

## ANEXO I

### INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO

Número: \_\_\_\_\_

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

#### 1.DADOS PESSOAIS

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

Tel 1: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tel 2: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade:

\_\_\_\_\_

Estado civil:

Solteiro ( ) - Casado ( ) - Divorciado ( ) - Separado ( ) - União estável ( ) - Viúvo ( ) -

Cor ou raça referida:

preto ( ) - branco ( ) - amarelo ( ) - pardo ( ) - outro ( ) -

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão:

\_\_\_\_\_

Você exerce trabalho remunerado (registrado ou informal)?

( ) Sim ( ) meio período ( ) período integral ( ) Não

Quantas pessoas vivem com você na sua casa?: \_\_\_\_\_

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?:

menos de 1 SM ( ) entre 3 e 6 SM ( )

exatamente 1 SM ( ) entre 6 e 9 SM ( )

entre 1 e 3 SM ( ) mais de 10 SM ( )

Quantas pessoas contribuem para essa renda familiar?: \_\_\_\_\_

## 2. DADOS RELATIVOS À GRAVIDEZ

Você realizou o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não

Quantas consultas de pré-natal? \_\_\_\_\_ consultas

A sua gravidez foi:

( ) planejada ( ) não planejada

( ) Risco habitual ( ) Alto risco. Porquê? \_\_\_\_\_

Você teve sintomas depressivos ou ansiosos durante a gestação: ( ) sim ( ) não

Fez algum tratamento, utilizou medicação? \_\_\_\_\_.

## 2. DADOS OBSTÉTRICOS E DO PARTO:

2.1) Qual o dia de seu parto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2.2) Tipo de parto:

( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps/Vácuo Extrator

2.3) Você teve acompanhante de sua escolha:

2.3)1. No pré-parto? ( ) Sim ( ) Não

2.3)2. No momento do parto? ( ) Sim ( ) Não

2.3)3. No pós-parto? ( ) Sim ( ) Não

Quantas vezes você já ficou grávida, contando com esta? \_\_\_\_\_ gestações

2.5) Contando com o parto atual, quantos partos você já teve? \_\_\_\_\_ partos

2.5)1. Quantos deles foram normais? \_\_\_\_

2.5)2. Quantos deles foram cesariana? \_\_\_\_

## 3. DADOS RELATIVOS AO PÓS-PARTO

A. Você amamenta seu bebê? Sim ( ) -Não ( )

pretende continuar a dar de mamar ao seu bebê até que ele tenha que idade? \_\_\_\_\_

B. O seu bebê recebe algum outro tipo de alimento? Sim ( ) - Não ( )

Se sim: Porquê? \_\_\_\_\_

4. Caso tenha outros filhos, você amamentou ao(s) outro(s)? Sim ( ) - Não ( )

Se sim, até que idade? \_\_\_\_\_ Porquê? \_\_\_\_\_

#### 5. DADOS DO BEBÊ

A. Sexo do seu bebê: Feminino ( ) Masculino ( )

B. Idade do seu bebê: \_\_\_\_\_

C. O seu bebê nasceu:

Antes do período de tempo recomendável (pré-termo/prematuro) ( )

No período de tempo recomendável (termo) ( )

Depois do período de tempo recomendável (pós-termo) ( )

D. Como é a saúde do seu bebê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6. REDE DE SUPORTE SOCIAL - NÚCLEO FAMILIAR

A. Você tem o apoio de alguém no seu dia-a-dia ( ) Sim ( ) Não

Quem é essa pessoa: pai do bebê / mãe(avó) / vizinha / amiga/ familiar / igreja / instituição ou grupo de apoio / outros

C. Sente-se apoiada por esta pessoa?

Frequentemente ( ) - Às vezes ( ) - Raramente ( ) - Nunca ( )

Vive com o pai do seu bebê? Sim ( ) - Não ( )

B. A relação que tem com o pai do seu bebê é:

Muito boa ( ) - Boa ( ) - Razoável ( ) - Má ( ) - Muito má ( ) - Inexistente ( )

## ANEXO II - ESCALA DE EDIMBURGO

Folha de rosto da apresentação da escala conforme aplicada às puérperas

Escala de Edimburgo

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, 1987

© British Journal of Psychiatry

tradução: Maria Fátima S. dos Santos e Célia C. Moraes

supervisão de tradução: Prof. João Dino F. P. Santos

Depto. de Letras \_ UnB

validação: Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali \_ Depto. de Psicologia \_ UnB

Seu nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento do bebê: \_\_\_\_\_

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

- Sim, todo o tempo.
- Sim, na maior parte do tempo.
- Não, nem sempre.
- Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana.

Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Texto da EPDS conforme validação no Brasil

Nos últimos sete dias

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

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

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

- Como sempre senti.
- Talvez menos do que antes.
- Com certeza menos.
- De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

- Não, de maneira alguma.
- Pouquíssimas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Sim, muitas vezes.

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

- Sim, muitas vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

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

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

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

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, algumas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

- Sim, na maioria das vezes.
- Sim, muitas vezes.
- Não muitas vezes.
- Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

- Sim, quase todo o tempo.
- Sim, muitas vezes.
- De vez em quando.
- Não, nenhuma vez.

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

- Sim, muitas vezes, ultimamente.
- Algumas vezes nos últimos dias.
- Pouquíssimas vezes, ultimamente
- Nenhuma vez.

### ANEXO III – ESCALA IDATE E

NOME: .....Nº : .....TEMPO : ..... DATA:.....

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AValiação:    Absolutamente não....1            Um pouco.....2  
                  Bastante..... 3                            Muitíssimo.....4

1.Sinto-me calmo (a)	1	2	3	4
2.Sinto-me seguro (a)	1	2	3	4
3.Estou tenso (a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido (a)	1	2	3	4
5.Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.Sinto-me perturbado (a)	1	2	3	4
7.Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8.Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9.Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10.Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11.Sinto-me confiante	1	2	3	4
12.Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13.Estou agitado(a)	1	2	3	4
14.Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15.Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16.Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17.Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18.Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19.Sinto-me alegre	1	2	3	4
20.Sinto-me bem	1	2	3	4

## ANEXO IV – ESCALA IDATE T

NOME: .....N° : .....TEMPO : ..... DATA:.....

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente .Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se geralmente.

AVALIAÇÃO:    Absolutamente não....1            Um pouco.....2  
                    Bastante.....3                            Muitíssimo.....4

1.Sinto-me bem	1	2	3	4
2.Canso-me facilmente	1	2	3	4
3.Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4.Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros o parecem ser	1	2	3	4
5.Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões	1	2	3	4
6.Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9.Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11.Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12.Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13.Sinto-me seguro	1	2	3	4
14.Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15.Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16.Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17.As vezes ideias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18.Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da minha cabeça	1	2	3	4
19.Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20.Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4