por medo, medo dele agredir! Até quando eu faço aniversário eles não trazem as crianças com medo que ele vá agredir as crianças deles. (S25)

Estes resultados são corroborados por outros estudos que revelam que o isolamento social ou falta de suporte social informal pode ser considerado um dos maiores fatores de maior estresse associado aos cuidados de uma pessoa com dificuldades (Beresford, 1994; Bristol, 1979; Quine & Pahl, 1985, 1986). Verifica-se que não só os tipos de suporte, mas principalmente a estrutura da rede social apresenta relação direta com a eficácia parental. Estudos referem que a amplitude desta rede (quanto maior, melhor o suporte) encontra-se associada a melhores resultados de adaptação familiar (Eiser, 1990; Kazak & Wilcox, 1984).

Cabe salientar que o suporte social disponível deve ser diferenciado do suporte percebido pelas mães. Apesar dos outros membros (maridos e filhos) terem sido citados como fontes de apoio familiar positivo (Ex.: auxiliam nos cuidados diretos do filho, apoio positivo à família, boa relação conjugal e com a mãe, aceitação do problema do filho ou irmãos), as mães referem sentirem-se isoladas e sobrecarregadas, obrigando-se a remanejar suas atividades de lazer. Muitas vezes chegam a abandonar o trabalho em função dos cuidados do filho, como pode ser visto no depoimento abaixo.

... Até não estão bem distribuídas ... por causa da questão de horário do H., né? Sobrecarrega tudo pra mim, né? Mas, já acostumei. Parei de trabalhar exatamente pra poder dar conta de tudo isso aí. (S5)

Além das restrições das atividades de lazer e laborais, que entre outros fatores, contribuem para os sentimentos de isolamento materno, deve-se dar atenção especial a outros estressores sociais importantes. Os dados mostram que as reações externas das pessoas frente às características do portador de TGD apresentam claras diferenças entre aquelas pessoas próximas da família (Ex.: familiares, vizinhos) e aquelas desconhecidas (Ex.: estranhos na rua). A reação dos primeiros mostra-se predominantemente positiva, enquanto o segundo apresenta reações negativas. Os relatos maternos ilustram esta

diferença, caracterizando as reações negativas de pessoas menos conhecidas pelo excesso de olhares de estranheza para seus filhos (relatado com profundo pesar), preconceito social velado (afastamento), e confusões por não perceber o problema (Ex.: Confundir o portador com um assaltante ou homossexual devido ao comportamento bizarro; ter medo de ser agredido pelo portador).

E eu cheguei à conclusão assim, ó, que se eu for me incomodar com o que os outros vão olhar pra M., com o que os outros vão pensar sobre a M., eu vou me deprimir, né? Eu vou me irritar, eu vou me estressar. ... eu então não tô nem aí, se tão olhando pra M. ou se vão rir da M.. Eu faço que não vejo e toco a vida. Levanto a cabeça e toco a minha, né. (S7)

A confusão pela falta de compreensão do problema merece atenção especial, pois este fator pode ter se mostrado altamente contributivo para os elevados níveis de estresse materno encontrados. Derivada dos altos níveis de crença materna de que ninguém percebe as deficiências de seus filhos, ou seja, de que por falta de algum comprometimento físico, visível externamente, as pessoas desconhecidas em ambientes públicos tendem a interpretar erroneamente os sintomas do autismo, conforme ilustram os depoimentos abaixo.

As que conhecem ele, normal, aceitam e tudo Agora as que não conhecem, ... ele vai olhando as bolsa, sabe, as sacolas ... aí já fica com um pouco de receio, né? De que vai assaltar, alguma coisa assim. (S2)

As pessoas que ele não conhece, na rua, às vezes ficam com medo, olham. Acham que vão apanhar.(S14)

No ônibus, na rua ... ele faz aquela voz roncada, aquela voz grossa, então as pessoas até saem do banco, acham que ele tá com um espírito ... elas não entendem, não notam nada! Às vezes eu xingo elas! ... eu já cansei de dizer: “ó, não ta vendo que ele tem problemas?” (S25)

O T. tem é mania, né. De pegar na meia e no pé das pessoas. ... nós estávamos no trem, e ele pegou no pé duma senhora que estava sentada ao lado, e disse: “Meia!”. A mulher só faltou bater nele. Disse: “Mas que guri passado!”. Eu disse: “Ó minha senhora, é que ele tem problemas.”. Mas a mulher levantou-se do banco e foi sentar lá do outro lado. Eu notei aquilo e me ressentí, né. Acho que ela pensou que o T. fosse uma criança safada. Não notou que ele tinha

problemas. ... é que isso acontece mais com as pessoas que não conhecem, já os vizinhos entendem. Quando ele vai no vizinho, que já estão acostumados lá em casa, ele gosta de pegar no cabelo e cheirar, passar a mão. Eu digo: “Não leva a mal, é que o T. é assim...”. Eles dizem: “Capaz, uma criança querida.”. É que o T. não vai machucar nem nada, só vai cheirar, mais nada! (S26)

Conforme Carter e McGoldrick (2001), estas famílias enfrentam um processo em seu ciclo de vida denominado evento ou transições idiossincráticas, caracterizadas pela natureza aparentemente diferente ou rara do fenômeno. A presença de um membro portador de autismo pode ou não ser um evento de ciclo de vida idiossincrático, dependendo das normas da família, do grupo de referência da família e da resposta da comunidade mais ampla. As autoras afirmam que as transições idiossincráticas são frequentemente marcadas por falta de apoio contextual da família de origem, da comunidade e da cultura mais ampla, além da dificuldade no estabelecimento de um equilíbrio entre ser como os outros (Ex.: Famílias com membros portadores de enfermidades compartilham muitas características com outras famílias) ou ser diferente dos outros (Ex.: Famílias com membros portadores de enfermidades possuem características de funcionamento diferente das outras). Como resultado, podem eclodir sentimentos distorcidos, ou negação das diferenças ou sua maximização, com a exclusão do sentimento de estar conectado aos outros. Carter e McGoldrick (2001) consideram ainda que nestes casos, é frequentemente experienciado um sentimento de estigma, em resultado do preconceito da comunidade mais ampla, o que pode conduzir à emergência de segredos e conspirações de silêncio que limitam as possibilidades de relacionamento. Uma vez que a identidade e o senso de competência familiar inclui reflexões de sistemas mais amplos com os quais elas interagem, famílias com eventos ou transições de vida idiossincráticos correm um risco maior de incorporar imagens negativas, conseqüentemente dificultando seu processo de adaptação.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao excesso de responsabilidades concentradas nas mães, o que tem obrigado estas a abrir mão de suas atividades laborais e de lazer, já que a maior parte destas não trabalha e fica a maior parte do tempo em contato direto com o filho. Verifica-se que a predominância do exercício de alguma atividade laboral por parte do marido também contribui para esta situação. Este fenômeno pode ser corroborado pela pesquisa de Tunali e Power (2002), em que foi constatado que as mães de filhos com autismo tendem a depositar maior ênfase no papel parental e menos na carreira profissional, quando comparadas a mães de filhos com desenvolvimento típico.

A partir do modelo psicossocial de Bradford (1997), compreende-se que os relacionamentos entre os diferentes componentes da família são caracterizados pelas interações recíprocas e bidirecionais, em que os padrões de influência dentro do sistema ocorrem de forma circular, estabelecendo uma relação de mútua interdependência entre seus membros. Desta forma, o estresse materno tende a repercutir nos demais subsistemas familiares ao longo do tempo, tais como os pais e os irmãos. O estudo de Gomes (2002) confirma a proposta sistêmica oferecida pelo modelo de Bradford (1997) para o entendimento desta questão, demonstrando que o estresse em irmãos de portadores de TGD é dependente da qualidade das relações familiares.

Considerando a tendência das mães em apresentar níveis de estresse provavelmente maior que os demais membros da família, devido ao maior impacto dos cuidados do filho, deve-se considerar que os demais subsistemas afetam e são afetados por este. Podemos considerar que o impacto nos pais talvez seja apenas qualitativamente diferente (Bristol & Gallagher, 1986; DeMeyer & Goldberg, 1983).

A respeito dos principais problemas para lidar com o filho, percebe-se que mais da metade das mães identificaram os problemas de comportamento (Ex.: Repetitivos, rotineiros) e dificuldades relativas à independência de seus filhos (AVDs) como os mais difíceis. Estes resultados diferem de outros estudos, pois Koegel e colaboradores (1992) identificaram as dificuldades verbais e cognitivas como maiores preditores de estresse familiar, enquanto o estudo de Konstantareas e Homatidis (1989) revelou que os comportamentos auto-lesivos (Ex.: bater-se, arranhar-se, beliscar-se ou morder-se), foram o maior preditor do estresse paterno. Por outro lado; para o estresse materno o maior preditor foi o comportamento de hiper-irritabilidade (Ex.: grau de inquietude comportamentos disfuncionais). As diferenças entre os resultados apontam para o fato de que tanto os comportamentos auto-abusivos quanto a hiper-irritabilidade, embora constituam-se como importantes fatores contributivos ao estresse materno, não são típicos ou exclusivos do quadro autístico, podendo ser encontrados também em outras condições (Ex: deficiência mental). Porém, neste mesmo estudo de Konstantareas e Homatidis (1989), ambos os pais classificaram a severidade dos sintomas de seus filhos, sendo estes organizados hierarquicamente da seguinte forma: 1º) pobreza na comunicação; 2º) desigualdades nas habilidades cognitivas; e 3º) comprometimento no relacionamento humano. A comparação com estes resultados mostra que os problemas coincidem com os descritos pelas mães da amostra, apresentando diferenças apenas quanto à hierarquia da disposição. Neste caso, fica claro o impacto da tríade sintomática do autismo nos pais, isto

é, as dificuldades de linguagem, interação social e comportamentos repetitivos, restritos ou estereotipados (Wing & Gould, 1979).

Os estudos de seguimento descritos por Howlin (1997), mostram que apenas uma pequena parte dos portadores de TGD consegue trabalhar, viver independentemente ou desenvolver relações interpessoais com outros, o que explica a preocupação das mães quanto á necessidade de autonomia para a realização das atividades de vida diária (AVDs) e comunicação. Howlin (1997) complementa afirmando que a maior parte dos portadores de TGD encontra trabalho somente se contar com o apoio da família, vive com dependência direta, com auxílio de provisões locais e depende continuamente de assistência por parte de familiares, escolas e outros sistemas de suporte.

Verificou-se que as dificuldades apresentadas pelas mães da amostra quanto á tríade do autismo (Wing & Gould, 1979) geram intensos sentimentos de insegurança, ansiedade e temores frente à condição futura do portador de TGD. Este fato pode ser observado através dos resultados de que a grande maioria das mães aponta o futuro como principal temor frente à condição do filho, como pode ser observado pelo depoimento que se segue.

É o dia em que eu ou o pai dele faltar. A gente tá tentando preparar a irmã dele, mas eu não sei até que ponto isso é certo ou não. De ela ter esse encargo, né. ... Ela é a única irmã, né. Isso a gente já falou desde pequeno com ela, em conversas. É que a gente nunca sabe, né. Quando é que não vai estar mais aqui. Tá, tudo bem, mas e o dia em que ela casar? Como é que vai ser o marido dela? Não sei, né. Se ele vai aceitar ou não. Por exemplo: ela tem um namorado há 7 anos, que adora o M., se dá bem e tudo. Mas eu não sei se ela vai casar com ele. (S15)

As estratégias de *coping* utilizadas pelas mães para lidarem com as dificuldades de seus filhos revelaram a predominância do uso de evitação/distração frente às dificuldades de comportamento e atividades de vida diária. Este resultado é corroborado pelo estudo de Ellis e Hirsch (2000), o qual refere que familiares que possuem um membro com TGD têm dificuldades em cumprir suas demandas de vida diária, experimentando tensão nas relações interpessoais. Como resultado, recorrem a estratégias de *coping* consideradas menos adaptativas, tais como a evitação.

Cohen e Volkmar (1997) explicam que, devido ao autismo ser caracterizado como um transtorno neuropsiquiátrico, que afeta principalmente a comunicação funcional e comportamentos sociais, o sistema familiar é afetado, repercutindo em suas estratégias de

coping utilizadas. O estudo de Sivberg (2002) explorou as diferenças entre o sistema familiar e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais com filhos portadores de TGD e sem TGD, encontrando diferenças importantes entre os grupos. As estratégias mais utilizadas pelo grupo de pais de TGDs foram afastamento e evitação, enquanto o grupo de desenvolvimento típico mostrou maior frequência no uso das estratégias de busca de suporte social e resolução de problemas. Percebe-se que as estratégias utilizadas pelos pais de TGDs, em oposição ao grupo com DT, se caracterizam por lidarem com o estressor através de seu afastamento. Neste estudo encontrou-se também que este fenômeno ocorre em reação à intensa tensão intrafamiliar, decorrente das dificuldades relacionadas ao convívio diário com o portador de TGD, dada a correlação positiva encontrada para pais de TGDs entre tensão nas relações familiares e uso da estratégia de evitação (Hastings & Brown, 2002). De acordo com o presente estudo, podemos pensar que as estratégias de evitação utilizadas pelas mães da amostra, embora sejam racionais e funcionais em algumas situações, podem ser usadas de modo não funcional, possivelmente devido à baixa qualidade do suporte social percebido. O uso destas estratégias também afeta a capacidade de planejar os cuidados futuros como, por exemplo, providenciar tutela, fazer poupança e planos de saúde, conhecer os direitos dos portadores (Ex.: aposentadoria) e procurar recursos na comunidade.

O estudo de Judge (1998) identificou que os 3 tipos de estratégias de *coping* mais utilizadas por pais de TGD são: 1) Concentração na próxima etapa, 2) Aumento dos esforços para fazer as coisas funcionarem, e 3) reavaliação positiva. Congruente com o estudo de Sivberg (2002), a autora encontrou que os esforços comportamentais para escapar ou evitar o problema mostraram-se negativamente relacionados ao fortalecimento familiar, enquanto os esforços de *coping* parental direcionados a procura de apoio social se encontram positivamente correlacionados ao fortalecimento familiar. Deste modo podemos concluir que a estratégia de evitação/distração, identificada como predominante no presente estudo, tende a ser utilizada de forma não funcional, possivelmente afetando as relações entre os membros da família. Dessa forma, pode ocorrer um aumento da tensão intrafamiliar, contribuindo indiretamente para os altos níveis de estresse materno. De fato, há relatos maternos de ciúmes e competição pela atenção, da parte dos irmãos.

É importante destacar-se que as estratégias de *coping* também são influenciadas pelos recursos de *coping* disponíveis, ao que Beresford (1994) aponta as crenças das mães como fatores importantes nesse processo. Esta autora cita estudos que investigaram as crenças de pais de filhos com dificuldades, afirmando que a habilidade destes familiares

em focalizarem-se nos aspectos positivos de seus filhos tem se mostrado positivamente relacionadas a melhor adaptação familiar (Obetz, Swenson McCarthy, Gilchrist & Burgett, 1980; Turnbull, Brotherson & Summers, 1985; Venters, 1981). Além disto, percebe-se que quase metade da amostra do presente estudo descreve seus filhos com atributos positivos, e uma boa parte com atributos mistos, revelando este como um dos fatores contributivos à adaptação familiar.

As crenças religiosas também são citadas como fatores que influenciam a adaptação destas famílias, pois oferecem a oportunidade de redefinir o significado dos problemas dos seus filhos (Beresford, 1994). Apesar da análise de conteúdo não ter identificado crenças diretamente relacionadas à religião, percebeu-se que este recurso se encontra implicitamente expresso em grande parte das mães através da estratégia de *coping* de busca de apoio social/religioso, aparecendo também em alguns depoimentos a respeito das crenças sobre a etiologia dos TGDs, como o exposto abaixo.

Acho que isso são uns presentes que Deus dá. Uns são sorteados, e eu fui uma delas e aceitei. (S23)

Acho que eu fui escolhida. Dizem que deus nunca dá uma cruz maior que os ombros da gente, né. Então se me veio ele assim é porque eu posso, eu tenho que conseguir criar. (S18)

Ah, nessa hora eu peço assim ó, ergo as mãos e peço assim: Senhor, dai-me paciência, força! (S10)

Estes resultados também foram encontrados em vários estudos sobre crenças de mães de filhos portadores de enfermidade crônica, sendo considerado como um recurso importante que permite aos pais gerarem suas próprias expectativas para os eventos futuros ao longo das prestações de cuidados ao filho (Barbarian, Hughes & Chesler, 1985; Fewell, 1986; Libow, 1989; Venters, 1981). Deste modo, podemos compreender que a busca de apoio social/religioso, adicionado ao bom nível de suporte formal e institucional percebido, exerce uma importante função de suporte.

Verifica-se que as crenças maternas sobre as características do autismo se mostraram marcantes para os comportamentos, caracterizados como instáveis e imprevisíveis. Conforme Atkinsons e colaboradores (1995), os eventos imprevisíveis tornam-se eventos potencialmente estressantes pela incapacidade do indivíduo em prever

sua ocorrência, referindo que tanto humanos quanto animais preferem eventos aversivos previsíveis àqueles imprevisíveis. Deste modo, a crença expressa pelas mães a respeito da imprevisibilidade dos comportamentos dos portadores de TGD pode ser considerada como um dos fatores contributivos ao estresse e potencialmente dificultador da adaptação familiar à enfermidade crônica.

Os vários fatores contributivos para o estresse materno, presentes ao longo do tempo, tendem a cristalizarem-se, suscitando o possível surgimento de psicopatologia. Conforme os resultados encontrados no presente estudo, as mães apresentam altos níveis de distúrbios mentais, tais como ansiedade generalizada, distímia e depressão. Nota-se a estreita relação entre a presença de sintomatologia característica destes distúrbios psiquiátricos e a presença de sintomas detectados pela escala de estresse, em que os ambos podem estar sobrepostos no mesmo quadro. Lecrubier e colaboradores (2002) corroboram esta suposição. Utilizando o M.I.N.I. para investigar a presença de distúrbios psiquiátricos em cuidadores de pacientes portadores de doença mental em países do oeste europeu, estes autores identificaram a presença de altos níveis de depressão e ansiedade generalizada. Estes autores referem que estas taxas devem-se às importantes dificuldades sociais e à presença de eventos estressantes, os quais “explicariam” a depressão.

É importante considerar ainda o ciclo vital da família na explicação do estresse e depressão materna. O curso normativo do ciclo de vida familiar durante a fase da meia-idade feminina é caracterizado pela fase do “ninho vazio”, em que os filhos vão conquistando sua autonomia e deixando a casa da família rumo à sua independência. O estudo de Harkins (1978) determinou que os efeitos negativos desta fase sobre o bem-estar materno são leves e desaparecem dentro de dois anos. Isto se deve principalmente ao fato de que a separação dos filhos e a conseqüente construção da individualidade materna implicam em maior facilidade para lidar com as transições no ciclo vital, acarretando um efeito positivo sobre o bem-estar psicológico. A autora afirma que “... a única ameaça ao bem-estar talvez seja ter um filho que não consegue se tornar independente” (p. 255). A partir destas considerações, entende-se que as mães da amostra possivelmente tenham construído suas vidas concentrando-se nas necessidades da família às custas de suas próprias necessidades (Ex.: abandono da atividade laboral, principal responsável pelas responsabilidades domésticas), o que pode ter contribuído para aumentar as dificuldades de transição de ciclo de vida esperado para suas idades.

Conclui-se então que as dificuldades sociais (Ex.: preconceito, isolamento, baixo nível de suporte social), enquanto um dos fenômenos freqüentemente identificado em

famílias de portadores de autismo, somadas à presença de outros estressores, funcionam como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos nas mães.

CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontam para o fato de que o estresse, mais especificamente no contexto de adaptação à enfermidade crônica, não pode ser visto como uma relação causal e linear, em que a presença de um portador de TGD ou eventos de vida serão necessariamente preditores de estresse no indivíduo. Ao contrário, a perspectiva transacional se mostra mais adequada para esta compreensão (Bradford, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Sameroff, 1991). O entendimento do impacto da presença de um membro portador de TGD na família pode ser complementado pelo modelo psicossocial sistêmico, o qual constitui uma ferramenta importante nesse sentido. Todas as mudanças existentes nesse contexto parecem colocar as mães em situação de estresse, porém a intensidade deste fenômeno depende de um conjunto de fatores que podem mediar seu impacto. Deve-se considerar também a avaliação subjetiva do estressor, o que por sua vez é influenciada pelas características do indivíduo, pelo sistema de crenças e pela natureza do estressor (Lazarus & Folkman, 1984).

Cabe salientar que o processo de adaptação à enfermidade crônica encontra-se mais relacionado a aspectos da reorganização familiar (Ex.: distribuição das responsabilidades na família, suporte social adequado, expectativas sobre tratamento e crenças sobre os TGDs) do que à simples ausência de psicopatologia no sistema. De fato, os recursos de suporte social percebidos, o nível de sofrimento experimentado, as crenças subjacentes e as estratégias de *coping* permeiam este processo, o qual não é linear no tempo nem no espaço, já que evoluem e se modificam de acordo com o ciclo vital familiar e contexto social (Bradford, 1994; Sameroff, 1991).

Os dados deste estudo parecem indicar que a presença de um filho com TGD, por si só, não representa necessariamente um evento adverso para as mães. O que realmente parece contribuir para o estresse materno é a sobrecarga das responsabilidades e o conseqüente isolamento social, pois muitas abdicam de trabalhar fora e ter uma carreira. Soma-se a isto o impacto do preconceito, conforme o relato das mães acerca da reação das pessoas na comunidade. A saúde mental materna depende da percepção e identificação dos recursos existentes, estratégias de *coping*, rede de apoio percebida e qualidade oferecida pelos sistemas de saúde, sendo particularmente importante, a qualidade das relações familiares. Apesar da falha na identificação de uma correlação negativa entre a auto-eficácia e o estresse materno, fatores como, por exemplo, o impacto do preconceito social e

a sobrecarga nas responsabilidades maternas, talvez constituam mediadores de estresse nas mães. De modo geral, pode-se concluir que a adaptação à enfermidade crônica depende de uma complexa interação de fatores intra e extrafamiliares, em que o acometimento encontra-se associado ao modo como a família lida com os estressores.

Apesar da hipótese de que possivelmente haveria correlação negativa entre estresse e auto-eficácia não ter sido confirmada, salienta-se que este resultado não pode ser considerado consistentemente conclusivo ou ser generalizado, sugerindo-se a realização de estudos com amostras maiores que possam captar com acurácia a expressão do fenômeno. Do mesmo modo, a inexistência de um grupo controle constituído por portadores de outras patologias, que não o autismo, e um grupo sem patologias representa uma das limitações deste estudo. Finalmente, os dados sobre as dificuldades de relacionamento com os outros membros da família, em especial os maridos, identificados neste estudo, apontam para a necessidade de incluir os pais em futuras investigações sobre o impacto dos TGDs na família.

CAPÍTULO VI: REFERÊNCIAS

- Amorim, P. (2000). Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3, 106-115.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 42-54.
- Associação Brasileira de Autismo (1997). Política nacional de atenção à pessoa portadora da síndrome do autismo. Em C. Gauderer (Org.), *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: Guia prático para pais e profissionais* (pp. 31-34). Rio de Janeiro: Revinter.
- Associação Psiquiátrica Americana (1980). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (3^a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana (1989). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (3^a. ed. rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana (1994). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4^a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4^a. ed. texto rev.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Assumpção Jr., J. F. B. (1995). Conceito e classificações das síndromes autísticas. Em J. S. Schwartzman & F. B. Assumpção Jr. (Orgs.), *Autismo infantil* (pp. 3-16). São Paulo: Memnon.
- Assumpção Jr., J. F. B. (1997). *Transtornos invasivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Lemos.
- Atkinsons, R. L., Atkinsons, R. C., Smith, E. E. & Bem, D. J. (1995). *Introdução à Psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Em A. Bandura (Org.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Melbourne: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.

- Baptista, C. & Bosa, C. (2002). *Autismo e educação: Reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed
- Barbarian, O., Hughes, D. & Chesler, M. (1985). Stress, coping and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 473-480.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original publicado em 1977)
- Barea, L. M., Millá, T. & Polaczyk, A. S. (2000). Influências genéticas na etiologia do transtorno autista. *Revista Científica da AMECS*, 9, 32-39.
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H. & Cohen, D. (1993). *Understanding other minds*. New York: Oxford University Press.
- Bebko, J. M., Konstantareas, M. M., & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, 565-576.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disable child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Bertalanffy, L. Von (1975). *General system theory* (Ed. rev.). New York: Plenum Press.
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: Free Press.
- Bosa, C. (2001, outubro). *Autismo: Atuais interpretações para antigas observações*. Trabalho apresentado na XXXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Bradford, R. (1997). *Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care*. London: Routledge.
- Breslau, N. & Davis, G. C. (1986). Chronic stress and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 309-314.
- Bristol, M. M. & Gallagher, J. J. (1986). Research on fathers of young handicapped children: Evolution, review and some future directions. Em J. J. Gallagher & P. M. Vietze (Orgs.), *Families of handicapped persons: Research, programs and policy issues* (pp. 81-100). Baltimore, MD: Brookes.
- Bristol, M. M. & Schopler, E. (1983). Coping and stress in families of autistic adolescents. Em E. Schopler & G. B. Mesibov (Orgs.), *Autism in adolescents and adults* (pp. 251-276). New York: Plenum.

- Bristol, M. M. & Schopler, E. (1984). A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children. Em J. Blancher (Org.), *Severely handicapped young children and their families* (pp. 231-251). Orlando: Academic Press.
- Camargos Jr., W. (2002). Síndrome de Asperger. Em W. Camargos Jr. (Org.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência, AMES, ABRA.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). *Terapia familiar médica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cohen, D. J. & Volkmar, R. R. (1997). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: Wiley.
- Dell’Aglia, D. & Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares de aultos. *Psicologia USP*, 13, 22-34.
- DeMyer, M. K. (1979). *Parents and children in autism*. New York: Wiley.
- DeMyer, M. K. & Goldberg, P. (1983). Family needs of the autistic adolescent. Em E. Schopler & G. B. Mesibov (Orgs.), *Autism in adolescents and adults* (pp. 225-250). New York: Plenum Press.
- Eisenberg, L. (1956). The autistic child in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 112, 607-612.
- Eiser, C. (1990). *Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research*. Cambridge: University Press.
- Elkind, D. (1981). *O direito de ser criança: Problemas da criança apressada*. São Paulo: Fundo Educativo Brasileiro.
- Ellis, J. B. & Hirsch, J.K. (2000). Reasons for living in parents of developmentally delayed children. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 21, 323-327.
- Engel, G. L. (1974). Signs of giving up. Em S. B. Troup & W. A. Greene (Orgs.), *The patient, death, and the family* (pp. 43-69). New York: Charles Scribner's Sons.
- Facion, J. R., Marinho, V. & Rabelo, L. (2002). Transtorno autista. Em J. R Facion (Org.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: Reflexões sobre um modelo integrativo* (pp. 23-38). Brasília: CORDE.
- Factor, D. C., Perry, A. & Freeman, N. (1990). Brief report: Stress, social support, and respite care in families with autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 139-146.

- Fewell, R. (1986). Support from religious organizations and personal beliefs. Em R. Fewell & P. Vadasi (Orgs.), *Families of handicapped children: Needs and supports across the life span* (pp. 112-123). Texas: Pro-Ed.
- Field, T. M., Cohen, D., Garcia, R. & Greenberg, R. (1984). Mother-stranger face discrimination by the newborn. *Journal of Infant Behavior and Development*, 7, 19-25.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkell-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive Appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Gallagher, J. J., Beckman, P. & Cross, A. H. (1983). Families of handicapped children: Sources of stress and its amelioration. *Exceptional Children*, 50, 10-19.
- Gath, A. (1977). The impact of an abnormal child upon the parents. *British Journal of Psychiatry*, 130, 405-410.
- Gauderer, C. (1997). *Autismo e outros atrasos no desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Gill, M. J. & Harris, S. L. (1991). Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 21, 407-416.
- Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 99-119.
- Gomes, V. (2002). *Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com e sem transtornos globais do desenvolvimento*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Group for the Advancement of Psychiatry - GAP (1990). *Psychopathological disorders in psychology and psychiatry: Theoretical implications and a proposed classification*. New York: Jason Aronson.
- Harkins, E. (1978). Effects on the empty nest transition: A self report of psychological well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 40, 548-556.
- Harris, S. L. (1983). *Families of developmentally disabled children: A guide to behavioral intervention*. New York: Pergamon.
- Hastings, R. & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222-232.

- Hill, R. (1949). *Families under stress*. New York: Harper.
- Hobson, P. (1986). The autistic child's appraisal of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 321-342.
- Hocke, R. (1995). *Forty studies that changed psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Holroyd, J. (1974). The questionnaire on resources and stress: An instrument to measure family response to a handicapped member. *Journal of Community Psychology*, 2, 92-94.
- Holroyd, J., Brown, N., Wilker, L. & Simmons, J. (1975). Stress in families of institutionalized and noninstitutionalized autistic children. *Journal of Community Psychology*, 2, 92-94.
- Holroyd, J. & McArthur, D. (1976). Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 431-438.
- Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. London: Routledge.
- Izard, C. (1994). Innate and universal facial expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 115, 288-299.
- Johnston, C. & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47, 262-246.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *Journal of Pediatrics*, 25, 211-217.
- Kanner, L. (1971). *Psiquiatria Infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Kazak, A. E. & Wilcox, B.L. (1984). The structure and functioning of social support networks in families of handicapped children. *American Journal of Community Psychology*, 12, 645-661.
- Kleinman, A., Eisenberg, M. & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., Loos, L. M., Dilrich-Wilhelm, H., Dunlap, G., Robbins, R. & Plienis, A. J. (1992). Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 205-215.
- Konstantareas, M. M. (1991). Autistic learning disabled and delayed children's impact on their parents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 23, 358-375.

- Konstantareas, M. M. & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 30, 459-470.
- Konstantareas, M., Homatidis, S. & Plowright, C.M. (1992). Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clarke modification of Holroyd's Questionnaire on Resources and Stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 217-234.
- Lecrubier, Y., Boyer, P., Lépine, J. P. & Weiller, E. (2002). *The identification of psychiatric disorder in primary care*. U302: La Salpêtrière.
- Laville, C. & Dionne, J. (1994). *A construção do saber*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leão, L. & Aguiar, M. J. (2002). Aspectos genéticos dos portadores de transtornos invasivos do desenvolvimento. Em W. Camargos Jr. (Org.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º milênio*. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência, AMES, ABRA.
- Leite, J. C., Draschler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. & Silveira, V. L. (2002). O desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.
- Libow, J. (1989). *Chronic illness and family coping*. New York: Guilford Press.
- Lipp, M. (1984). Estresse e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 2, 42-54.
- Lipp, M. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. & Guevara, A. (1994). Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. *Estudos de Psicologia*, 11, 42-49.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. & Doherty, W. (1994). *Terapia familiar médica*. Porto Alegre: Artmed.
- Maddux, J. & Lewis, J. (1995). Self-efficacy and adjustment basic principles and issues. Em J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application* (pp. 37-68). New York: Plenum.
- Maddux, J. & Meier, L. (1995). Self-efficacy and depression. Em J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application* (pp. 143-169). New York: Plenum.

- Milgram, N. A. & Atzil, M. (1988). Parenting stress in raising autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 415-424.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. (1978). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.
- Misés, R. (1990). Classification Française des Troubles Mentaux de L'énfant et L'adolescent. *Neuropsychiatrie de L'énfance*, 38, 523-539.
- Moos, R. & Schaffer, J. (1984). *Coping with physical illness: New perspectives*. New York: Plenum.
- Morgan, S. (1988). The autistic child and family functioning: A developmental-family systems perspective. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 263-280.
- Mouton, P. Y. & Tuma, J. M. (1988). Stress locus of control and role satisfaction in clinic and control mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 217-224.
- Nihira, K., Meyers, C. E. & Mink, I. T. (1980). Home environment, family adjustment and the development of mentally retarded children. *Applied Research in Mental Retardation*, 1, 5-24.
- Naschmias, C. & Naschmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnold.
- Obetz, S., Swenson, W., McCarthy, C., Gilchrist, G. & Burgett, E. (1980). Children who survive malignant disease: Emotional adaptation of the children and their families. Em J. L. Schulman & M. J. Kupst (Orgs.), *The child with câncer: clinical approaches to psychological care – research in psychological aspects* (pp. 98-109). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação Internacional das Doenças (Cap. V: Transtornos Mentais e do Comportamento)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Patterson, G. R. (1989). *Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
- Pereira, J. L. (2002). Síndrome de Rett. Em W. Camargos Jr. (Org.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 29-35). Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência, AMES, ABRA.
- Perry, A., Sarlo-McGarvey, N. & Factor, D. (1992). Stress and family functioning in parents of girls with Rett syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 235-248.

- Pless, I. & Pinkerton, P. (1975). *Chronic childhood disorder: Promoting patterns of adjustment*. London: Henry Kimpton.
- Price-Bonham, S. & Addison, S. (1978). Families and mentally retarded children. *Family Coordinator*, 27, 221-230.
- Quine, L. & Pahl, J. (1985). Tracing the causes of stress in families with severely mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.
- Quine, L. & Pahl, J. (1986). Parents with severely mentally handicapped children: Marriage and the stress of caring. Em R. Chester & P. Divall (Orgs.) *Mental health, illness and handicapped in marriage* (pp. 80-94). Rugby: National Marriage Guidance Council.
- Rank, B. (1949). Adaptation of the psychoanalytic techniques for the treatment of young children and atypical development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19, 130-139.
- Richman, N. (1977). Behavior problems in preschool children: Family and social factors. *British Journal of Psychiatry*, 131, 525-527.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. & Geffken, G. R. (1992). Psychosocial adaptation of father of children with autism, Down syndrome and normal development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 249-263.
- Ruttenberg, B. A. (1971). A psychoanalytic understanding of infantile autism and its treatment. Em D. W. Churchill, G. D. Alpern & M. K. DeMyer (Orgs.), *Infantile autism* (pp. 76-90). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (1996). *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell Science.
- Rutter, M. (1979). Diagnosis and definition. Em M. E. Rutter & E. Schopler (Orgs.), *Autism: a reappraisal of concepts and treatment* (pp. 203-215). New York: Plenum Press.
- Salle, E., Sukiennik, P. B., Salle, A. G., Onófrío, R. F. & Zuchi, A. (2002). Autismo infantil: Sinais e sintomas. Em W. Camargos Jr. & cols (Orgs.), *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio* (pp. 203-209). Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência, AMES, ABRA.
- Sameroff, A. (1991). The social context of development. Em M. Woodhead (Org.), *Becoming a person* (pp.167-189). London: Routledge.
- Schaffer, R. (1996). *Social development*. Oxford: Blackwell.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y. & cols. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*, 225-232.
- Schopler, E. & Mesibov, G. B. (1983). *Autism in adolescents and adults*. New York: Plenum.
- Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F. & Dali, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Child autism rating scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 10*, 91-103.
- Shields, C., Wynne, L. C. & Sirkin, M. (1992). Illness, family theory and family therapy: Historical and conceptual issues. *Family Process, 31*, 3-18.
- Sivberg, B. (2002). Family system and coping behaviors. *Autism, 6*, 397-409.
- Sofronoff, K. & Farbotko, M. (2002). The effectiveness of parent management training to increase self-efficacy in parents of children with Asperger syndrome. *Autism, 6*, 271-286.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. New York: International University Press.
- Tanguay, P. E. (2000). Pervasive developmental disorder: A 10-year review. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1079-1095.
- Tunali, B. & Power, T. (1993). Creating satisfaction: A psychological perspective on stress and coping in families of handicapped children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 945-957.
- Tunali, B. & Power, T. (2002). Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 32*, 25-34.
- Turnbull, A., Brotherson, M. & Summers, J. (1985). The impact of desinstitutionalization on families: A family system approach. Em R. H. Bruinicks (Org.), *Living and learning in the Least Restrictive Environment*. Paul H. Brooks: Baltimore.
- Venters, M. (1981). Familial coping with chronic and sever childhood illness: The case of cystic fibrosis. *Social Science and Medicine, 5*, 22-38.
- Volkmar, F. R., Klin, A. & Siegel, B. (1994). Field trial for autistic disorder in DSM-IV, *American Journal of Psychiatry, 151*, 1361-1367.
- Wallender, J., Feldman, W. & Varni, J. (1989). Physical status and psychosocial adjustment in children with spina bifida. *Journal of Pediatric Psychology, 14*, 89-102.

- Wynne, L. C. (1989). Family systems and schizophrenia: Implications for family medicine. Em C. N. Ramsey (Org.), *Family systems in medicine* (pp. 22-46), New York: Guilford.
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-30.

ANEXO A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Consentimento informado

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos do presente estudo que busca investigar o impacto dos Transtornos Globais do Desenvolvimento em mães de portadores dessa síndrome.

Tenho o conhecimento de que receberei a resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins exclusivamente desta pesquisa, a utilização das gravações realizadas com minha entrevista.

O pesquisador responsável por esta pesquisa é o psicólogo Carlo Schmidt, que poderá ser contatado pelo telefone: (51) 9958.5692.

Data: / / .

Nome e assinatura do participante: _____

ANEXO B

**Ficha sobre Dados Demográficos, Dados sobre o portador de TGD
e Identificação de Estressores (Adaptado de Gomes, 2001)**

1) Dados da mãe

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Estado civil: () casada ou com companheiro () solteira () viúva

Escolaridade:

() 1^a a 4^a série() 5^a a 8^a série() 1^a a 3^a ano do Segundo Grau

() universitário

Profissão: _____ Exerce? () sim () não Jornada de trabalho: _____ horas

Religião: _____

2) Dados do pai

Falecido () sim () não Quanto tempo faz que faleceu? _____

Primeiro casamento do pai? () sim () não Caso negativo quanto tempo? _____

Nome: _____

Idade: _____

Escolaridade:

() 1^a a 4^a série() 5^a a 8^a série() 1^a a 3^a ano do ensino médio

() universitário

Profissão: _____ Exerce? () sim () não Jornada de trabalho diária: _____ horas

Religião: _____

3) Dados dos teus irmãos

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ___ Idade: _____

Escolaridade:

() 1^a a 4^a série () completo () incompleto() 5^a a 8^a série() 1^a a 3^a ano do ensino médio

() universitário

Profissão: _____ Exerce? () sim () não. Jornada de trabalho diária: _____ horas

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: ___ Idade: _____

Escolaridade:

() 1^a a 4^a série () completo () incompleto() 5^a a 8^a série() 1^a a 3^a ano do ensino médio

() universitário

Profissão: _____ Exerce? () sim () não. Jornada de trabalho diária: _____ horas

4) Dados do portador de TGD

Nome: _____ Idade: _____

Qual o diagnóstico do seu filho? _____ Quando foi feito? _____

Que atendimentos teu filho frequenta: () psicólogo () fonoaudiólogo () fisioterapeuta () escola especial () outros _____

Há quanto tempo você vem recebendo estes tratamentos _____

Você sente que tem apoio? () sim () não.

Em caso afirmativo de onde/quem? _____ De que forma? _____

Você sente que tem orientação? () sim () não.

Em caso afirmativo de onde/quem? _____ De que forma? _____

Agora eu gostaria de conhecer um pouco sobre o seu filho.

Ele pode expressar-se através da fala (se houver dificuldades)? () sim () não

O seu filho pode expressar os seus desejos e necessidades aos outros? () sim () não

O seu filho sabe ler? () sim () não.

Em caso afirmativo, qual tipo de leitura? _____

O seu filho sabe escrever o nome dele? () sim () não

O seu filho pode compreender instruções dadas por um familiar? () sim () não

O seu filho pode vestir-se sozinho? () sim () não

O seu filho pode fazer a higiene sozinho? () sim () não

O seu filho pode amarrar os sapatos sozinho? () sim () não

O seu filho alimenta-se sozinho? () sim () não

O seu filho sai sozinho? () sim () não

O seu filho faz uso de medicamentos de uso contínuo? () sim () não

Em caso afirmativo, qual(is)? _____ Há quanto tempo? _____.

Agora gostaria de saber um pouco sobre o comportamento do teu filho, ele manifesta:

Agressividade () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente

Agitação () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente

Comportamentos repetitivos/rituais () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente

Comportamentos auto-lesivos () Raramente () Ocasionalmente () Frequentemente

5) Identificação de estressores

Responda se seu marido ou filhos passou por alguma dessas situações no período de _____ até hoje

() desemprego () pai () mãe () irmão () outro _____
 () assalto, roubo () pai () mãe () irmão () outro _____
 () casamento () pai () mãe () irmão () outro _____

- () divórcio () pai () mãe () irmão () outro _____
() morte de um ente querido () pai () mãe () irmão () outro _____
() mudança de residência () pai () mãe () irmão () outro _____
() acidentes, hospitalizações () pai () mãe () irmão () outro _____
() outro acontecimento que lhe preocupou. Qual _____

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

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

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

MÓDULOS		PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
		Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
		Passado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x
				296.30-296.36 Recurrent	F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
		Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
		Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
		Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
		Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
		Atual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8

	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO DO HUMOR SOE	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.90	F39
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.24	F33.X3
TRANSTORNO BIPOLAR I COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.04-296.64	F31.X2/F31.X5
TRANSTORNO BIPOLAR II	Atual	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.89	F31.8
N ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
Q TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
	Atual	<input type="checkbox"/>		
S HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
	Atual	<input type="checkbox"/>		
X TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>		

ALERTA

MESMO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM CLARO FATOR ESTRESSANTE AGRAVANDO A SINTOMATOLOGIA, EXPLORE INICIALMENTE OS DIAGNÓSTICOS DE “A –W” ACIMA. NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO EXPLORADO DE “A –W” FOREM PREENCHIDOS.

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

• Entrevista:

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

• Apresentação:

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

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

• Convenções:

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

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

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

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

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

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

• Instruções de cotação :

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

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

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

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

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

Patrícia AMORIM, M.D., PhD
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

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

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

- A14 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**
- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? | NÃO | SIM | 18 |
| b | Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? | NÃO | SIM | 19 |
| c | Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 20 |
| d | A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? | NÃO | SIM | |
| e | A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? | NÃO | SIM | |
| f | Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? | NÃO | SIM | 21 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Assinale tudo que se aplica

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

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

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	\ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	\ SIM	23

B3 Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:

- a O seu apetite mudou de forma significativa ? NÃO SIM 24
- b Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ? NÃO SIM 25
- c Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ? NÃO SIM 26
- d Perdeu a auto-confiança ? NÃO SIM 27
- e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? NÃO SIM 28
- f Sente-se [sentia-se] sem esperança ? NÃO SIM 29

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?

\
NÃO SIM

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

NÃO SIM 30

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

CRONOLOGIA

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

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

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

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

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

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

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

SE D1a = SIM:

	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3

SE D2a = SIM:

	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			NÃO	SIM	

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

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

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

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

Episódio Misto

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

Padrão Sazonal

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

Com remissão completa entre episódios

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

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

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

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

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? idade 18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? 19

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

(SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? 2		NÃO	SIM
E2		Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?	NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
		E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
E5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
		<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO:</i> O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).			
		E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9.	NÃO	SIM	18

- E6 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?** NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO
VIDA INTEIRA
- E7 **SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?** NÃO SIM
ATAQUES POBRES EM SINTOMAS
VIDA INTEIRA
- E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ? NÃO SIM 19
TRANSTORNO DE PÂNICO
ATUAL
- (SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).

- E9 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i>	
ATUAL	

- E10 **E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i>	
ATUAL	

CRONOLOGIA

- E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ? idade 20
- E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ? 21

F. AGORAFOBIA

F1 Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 22

SE **F1** = **NÃO**, COTAR **NÃO** EM **F2** E **F3**.

F2 Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?

NÃO **SIM** 23

AGORAFOBIA VIDA INTEIRA

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO **SIM** 24

AGORAFOBIA ATUAL

SE **SIM**, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA **SIM**?

F2 vida inteira

F3 atual

TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO **SIM** ?

E6 vida inteira

E8 atual

F4 a **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E

F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **NÃO** ?

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
sem Agorafobia

b **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E

F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
com Agorafobia

c **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **NÃO**
E

F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO **SIM**

AGORAFOBIA ATUAL
sem história de Transtorno de Pânico

d **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**

E **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **NÃO**

E **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **SIM** ?

NÃO **SIM**

AGORAFOBIA ATUAL
sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico

e **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**

E **E7** (ATAQUES PÓBRES EM SINTOMAS) É COTADA **NÃO** ?

NÃO **SIM**

AGORAFOBIA ATUAL
sem história de ataques pobres em sintomas

CRONOLOGIA

F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?

idade

25

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?

26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	NÃO	SIM	1
----	---	-----	-----	---

G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	NÃO	SIM	3
----	--	-----	-----	---

G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ? NÃO SIM

SE SIM Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)

SE NÃO Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)

CRONOLOGIA

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	5
----	--	----------------------	-------	---

G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>		6
----	---	----------------------	--	---

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	NÃO	SIM	3
----	--	-----	-----	---

H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	5
----	--	----------------------	-------	---

H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?	<input type="text"/>		6
----	--	----------------------	--	---

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

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

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiante que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO (passar a I4)	SIM	1
LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS).				
I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO (passar a I4)	SIM	2
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
				obsessões
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
				compulsões
I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?		NÃO	SIM	
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
I7 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>				
I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7
I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		NÃO SIM T.O.C. ATUAL		
I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM T.O.C. ATUAL <i>devido a condição médica geral</i>		
I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM T.O.C. ATUAL <i>induzido por substância</i>		
CRONOLOGIA				
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	8
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>		9

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	NÃO	SIM	1
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	NÃO	SIM	2
J3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?	NÃO	SIM	
J4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?	NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

J5 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

CRONOLOGIA

J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/> idade	15
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>	16
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>	17

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

K1	Nos últimos 12 meses , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	1
K2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k2 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA (Opcional)

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

K4	Ao longo da sua vida , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	NÃO	SIM	13
K5	Ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguna vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	15
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k5 ?

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

K6	Ao longo da sua vida:			
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	21
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	22
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	23
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	24

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

(OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

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

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

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack

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

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

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

Assinalar

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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

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

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

L2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	2
c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3
d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?	NÃO	SIM	4

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

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

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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

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

JULGAMENTO DO CLÍNICO

M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE M1 A M10b?			NÃO	SIM	

SE M11a = NÃO **PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.**

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

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

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

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES “b” = **SIM BIZARRO**”?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES “b” = **SIM MAS NÃO “SIM BIZARRO**”?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES “a” = **SIM BIZARRO**”?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES “a” = **SIM MAS NÃO “SIM BIZARRO**”?
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA “SIM” ?

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

- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? Não Sim
- c *NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).* Não Sim
- d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21

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

M13a

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	22
TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

M13b

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	23
TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

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

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

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

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

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

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

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É: 1 ausente 30
 2 leve
 3 moderada
 4 severa

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (M15d) ? 1 ≥ 1 dia a <1 mês 31
 2 ≥ 1 mês a <6 meses
 3 ≥ 6 meses

CRONOLOGIA

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

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

TRANTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES **M19** A **M23** UNICAMENTE:

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

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

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

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

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

CONSULTE OS ÍTENS **M11a** E **M11b**:

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

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

N1	a Qual é a sua altura ?	□ □ □	cm.
	b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	□ □ □	kgs.
	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).	\	NÃO SIM

Durante os últimos 3 meses:

N2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	\	NÃO SIM	1
N3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	\	NÃO SIM	2
N4	a Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	\	NÃO SIM	3
	b Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	\	NÃO SIM	4
	c Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	\	NÃO SIM	5
N5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?	\	NÃO SIM	
N6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	\	NÃO SIM	6

PARA AS MULHERES: N5 E N6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: N5 É COTADA "SIM" ?

\

NÃO SIM

ANOREXIA NERVOSA ATUAL

CRONOLOGIA

N7	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso que acabamos de falar ?	□	idade	7
N8	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	□		8
N9	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de forma persistente ?	□		9

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

O. BULIMIA NERVOSA

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

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	NÃO	SIM	10
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	NÃO	SIM	11
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	NÃO	SIM	12
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	NÃO	SIM	13
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	NÃO	SIM	14
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15
↓ passar a O8				
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? [RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]	NÃO	SIM	16

O8 **O5 É COTADA "SIM" E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?**

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	anos	17
O10	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>		18
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>		19

O12 SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso?

[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS NÃO PURGATIVOS COMO O JEJUM OU EXERCÍCIOS EXAUSTIVOS].

NÃO <i>Tipo sem purgação</i>	SIM <i>Tipo purgativo</i>
BULIMIA NERVOSA	

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?

NÃO	SIM 21
ANOREXIA NERVOSA	
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>	
ATUAL	

Tipo Restritivo

Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?

NÃO	SIM 22
ANOREXIA NERVOSA	
<i>Tipo Restritivo</i>	
ATUAL	

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

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

P7 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?**

NO	YES
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância	

CRONOLOGIA

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

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1 Antes dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM Q1?

NÃO SIM

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

Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

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

R6 Esses problemas foram investigados pelo seu médico? NÃO SIM32

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

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

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

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

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

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	SIM ³⁶
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

S. HIPOCONDRIA

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

S1 Nos últimos 6 meses, estive excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave ? NÃO COTAR SIM SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A). NÃO SIM 1

S2 Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ? NÃO SIM 2

S3 Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ? NÃO SIM 3

S4 A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ? NÃO SIM 4

S5 Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? NÃO SIM 5

S6 **S5 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
HIPOCONDRIA ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	NÃO	SIM	1				
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	NÃO	SIM	2				
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3				
T4	T3 É COTADA SIM?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL								

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

U1	Atualmente, uma dor é seu principal problema ?	NÃO	SIM	1						
U2	Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?	NÃO	SIM	2						
U3	Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?	NÃO	SIM	3						
U4	Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?	NÃO	SIM	4						
U5	A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ? (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)	NÃO	SIM	5						
U6	Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?	NÃO	SIM	6						
U7	A dor está presente há mais de 6 meses ?	NÃO	SIM	7						
		↓	↓							
		Agudo	Crônico							
U8	U6 É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> agudo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> crônico</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL		<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico
NÃO	SIM									
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL										
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico									
	SE U8 É COTADA SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO									

U9 U6 É COTADA SIM ?

SE U8 OU U9 SÃO COTADAS SIM
E U7 É COTADA NÃO = AGUDO
E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO

NÃO	SIM
TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL	
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico

V. TRANSTORNO DA CONDUTA (Idade de 17 anos ou menos)

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

V1 Nos últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| a | frequentemente provocou, ameaçou ou intimidou outras pessoas? | NÃO | SIM | 1 |
| b | frequentemente começou brigas ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | utilizou arma(s) que podia ferir pessoas (por ex., faca, arma de fogo, tijolo, pau, garrafa quebrada)? | NÃO | SIM | 3 |
| d | machucou pessoas de propósito ? | NÃO | SIM | 4 |
| e | machucou animais de propósito? | NÃO | SIM | 5 |
| f | roubou de forma violenta (por ex., assalto à mão armada, bater carteira, arrancar bolsa, extorção) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM | 7 |
| h | incendiou coisas com intenção de causar danos ? | NÃO | SIM | 8 |
| i | Destruí coisas dos outros de propósito? | NÃO | SIM | 9 |
| j | arrombou casa ou carro de outros ? | NÃO | SIM | 10 |
| k | mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ? | NÃO | SIM | 11 |
| l | roubou objetos ? | NÃO | SIM | 12 |
| m | ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ? | NÃO | SIM | 13 |
| n | fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ? | NÃO | SIM | 14 |
| o | frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ? | NÃO | SIM | 15 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?

NÃO SIM

SE SIM:

Apresentou pelo menos um desses comportamentos nos últimos 6 meses?

NÃO SIM

V2 Esses comportamentos causaram problemas na escola, no trabalho, com seus amigos ou familiares ? NÃO SIM 16

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	

Subtipos

Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

Com história de abuso físico ou sexual

Assinalar tudo que for apropriado

- Com história de divórcio traumático
 - Com história de adoção
 - Com história de outros fatores estressantes
-

W. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Crianças / Adolescentes)

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

W1	a	Deixou de prestar atenção nos detalhes ou, por descuido, cometeu erros nas atividades escolares, de trabalho ou outras?	NÃO	SIM	1
	b	Teve dificuldades de prestar atenção quando estava fazendo tarefas ou jogando?	NÃO	SIM	2
	c	Parecia não escutar quando alguém falava diretamente com você ?	NÃO	SIM	3
	d	Não seguiu instruções ou não terminou suas tarefas escolares, de trabalho ou outras (mesmo quando tinha compreendido as instruções e não tinha motivos para não segui-las) ?	NÃO	SIM	4
	e	Teve dificuldades de organizar suas tarefas ou atividades ?	NÃO	SIM	5
	f	Evitou ou relutou fazer coisas que exigiam um esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)?	NÃO	SIM	6
	g	Perdeu coisas necessárias para fazer tarefas ou atividades (por ex., materiais escolares, brinquedos)?	NÃO	SIM	7
	h	Ficou facilmente distraído(a) com qualquer coisa ?	NÃO	SIM	8
	i	Ficou esquecido(a) nas suas atividades diárias ?	NÃO	SIM	9
		W1 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W1?	NÃO	SIM	

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2	a	Aagitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?	NÃO	SIM	10
	b	Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?	NÃO	SIM	11
	c	Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?	NÃO	SIM	12
	d	Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?	NÃO	SIM	13
	e	Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?	NÃO	SIM	14
	f	Falava demais ?	NÃO	SIM	15
	g	Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?	NÃO	SIM	16
	h	Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?	NÃO	SIM	17
	i	Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?	NÃO	SIM	18
		W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?	NÃO	SIM	
W3		Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	19
W4		Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	20

W4 É COTADA SIM ?

NÃO SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT
DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE
ATUAL

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

W5	a	Era ativo(a), inquieto(a), agitado(a), impaciente, estava sempre “a todo vapor” ?	NÃO	SIM	21
	b	Era desatento(a) e se distraía com facilidade ?	NÃO	SIM	22
	c	Era incapaz de se concentrar na escola ou quando fazia tarefas de casa ?	NÃO	SIM	23
	d	Não conseguia terminar as coisas como tarefas escolares, projetos, etc ?	NÃO	SIM	24
	e	Tinha o estopim curto, era irritável ou tendia a ser explosivo(a) ?	NÃO	SIM	25
	f	As coisas tinham que ser repetidas várias vezes para você para que as fizesse ?	NÃO	SIM	26
	g	Tendia a ser impulsivo(a) sem pensar nas consequências ?	NÃO	SIM	27
	h	Tinha dificuldades de esperar a sua vez, precisando sempre ser o(a) primeiro(a) ?	NÃO	SIM	28
	i	Se metia em brigas ou aborrecia/ incomodava outras crianças ?	NÃO	SIM	29
	j	Teve reclamações da escola sobre seu comportamento ?	NÃO	SIM	30

W5 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W5?

NÃO SIM

W6	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	31
----	---	-----	-----	----

Enquanto adulto:

W7	a	Ainda é muito distraído (a) ?	NÃO	SIM	32
	b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?	NÃO	SIM	33
	c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	34
	d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	35
	e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?	NÃO	SIM	36
	f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?	NÃO	SIM	37
	g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho?	NÃO	SIM	38
	h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?	NÃO	SIM	39
	i	É subempregado(a) ou trabalha quem de suas possibilidades ?	NÃO	SIM	40
	j	Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?	NÃO	SIM	41
	k	Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	42
	l	Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?	NÃO	SIM	43
	m	Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?	NÃO	SIM	44
	n	Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuva ou fora de foco?	NÃO	SIM	45

W7 (SUMÁRIO): HÁ 9 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W7?

NÃO SIM

W8	Esses comportamentos lhe causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	46
----	--	-----	-----	----

W8 É COTADA SIM ?

NÃO SIM

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE

ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

(ADULTO)

ATUAL

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

MESMO SE UM FATOR ESTRESSANTE ESTÁ PRESENTE OU DESENCADEOU O(S) TRANSTORNO(S) DO(A) ENTREVISTADO(A), NUNCA USE O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO EM PRESENÇA DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO. PULAR O MÓDULO TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO SE OS SINTOMAS DO(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHEM OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER TRANSTORNO DO EIXO I OU CORRESPONDEM A UMA MERA EXACERBAÇÃO DE UM TRANSTORNO DO EIXO I OU II PRÉ-EXISTENTE.

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	NÃO	SIM	1
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	NÃO	SIM	2
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	NÃO	SIM	3
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	NÃO	SIM	4
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	NÃO	SIM	5
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	NÃO	SIM	6

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

QUALIFICADORES:

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO

- | | |
|---|--------------------------|
| A Depressão, crises de choro, desesperança. | <input type="checkbox"/> |
| B Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações. | <input type="checkbox"/> |
| C Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais) | <input type="checkbox"/> |
| D Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social. | <input type="checkbox"/> |

SE ASSINALADOS:

- Somente **A**, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)
- Somente **B**, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)
- Somente **C**, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)
- Somente **A e B**, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)
- **C e (A ou B)**, cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)
- Somente **D**, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)

SE X5 = NÃO, COTAR **SIM** E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
com _____	
<i>(qualificadores)</i>	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

Y1	No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	1
Y2	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, tem dificuldades nas suas atividades cotidianas, uma diminuição da sua eficiência no trabalho, problemas de relacionamento ou evita sair ou ver as pessoas ?	NÃO	SIM	2
Y3	Durante esses períodos de ± uma semana que precedem suas regras, (mas não durante ou após a menstruação) tem os seguintes problemas, a maior parte do tempo:			
a	Sente-se triste, desanimada, deprimida ou se sente sem esperança ou se auto-deprecia ?	NÃO	SIM	3
b	Sente-se particularmente ansiosa, tensa, nervosa, com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
c	Com frequência, sente-se subitamente triste ou chora ou ainda fica particularmente sensível aos comentários dos outros ?	NÃO	SIM	5
d	Fica extremamente irritável, tem explosões de raiva ou briga com frequência ?	NÃO	SIM	6
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" de Y3a à Y3d ?	NÃO	SIM	7
e	Tem menos interesse por suas atividades cotidianas como o trabalho, atividades de lazer, encontrar os amigos ?	NÃO	SIM	8
f	Tem dificuldades de se concentrar?	NÃO	SIM	9
g	Sente-se abatida, se cansa facilmente ou sente-se sem energia ?	NÃO	SIM	10
h	Seu apetite muda de forma significativa, você come muito ou tem "desejos" de comer certos alimentos ?	NÃO	SIM	11
i	Dorme demais ou, ao contrário, tem dificuldades de dormir ?	NÃO	SIM	12
j	Tem a impressão de ser dominada pelas situações ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tem sintomas físicos como os seios sensíveis ou inchados, dores de cabeça, dores musculares ou nas articulações, sensação de estar inchada ou ainda um ganho de peso ?	NÃO	SIM	14

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

SE SIM, O DIAGNÓSTICO DEVE SER CONFIRMADO POR UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA (COTAÇÕES COTIDIANAS DURANTE PELO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS).

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.
 [PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR NÃO NO QUADRO DIAGNÓSTICO].
 (SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM.)

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

ANEXO D

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)

ANEXO E

Escala de Auto-eficácia (Sofronoff, 1999)

As perguntas a seguir têm por objetivo compreender o quanto você sente-se confiante para manejar alguns problemas de comportamento do seu filho(a). Por exemplo:

Item A. Quando seu filho grita alto em público.

Responda "0" caso você não se sinta confiante para manejar com os gritos dele

Responda "1" caso você sinta-se muito pouco confiante para manejar com os gritos dele

Responda "2" caso você sinta-se um pouco confiante para manejar com os gritos dele

Responda "3" caso você sinta-se confiante para manejar com os gritos dele

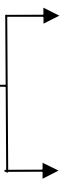
Responda "4" caso você sinta-se muito confiante para manejar com os gritos dele

Responda "5" caso você sinta-se bastante confiante para manejar com os gritos dele

0 - Nada 1 – Levemente confiante 2 – Um pouco confiante
3 – Moderadamente confiante 4 – Muito confiante 5 – Completamente confiante

<i>Comportamento</i>	<i>Ocorreu no mês passado? (sim/não)</i>	<i>Pontue o quão confiante você se sente para manejar o comportamento (0-5)</i>
1. Quando seu filho(a) fica agitado ou aflito por causa de determinados ruídos		
2. Quando seu filho(a) segue rotinas rigidamente		
3. Quando seu filho(a) insiste para que as coisas sejam feitas desta ou daquela maneira		
4. Quando seu filho(a) se torna aflito com mudanças em sua rotina		
5. Quando seu filho(a) interpreta mal os motivos/razões dos outros		
6. Quando seu filho(a) consegue ver apenas um lado das coisas		
7. Quando seu filho(a) não fixa o olhar		
8. Quando seu filho(a) tem falta de empatia		
9. Quando seu filho(a) troca turnos durante a conversa		
10. Quando seu filho(a) fica intensamente aflito(a) ao receber críticas ou perder no jogo		
11. Quando seu filho(a) interrompe conversas		
12. Quando seu filho(a) fala incessantemente sobre um assunto em particular		
13. Quando seu filho(a) faz movimentos estereotipados ao ficar agitado ou aflito (ex: agitando os braços; movimentos da face)		
14. Quando seu filho(a) se engaja em rotinas/rituais enfileirando/arrumando coisas		
15. Quando seu filho(a)gasta uma quantidade excessiva de tempo envolvido(a) em um interesse ou atividade particular		

Desconsiderar quando não-verbal



ANEXO F

Entrevista sobre Impacto dos TGD's na Família

- 1) Como você descreveria seu filho(a)?
- 2) O que você acha que causou o problema do seu filho(a)?
- 3) Cite até 5 principais problemas que você enfrenta para lidar com o(a) _____, em ordem de dificuldade.
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- 4) Como você tem lidado com esses problemas? O que você faz?
- 5) O que você mais teme em relação aos problemas do seu filho (a)?
- 6) O que você espera do tratamento que seu filho(a) tem recebido?
- 7) Como os outros membros da família têm reagido a essa situação?
- 8) Houve alguma separação, temporária ou definitiva, entre você e seu marido? Quando?
- 9) Como tem sido o seu relacionamento com seu marido?
- 10) Como tem sido o seu relacionamento com seus outros filhos?
- 11) Você acha que as responsabilidades domésticas dentro da sua família estão bem distribuídas? De que forma?
- 12) Há eventuais trocas nessas responsabilidades entre os membros da família? Exemplifique.
- 13) Você percebe mudanças no estilo da vida da sua família após o diagnóstico de seu filho(a)? Em que aspectos?
- 14) Quais são os planos familiares para cuidar do seu filho (a) a longo prazo?
- 15) Como é a participação do seu marido nos cuidados de seu filho?
- 16) Quem passa mais tempo cuidando do filho(a)?
- 17) Qual a reação das pessoas em relação às características de seu filho(a)? Conte-me um exemplo.
- 18) Com que frequência você vai a locais públicos (cinema, encontros,, etc.) com o seu filho?
- 19) Com que frequência você vai a locais públicos (cinema, encontros,, etc.) sem o seu filho?
- 20) A quem você geralmente confia os cuidados sobre seu filho(a) na sua ausência?
- 21) Quem é o(s) principal(is) encarregado(s) pelos seguintes cuidados de seu filho:

(1) Pai;	(2) Mãe	(3) Irmãos	(4) Outro: Quem? _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transporte			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alimentação
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hábitos de Higiene			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dentista
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vestimenta			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Atividades/Brincadeiras
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coloca p/ Dormir/Acorda			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicação
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Proteção contra auto-agressões			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conversa
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exames médicos/Avaliações			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reuniões da escola
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Instrução/Educação			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supermercado

ANEXO G

Protocolo de Registro de Análise

- N° dos Sujeitos: _____,
- Identificação: _____,
_____, _____,
_____, _____.

2) Crenças sobre etiologia do Autismo				
Categoria	Sujeitos			Frequências
■ = Congênito/Neo e peri-natais				
■ ■ = Psicológicos/Ambiental (alcoolismo, brigas pai, Tombos)				
■ = Genético/Hereditário/Doença				
■ = Não sabem				
■ = Fortuito/acaso				
2) Crenças sobre características do Autismo				
Categoria	Sujeitos			Frequências
■ = Ninguém percebe suas deficiências				
■ = Vivem no seu mundo/Entendem as coisas de um modo diferente/Fechado				
1) Percepção sobre o filho				
Categoria	Sujeitos			Frequências
■ = Atributos positivos				
■ = Atributos negativos				
■ = Ambivalente ambíguo (negativos + positivos)				
3) Principais dificuldades com o filho				
Categoria	Sujeitos			Frequências
	1	2	3	
■ = Comunicação				
■ = AVD's				
■ = Comportamentos exacerbados (voracidade, rigidez, repetitivos, agress., Sexual.)				
■ = Atrasos do desenvolvimento (esfíncter,)/Impacto social/Retardo mental				
4) Temores frente à condição do filho				
Categoria	Sujeitos			Frequências
■ = Futuro (falta de cuidados)				
■ = Falta de autonomia, Independência (AVD's)				

■ = Dificuldades cognitivas e de aprendizagem		
■ = Comportamentos/Epilepsia		
5) Expectativas frente ao tratamento – tríade		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Baixas expectativas (Não vai melhorar, Não espero nada)		
■ = Melhorias comportamentais (rigidez, repetitivos, agressiv.,)		
■ = Maior Autonomia, independência (AVD's)		
■ = Melhorias na comunicação/interação social (compreensão, ter amigos)		
■ = Aprendizagem/Cognitivo		
6) 7) 9) 10) 11) 12) 13) Apoio do marido á família		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Financeiros	Ajudam=	
	Ñ-Ajudam=	
■ = Nos cuidados diretos ao filho	Ajudam=	
	Ñ-Ajudam=	
■ = Cooperação na família	Positiva=	
	Negativa=	
■ = Relação entre o casal (boa/satisfatória/ruim)	Boa=	
	Mista=	
	Ruim=	
8) Separações entre o casal		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Nunca		
■ = Separação temporária		
■ = Separação definitiva		
9) 10) 11) 13) Impacto nos irmãos		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Auxílio frente às dificuldades do irmão/Ajudam pouco nos cuidados/Financeiram ente	Ajudam	
	Misto	
	Não ajudam	
■ = Aceitam o problema		
■ = Brincam/educam o irmão		
■ = Sentimentos	Pena	
	Raiva	
	Culpa	
	Pais protegem irmão TGD/Ciúmes	
	Falta de paciência	

	Vergonha		
	Sufrimento		
13) Mudanças percebidas no estilo de vida família após diagnóstico do TGD			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Sobrecarga nos cuidados /Aumento da busca por atendimento			
= Isolamento social			
= Impacto financeiro			
= Necessidade de “abandonar” ou remanejar outras atividades (lazer, laboral)			
= Necessidade de redefinição dos papéis na família (nossa família não é igual as outras)			
= Não percebe mudanças no estilo de vida			
10) 11) Responsabilidades			
Categoria		Sujeitos	Frequências
=Equilibradamente distribuídas			
= Concentrada na mãe			
10) 11) Trocas nas responsabilidades			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Não existem trocas			
= Existem trocas			
14) Quem passa mais tempo cuidando do filho			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Mãe			
= Cuidados divididos			
1) 15) Reação externa ao problema do filho			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Negativos (Fica olhando fixamente, preconceito, medo, confusões por não perceber o problema)			
= Misto (+ e -)			
= Positivos (Compreensão)			
16) Frequência de saídas da mãe com o portador de TGD			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Nunca			
= Menos de 1x por mês			
= Menos de 1 x por semana			
= 1-3 x por semana			
= Diariamente			
17) Frequência de saídas da mãe sem o portador de TGD			
Categoria		Sujeitos	Frequências
= Nunca			
= Menos de 1x por mês			
= Menos de 1 x por semana			
= 1-3 x por semana			
= Diariamente			

18) A quem são confiados os cuidados do portador de TGD na ausência da mãe		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Alguém da família nuclear (pai, irmãos)		
■ = Alguém da família extensa (tios, avós, primos...)		
■ = Alguém fora da família (amigos)		
■ = A ninguém mais		
20) Planos familiares para o futuro do portador de TGD		
Categoria	Sujeitos	Frequências
■ = Não tem plano		
■ = Seguro de vida/Plano de saúde		
■ = Evita pensar no assunto		
■ = Os irmãos/familiares cuidarão do portador de TGD		
■ = Institucionalizar		

ANEXO H

Percentual de cada categoria e subcategoria

categorias	subcategorias	f	%
1. percepção sobre o filho	atributos positivos	14	46,6
	ambivalentes	7	23,4
	atributos negativos	9	30
2. crenças sobre etiologia do TGD	congenito/neo e peri-natais (problemas de parto)	9	30
	psicológicos/ambiental (alcoolismo, brigas, tombos)	6	20
	genético/hereditário/doença	4	13,4
	fortuito/acaso	2	6,6
	não sabem	9	30
3. crenças sobre características dos tgds	comportamentos instáveis /imprevisíveis /rotineiros	4	13,3
	afetivos/ hipersensíveis	3	10
	não sentem dor/afeto	2	6,6
	não percebem as deficiências	14	46,8
	vivem no seu mundo/entendem as coisas diferente	7	23,3
4. principais dificuldades com o filho	comunicação	6	8,2
	avds	14	19,2
	comportamentos atrasos no desenvolvimento	7	9,6
5. temores frente à condição do filho	futuro (cuidados)	19	63,3
	autonomia/independência	5	16,6
	aprendizagem/cognitivo/comunicação	2	6,6
6. expectativas frente ao tratamento	comportamentais	3	10
	autonomia/independência	9	30
	comunicação/interação social (ter amigos)	5	16,6
	aprendizagem/cognitivo	4	13,5
	baixas expectativas	9	30
7. apoio do marido	<u>financeiro</u>		
	auxiliam	9	69,2
	não auxiliam	4	30,8
	<u>cuidados diretos com o filho</u>		
	auxiliam	15	55,5
	não auxiliam	12	44,5
	<u>apoio à família</u>		
	positiva	17	77,3
	negativa	5	22,7
	<u>relação entre o casal</u>		
boa	16	50	
misto	7	28,2	
ruim	9	21,8	
8. separações entre o casal	nunca	18	60
	temporária	6	20
	definitiva	6	20
9. impacto nos irmãos	<u>auxílio nos cuidados diretos/financeiramente</u>		
	ajudam	8	44,7
	ajudam um pouco	6	31,6
	não ajudam	4	22,7
	<u>relação com a mãe</u>		
positiva	12	63,2	
negativa	7	36,8	
	<u>sentimentos</u>		
	pena/culpa	7	23,3
	raiva/impaciência	7	23,3
	superproteção/ciúmes	11	36,7
	vergonha/medo	5	20

	<u>aceitação/brincam/educam</u>		
	positivo	19	76
	negativo	6	24
10.mudanças no estilo de vida família após diagnóstico	sobrecarga nos cuidados/busca por atendimento	7	23,3
	isolamento social	12	40
	impacto financeiro	1	3,4
	necessidade de abandonar/remanejar atividades de lazer/laboral	7	23,3
	não percebe mudanças no estilo de vida	3	10
11.distribuição das responsabilidades	equilibradas	13	43,4
	concentradas na mãe	17	56,6
12.trocas nas responsabilidades	existem trocas	12	40
	não existem trocas	18	60
13.quem passa mais tempo cuidando –tgd	mãe	25	83
	cuidados divididos	5	17
14.reação externa às características do filho	<u>peças próximas</u>		
	positiva	19	63,2
	mista	10	33,3
	negativa	1	3,5
	<u>peças desconhecidas</u>		
	positiva	2	6,6
	mista	1	3,4
negativa	27	90	
15.frequência de saídas da mãe	<u>com o portador de tgd</u>		
	diariamente	19	63,3
	menos de 1 x p/ semana	5	16,7
	menos de 1 x p/ mês	4	13,3
	nunca	2	6,7
	<u>sem o portador de tgd</u>		
	diariamente	6	20
	menos de 1 x p/ semana	8	26,7
	menos de 1 x p/ mês	3	10
nunca	13	43,3	
16.cuidados na ausência da mãe	família nuclear ou extensa	22	76,6
	externas à família/ninguém	6	23,4
17.planos familiares para o futuro do portador de tgd	seguro de vida/plano de saúde	4	13,3
	irmãos ou familiares	14	46,6
	evita pensar no assunto	5	16,6
	institucionalizar	4	13,5
	desejo de morrer antes do portador de tgd	2	6,6
	não tem plano/não tem solução	1	3,5