

ROSANY GUTERREZ NUNES

**FATORES DE RISCO EM FAMILIARES E
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E
TRANSTORNO BIPOLAR**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2019**

ROSANY GUTERREZ NUNES

**FATORES DE RISCO EM FAMILIARES E
PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E
TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, linha de pesquisa I: Avaliação e Assistência em Saúde, sob a orientação do Professor Dr. André Barciela Veras.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS**

2019

A dissertação apresentada por Rosany Guterrez Nunes, intitulada **“FATORES DE RISCO EM FAMILIARES E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR”**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, foi

BANCA EXAMINADORA

Profº. Drº. André Barciela Veras
Universidade Católica Dom Bosco - (Orientador)

Profª. Drª. Verônica de Medeiros Alves – Examinador Externo
Universidade Federal de Alagoas – UFAL

Profº. Drº André Augusto Borges Varella – Examinador Interno
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Profº. Drº. Márcio Luís Costa – Examinador Interno
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Campo Grande, ____/____/2019.

**A Deus que me sustentou e trouxe até aqui.
À minha mãe, guerreira, heroína, a quem sou
grata por tudo que sou e conquistei.**

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus primeiramente, minha rocha forte, porto seguro em dias de tempestade e dor. Foi sua Mão Poderosa que me sustentou e trouxe até aqui. A minha mãe, guerreira valorosa. Devo a ela tudo que sou e acredito. Mulher de coragem que me inspirou e inspira. A minha família que esteve dia após dia nas minhas conquistas diárias.

A meu orientador professor André Veras, que acreditou em mim, e concedeu uma oportunidade ímpar. Que me fez enxergar a saúde mental com um olhar de descoberta e encantamento sem estigma ou constrangimento. Aos professores André Varella, Márcio Luis e Verônica Alves que tanto contribuíram com seu conhecimento, me apontando o caminho a ser seguido e as dúvidas a serem sanadas ao longo de meu trabalho.

À Elina Hideko, mulher forte, guerreira, multitarefas, amiga e companheira de todas as horas. Foi mais um anjo que Deus colocou em meu caminho ao longo de minha existência. Minha gratidão e admiração a ti.

A meus companheiros de trabalho que me incentivaram e apoiaram em toda minha caminhada. Gratidão.

À Luciana Fukuhara Barbosa, pessoa gentil, prestativa, bem humorada. Sempre pronta a ofertar o melhor de si para atender nossas demandas.

A minha colega de mestrado Simone Cougo, Tatiane Bombossaro que tanto me ensinou assim como à todas as outras colegas cujos nomes estão gravados em meu coração. Muito obrigada.

As gerências dos Centros de Atendimento Psicossociais, Klélia Falcão e Gabriel Marques Lima de Andrade que disponibilizaram em nos receber em suas unidades de saúde junto a suas equipes. À Psicóloga Silvana e a Enfermeira Márcia Cristina Lorenzetti em especial, sempre disponível e acessível. Aos pacientes e suas famílias que se dispuseram em receber-me e a compartilhar conosco suas experiências e histórias de vida. Sem os quais não seria possível este trabalho.

Minha gratidão e muito obrigada se estende a todos que, de alguma forma, colaboraram para que este trabalho fosse concluído. Enfim, nenhuma vitória é solitária.

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
Mario Quintana

RESUMO

Introdução: A Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar são um desafio assistencial de grande complexidade, tanto pela gravidade clínica como pela idiopaticidade, resultante de interações genéticas somadas aos fatores biológicos de risco aos quais o indivíduo é exposto ao longo de seu desenvolvimento. Investigar fatores biológicos, psicológicos e sociais pode apontar e eleger novas possibilidades de intervenção e estratégias preventivas precoces em períodos iniciais de vida. **Objetivo:** Investigar retrospectivamente fatores de risco precoces em indivíduos portadores de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, comparando-os com seus irmãos saudáveis. **Método:** Esta dissertação foi composta por dois produtos literários. Um capítulo de livro sobre a Esquizofrenia e dirigido ao público em geral e um artigo científico, onde foram apresentados os resultados de uma investigação retrospectiva, em uma amostra de 20 famílias através de entrevistas com as mães, o filho com Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar e seu irmão saudável, sendo investigados fatores de risco ligados a saúde materna e obstétrica, apoio social e traumas precoces. **Instrumentos:** Utilizamos junto às genitoras o Perfil Psicossocial do Pré-natal traduzido e validado para uso no Brasil. Para os filhos com sofrimento mental e seus irmãos foi aplicada a escala de Traumas Precoces (ETISR-SF). Todos os indivíduos foram rastreados para a confirmação ou exclusão de transtornos mentais de acordo com os critérios do DSM 5 através do Questionário de Rastreio da Pesquisa Genética, a Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (Di-PAD). **Análise dos Dados:** A análise estatística foi realizada através do programa *Stata versão 12.0*, as variáveis foram testadas quanto ao seu padrão de normalidade através dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. Para a tabulação dos dados, a análise descritiva e inferencial através do Teste Qui-quadrado para correlação em distribuição proporcional de probabilidade de evento e não evento e assumindo o valor de significância $p < 0,05$ e para as variáveis quantitativas foi realizado o teste *t de Student* para possíveis diferenças das médias entre os grupos observados. **Resultados:** A história obstétrica de complicações na gestação, e o peso materno inadequado, somados a presença de traumas precoces (traumas gerais, castigo físico e abuso sexual e emocional) se mostraram estatisticamente relevantes como fatores de risco para a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar. Houve relação significativa nas tendências numéricas para a variável complicações na gestação através do teste exato de Fisher ($p = 0,06$); e a oscilação de peso materno ($p = 0,06$) e ($p = 0,05$) nos filhos com Esquizofrenia e TAB respectivamente. Em relação a traumas gerais ocorreu diferença significativa ($p = 0,01$) apontando que a pontuação de traumas gerais foi maior nos indivíduos com Esquizofrenia; castigo físico ocorreu diferença significativa ($p = 0,006$) e ($p = 0,008$) nos indivíduos com Esquizofrenia e TAB respectivamente e também foi observada significância para traumas por abuso sexual ($p = 0,006$) e emocional com diferença significativa ($p = 0,009$) somente nos indivíduos com Esquizofrenia. A variável gênero ($p = 0,03$) teve significância no grupo com TAB apenas. Nossos achados estão em consonância com o apontado em literatura científica.

Palavras-chave: Fatores de Riscos Gestacionais, Traumas Precoces, Esquizofrenia e Transtorno Bipolar.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia and Bipolar Disorder are a highly complex care challenge, both for clinical severity and for idiopathicity, resulting from genetic interactions added to the biological risk factors to which the individual is exposed throughout their development. Investigating biological, psychological and social factors can point and choose new possibilities for intervention and early preventive strategies in the early stages of life. **Objective:** To retrospectively investigate early risk factors in individuals with Schizophrenia and Bipolar Disorder, comparing those with their healthy siblings. **Method:** The present dissertation was composed of two literary products, a book chapter and a scientific article. In the book chapter addressed to the general public, Schizophrenia was critically explored, updating the presentation of its concepts, therapeutic options and risk factors. In the scientific article the results of a clinical investigation, organised according to the following topics. Retrospective investigation in a sample of 20 families through interviews with the mothers, the offspring with Schizophrenia or Bipolar Disorder and their healthy sibling. Thus, investigating risk factors related to maternal and obstetric healthcare, social support and existence of early trauma. **Instruments:** The Prenatal Psychosocial Profile (PPP) validated for use in Brazil was used for the genitors. With the offspring with mental illness and their siblings, the Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF). All the individuals were screened for confirmation or exclusion of mental disorders according to the DSM 5 through the Screening Questionnaire of the Genetic Research, Diagnostic Interview for Psychosis and Affective Disorders (Di-PAD). **Data analysis:** Statistical analysis was carried out through the *Stata version 12.0* program; the variables were tested for their normality pattern through Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov's tests, being therefore identified within the normal distribution of values. For the tabulation of data, descriptive analysis and inferential analysis were conducted through the Chi-square test for correlation in proportional distribution of event probability and non-event, assuming a significance value of $p < 0,05$ and as for the quantitative variables the *Student's t-test* was conducted for possible differences in means between the groups observed. **Results:** The obstetric history of pregnancy complications and inadequate maternal weight gain, combined to the presence of early trauma (overall trauma, physical punishment, sexual and emotional abuse) were statistically relevant as risk factors for Schizophrenia and Bipolar Disorder. There was a significant relation in the numerical trends for the variable of pregnancy complication through Fisher's exact test ($p = 0,06$); and maternal weight oscillation ($p = 0,06$) and ($p = 0,05$) in offspring with Schizophrenia and BD respectively. Regarding overall trauma, there was a significant difference ($p = 0,01$) indicating that the overall trauma score was higher in individuals with Schizophrenia; ($p = 0,006$) and ($p = 0,008$) in individuals with Schizophrenia and BD respectively, and significant difference was also observed for punishment had a significant difference ($p = 0,006$), higher amongst the same individuals and a significant difference was also observed for trauma due to sexual ($p = 0,006$) and emotional abuse ($p = 0,009$) indicating that the score corresponding to the presence of trauma was higher in individuals Schizophrenia. The gender variable ($p = 0,03$) had significance in the BD group only. Our findings are in accordance with what has been pointed out by scientific literature.

Key-words: Risk Factors Gestational, Early Trauma, Schizophrenia and Bipolar Disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Correlação dos dados de identificação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	54
Tabela 2- Correlação dos dados Obstétricos dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados.....	55
Tabela 3- Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados.....	58
Tabela 4- Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados.....	59
Tabela 5- Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados.....	60
Tabela 6 - Correlação dos dados de identificação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.....	62
Tabela 7 - Correlação dos dados Obstétricos dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.....	63
Tabela 8 - Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.....	65
Tabela 9 - Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.....	67
Tabela 10 - Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.....	67

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS E TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO	91
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS.....	95
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CEP PARA PESQUISA	96
ANEXO B – PPP – PERFIL PSICOSSOCIAL PRÉ-NATAL (Com Adaptações).....	101
ANEXO C – PPP- AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL	105
ANEXO D – ESCALA DE TRAUMAS PRECOCES	107
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE RASTREIO PARA O GENOMIC PSYCHIATRIC COHORT STUDY, VERSÃO EM PORTUGUÊS	109
ANEXO F – Di-PAD	115

SUMÁRIO

Justificativa	13
PRODUTO 1 – Capítulo de Livro.....	17
Introdução Geral	18
1 Afinal o que é a esquizofrenia? E como é apresentada pela mídia à sociedade	18
2 Conceituando a esquizofrenia	20
2.1 Histórico	21
2.2 Definição e sintomas	22
2.3 Etiologia	24
2.4 Diagnóstico.....	27
Tabela 01 – Grupos e principais sintomas da Esquizofrenia	27
Tabela 02 – Critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia	28
3 Estigma e sociedade diante do portador de esquizofrenia.....	29
4 Tratamento.....	29
Tabela 03 – Manejo Clínico	30
4.1 Abordagem psicossocial	32
Tabela 04 – Abordagem em Psicoterapia	32
4.2 Abordagem psicossocial em instituições	33
5 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS	37
PRODUTO 2 – Artigo Científico	41
Comparação de Fatores Precoces de Risco Entre Irmãos Saudáveis e Portadores de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar	42
RESUMO	43
ABSTRACT	44
1 Introdução	45
2 Método	48
3 Resultados	53
Análise Estatística para o grupo Afetado pelo Espectro da Esquizofrenia e seus irmãos não afetados.....	54

Tabela 1- Correlação dos dados de identificação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	54
Tabela 2- Correlação dos dados Obstétricos dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	55
Tabela 3- Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	58
Tabela 4- Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	59
Tabela 5- Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados	60
Gráfico 1 – Traumas Precoces – Filhos acometidos pelo espectro da esquizofrenia e seus irmãos não acometidos	61
Análise Estatística para o grupo Afetado pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	61
Tabela 6 - Correlação dos dados de identificação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	62
Tabela 7 - Correlação dos dados Obstétricos dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	63
Tabela 8 - Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	65
Tabela 9 - Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	67
Tabela 10 - Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados	67
Gráfico 2 – Traumas Precoces – Filhos acometidos pelo transtorno bipolar e seus irmãos não acometidos	68
4 Discussão	69
5 Conclusão	75
Referências	78
Considerações Finais	83
Referências	85
Apêndices e Anexos	90
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO	91
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	95
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CEP PARA PESQUISA	96

ANEXO B – PPP – PERFIL PSICOSSOCIAL PRÉ-NATAL (Com Adaptações).....	101
ANEXO C – PPP- AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL	105
ANEXO D – ESCALA DE TRAUMAS PRECOCES	107
ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE RASTREIO PARA O GENOMIC PSYCHIATRIC COHORT STUDY, VERSÃO EM PORTUGUÊS	109
ANEXO F – Di-PAD	115

Justificativa

Esta dissertação foi composta por dois produtos literários, um capítulo de livro e um artigo científico. No capítulo de livro, dirigido para o público geral, a Esquizofrenia foi explorada criticamente atualizando a apresentação de seus conceitos, terapêutica e fatores de risco.

O objetivo foi o de fomentar discussões sobre o transtorno e promover medidas para identificação precoce dos fatores de risco, junto ao público leitor em geral e às equipes multidisciplinares que atuem na assistência direta aos usuários de saúde.

Com informações que podem ser adotadas em programas de educação em saúde preventiva já existente na atenção primária. E que possam vir a somar-se a outras estratégias já em prática para prevenção e detecção deste transtorno mental, que é grave e incapacitante.

O segundo produto resultou em um artigo científico com os resultados de um estudo clínico com irmãos discordantes, conduzido com vinte famílias cujos filhos são portadores do Espectro da Esquizofrenia e Transtorno Bipolar. Os filhos acometidos pelos transtornos foram comparados retrospectivamente seus irmãos não acometidos por algumas variáveis de eventos adversos que se fizeram presentes durante as suas gestações e a de seus irmãos discordantes.

Apresentamos ao final da investigação os resultados dos eventos de risco onde foram comparadas as variáveis de saúde materna, obstétrica, psicológica, social e de traumas precoces, simultaneamente na mesma amostra de indivíduos acometidos e seus irmãos não acometidos pelos transtornos. E também eventos de traumas precoces que pudessem ter ocorrido durante a infância dos sujeitos investigados e seus irmãos discordantes.

Considerando que estudos com irmãos tem se tornado frequente pela necessidade de que haja um melhor controle sobre as correlações intrafamiliares (Li et al., 2014). E que, eventos aleatórios ou previsíveis podem se tornar fatores de riscos individuais por conta de aspectos ambientais não compartilhados ou eventos estocásticos vivenciados por irmãos que podem levar a trajetórias diferentes e imprevisíveis ao longo de seu desenvolvimento (Smith, 2011).

Sabemos que o Espectro da Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar tem incidência de 1% e 5% respectivamente na população mundial atualmente. Que são idiopáticos, insidiosos, graves, acometem os indivíduos em períodos precoces de vida e acabam por cronificar-se. (Culpepper, 2014; Freitas-Silva & Ortega, 2016).

A Esquizofrenia é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como uma das doenças psiquiátricas mais graves e desafiadoras ainda hoje por conta das interações biopsicossociais que culminam com o seu surgimento (Kim et al., 2017). Já o Transtorno

Bipolar é caracterizado pelas mudanças abruptas de humor que variam de um humor excessivamente feliz e expansivo, a períodos de tristeza intensa e desesperança, irritação, mudanças no padrão de sono e apetite, e até mesmo tentativa de suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais - DSM 5, 2014).

Para conceituá-los é necessário considerar vários critérios de validação e diagnóstico, incluindo riscos genéticos, ambientais, familiares e culturais. E nos indivíduos em situação de risco precoce e expostos a vulnerabilidades psicossociais, estes transtornos podem despertar precocemente e até mesmo se apresentar de uma forma muito mais grave. Então é necessário que sejam adotadas abordagens multicêntricas em períodos primários da vida (Tandol et al., 2013; Freitas-Silva & Ortega 2016; Rowland & Marwaha, 2018).

Malaspina et al., (2014) aponta que, mecanismos epigenéticos quando associados ao ambiente e curso de vida do indivíduo, podem levar a alterações na expressão gênica do mesmo, adoecendo-o, como resultado da vulnerabilidade genética pré-existente para múltiplas condições psiquiátricas. Desta forma, as investigações epigenéticas combinadas ao neurodesenvolvimento apontam e ressaltam a necessidade de se investigar o ambiente, o biológico, o social e a herança genética a fim de que se possam eleger novas possibilidades de intervenções precoces (Freitas-Silva & Ortega, 2016; Bosaipo et al., 2017).

Investigar fatores preditivos de risco em sujeitos vulneráveis ao longo de seu desenvolvimento e a adoção de estratégias preventivas acabam por reduzir efeitos deletérios que impactam de forma global a vida afetiva, ocupacional e de bem-estar físico do indivíduo (Figueiredo et al., 2013 & Weissheimer, 2007).

Assim sendo, a hipótese inicial desta investigação seria a de que eventos de riscos acrescidos a vulnerabilidades biopsicossociais e traumas precoces justificassem ou apontassem marcadores ou “gatilhos” para o despertamento de tais transtornos.

E que, identificando marcadores precoces, pudéssemos contribuir positivamente na prevenção e redução das morbimortalidades, incapacidades, situações de estigma e marginalização a que essa população está exposta. Apontando estratégias que impactarão positivamente na saúde pública, especificamente na área da saúde mental.

A presente investigação está inserida como projeto guarda-chuva em uma pesquisa genética multicêntrica com o título “ESTUDO GENÉTICO DE COORTE EM PSIQUIATRIA ENTRE AFRODESCENDENTES: ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR” em parceria da Universidade Católica Dom Bosco que tem a frente o pesquisador

psiquiatra Drº. André Barciela Veras e a New York University (NYU) e a University of Southern Califórnia que teve início em 2007 com o Psychiatry Genomic Consortium (PGC).

PRODUTO 1 – Capítulo de Livro

Introdução Geral

O capítulo abaixo faz parte de um livro intitulado de “Doenças da Alma” organizado pelos professores Jacir Alfonso Zanatta e André Barciela Veras com o objetivo de fornecer informações acerca deste transtorno mental tão relevante. O livro atende ao público em geral, alunos de graduação da área de saúde e humanas e profissionais não especializados em saúde mental. Com informações claras e objetivas de fácil leitura e entendimento.

Aborda e descreve a Esquizofrenia como uma patologia que é grave, mas se diagnosticada e tratada precoce e adequadamente, não provocará tantos efeitos deletérios em seu portador. Consequentemente, terminará promovendo qualidade de vida para o mesmo e sua família, inclusão no meio do qual faz parte e redução do estigma.

1 Afinal o que é a esquizofrenia? E como é apresentada pela mídia à sociedade

Quadros de perturbação mental no ciclo vital do homem acaba por afetar seu nível de funcionamento pessoal, afetivo e profissional e interferindo significativamente em sua qualidade de vida e de sua família (Grieve & Gnanasekaran, 2010).

Ao longo do tempo, o indivíduo foi exposto às variadas informações, que, através dos veículos de comunicação, propiciaram a formação de conceitos. Alguns se tornaram nocivos pelo preconceito e o estigma, corroborados pelo senso comum. A imprensa, como um dos condutores de conhecimento, tem um papel crucial na apresentação de tais informações públicas, é ela que, a partir de notícias veiculadas, produz novas compreensões na vida diária da sociedade. Na veiculação e dispersão de dados referentes à saúde mental, a mídia possui um papel importante por promover a inclusão ou condenação diante da sociedade de um indivíduo portador de um transtorno mental (Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP - 2009).

Os transtornos mentais são habitualmente apresentados pela imprensa de maneira precipitada e pouco aprofundada. Dessa forma, contribuiu-se para a disseminação do mito de que todo portador de um transtorno mental é naturalmente um indivíduo instável, violento,

indigno de confiança e do qual devemos nos manter afastados a fim de garantir nossa integridade física. No interesse de “vender” a notícia, os problemas mentais estampam a imprensa sensacionalista. Indivíduos com alto grau de periculosidade, autores de crimes hediondos e com grande repercussão junto à sociedade são rotulados como loucos, em sua grande maioria, como “psicopatas” ou “esquizofrênicos” (Guarniero et al., 2013).

Esses termos sobrevieram de forma pejorativa, desvalorizando a dor e o sofrimento do portador de transtornos como a esquizofrenia e reforçando o estigma dentro de um contexto de abuso e criminalidade. Isso intensifica o comprometimento das relações sociais deste indivíduo, na perda de sua autoestima, sua cidadania e dos direitos comuns, além da baixa adesão ao tratamento.

A visão estereotipada de uma parcela da população e dos profissionais de saúde decorre do desconhecimento do transtorno e da crença em afirmações errôneas como “ninguém sobrevive à esquizofrenia” ou “a loucura pode ser transmitida”. A incompreensão do termo loucura pode levar ao descaso com os portadores de esquizofrenia, submetendo-os a tais sentenças e contribuindo para a falta de um acesso eficiente e rápido, com danos maiores e permanentes ao indivíduo. Levando-o a uma estrada de dor e sofrimento, ampliada pelo isolamento social, ao desemprego, à perda de moradia, ao comprometimento da vida familiar, ao uso de drogas lícitas e ilícitas, além de internações prolongadas em manicômios. O medo e a vergonha que a pessoa em sofrimento psíquico carrega, podem minimizar as chances de recuperação e acrescer o sofrimento para o portador, família e amigos próximos (ABP, 2009).

O portador de esquizofrenia raramente apresenta comportamento violento. Entretanto, são frequentes os problemas cognitivos, afetivos e sociais. Os pensamentos pouco compreensíveis, consequente dos delírios ou alucinações que podem ser auditivas, olfativas ou visuais, iniciam após um episódio agudo psicótico, que caracterizam e assinalam a instalação do transtorno. O modo de encarar a realidade do portador de esquizofrenia é diferente dos demais, com situações e experiências que somente ele consegue perceber. Consequentemente, provoca-lhe medo e o sentimento de exclusão por não se fazer compreender (Barros, 2012).

Quando ocorre a internação em uma instituição psiquiátrica, a vida social do portador de esquizofrenia fica ainda mais prejudicada. A pessoa pode ser vista pela sociedade como improdutiva e não confiável (Oliveira et al., 2012). Que termina por ocasionar ao indivíduo adoecido o sentimento de fracasso que pode conduzi-lo a um quadro de depressão e ansiedade, agravando seu problema mental.

Os veículos de comunicação televisivos e impressos são primordiais para conscientizar a população de que o indivíduo com adoecimento mental deve ser tratado com respeito e ter garantido seus direitos como cidadão, incluindo o acesso a tratamento médico e psicossocial, proporcionando maior capacidade de executar suas tarefas, exercer sua autonomia e poder funcional. Assistência e o apoio à família também precisam ser garantidos pela rede de saúde mental, adequando qualidade de vida e inclusão na sociedade da qual fazem parte.

2 Conceituando a esquizofrenia

Fernandes (2009, p. 26-30) entende o sofrimento psíquico como uma “dor na alma”. Essa dor se difere da dor física, mais visível e creditável quando acompanhada de uma lesão aparente, como na pele ou órgão.

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico e necessita de tratamento por tempo indeterminado. Apresenta no indivíduo uma sintomatologia que compromete sua afetividade, seu intelecto, apresentando regressão e retraimento conforme a progressão e gravidade do transtorno (Costa, 2003).

O conceito de esquizofrenia sofreu modificações e foram elencadas algumas causas etiológicas, o que levou a uma classificação diagnóstica mais objetiva e biomédica. Dentre elas estão à herança genética, anormalidades da estrutura cerebral ou bioquímica cerebral, dieta materna na gestação, época do nascimento, agentes virais hipotéticos, estresse social, eventos cotidianos e a estrutura familiar (Costa, 2003). Sendo que ela resulta de uma interação de variáveis, da concepção atual e da história de vida do paciente e das maneiras de enfrentamento que levam a estratégias para fortalecer sua autonomia e prevenir crises (Peixoto, 2016).

É importante ter um olhar crítico e abrangente para o conceito. Costa (2003) pontuou o foco dos autores pioneiros na sintomatologia do transtorno (Bleuler e Kraepelin), ressaltando que ainda há pouco critério para firmar o diagnóstico, sendo definido de forma vaga e expressamente biológica. Consequentemente, tal situação acaba por comprometer o diagnóstico e há o risco de ser aplicada a pessoas que têm apenas um comportamento reprovado ou incoerente.

Diante disso, é preciso admitir um olhar analítico, priorizando o indivíduo em sua singularidade e propor um manejo de modo a fortalecer suas potencialidades, retardar a perda

da capacidade mental, formar o máximo de conexões com a realidade e priorizar vínculos que fortaleçam a adesão ao tratamento.

2.1 Histórico

A história da esquizofrenia remonta ao documento escrito no antigo Egito em 2000 a.C. Neste contexto, o distúrbio do pensamento era visto como o acometimento por um espírito maligno e podia ser “curado” por exorcismo. Desse modo a doença assumia caráter místico e o sacerdote tinha o poder de sanar, reestruturar o indivíduo. Ele passava a noite em vigília em companhia do doente e de sua família, no intuito de espantar o mal que o “perseguia”. Segundo Holmes (2005), esse entendimento do sofrimento psíquico como resultado de possessão demoníaca, vigorado também durante a Idade Média, e baseava o tratamento no espancamento, na privação de alimento, na tortura generalizada, isolamento e aprisionamento.

No mesmo sentido, Brasil (2015) ressalta que no século XVIII, o confinamento era necessário para aqueles que divergiam dos padrões da sociedade. Deste modo, tornava o indivíduo com transtorno mental recluso e isolado.

A esquizofrenia foi caracterizada pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin em 1898, como uma doença grave, crônica e com deterioração progressiva da capacidade intelectual, iniciando na juventude ou início da fase adulta (Silva, 2006). Na primeira década do século XIX o psiquiatra suíço Eugen Bleuler observou a fragmentação do pensamento e das emoções durante o surto agudo, então ele renomeou o que era conhecido como demência precoce. Essa observação fez com que Bleuler substituísse o nome dessa condição por esquizofrenia: “esquizo” - cisão e “frenia” – mente (Andreasen, 2000).

Após a Primeira Guerra Mundial, com base na visão organicista e biomédica, insistiu-se a base somática das doenças mentais e a esquizofrenia tornou-se “o símbolo sagrado da psiquiatria institucional”. Tal posicionamento levou à submissão dos portadores de esquizofrenia a “procedimentos médicos e cirúrgicos” denominados de tratamento. Somente depois da Segunda Guerra Mundial, foram desenvolvidas as terapias medicamentosas modernas para a esquizofrenia, para as psicoses e outras doenças mentais (Costa, 2003, p. 95). A efetividade das modernas classes de medicamentos é utilizada até os dias atuais. Por um lado produziu o retorno de pessoas gravemente acometidas por transtornos mentais para a

vida na comunidade, mas por outro lado sustentou uma excessiva legitimidade das intervenções biomédicas hospitalares por um longo período no Brasil e no mundo. Esta trajetória causou distorções e estigmas graves na sociedade ocidental.

Nos anos de 1960 e 1970, começaram a aparecer questionamentos ao modelo manicomial de atenção à saúde na Europa (Itália, França e Inglaterra), assim como proposta de reforma da assistência em saúde mental. O marco histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início nos anos 70 e culminou com a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1987 (Melo, 2012).

A Reforma Psiquiátrica priorizou a desinstitucionalização, garantindo o direito à cidadania ao portador do transtorno mental e tomou como inspiração a reforma psiquiátrica italiana, que em 1973 foi credenciada pela Organização Mundial de Saúde como referência mundial na assistência à saúde mental. Criou-se então a Lei nº 10.216, aprovada em abril de 2001, que regulamenta e normatiza as internações psiquiátricas e estabelece os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais, que dependem da assistência médica, hospitalar e farmacêutica.

Esses movimentos esclareceram em parte a sociedade sobre a compreensão de que era necessária uma mudança nas estratégias de tratamento ao portador de transtornos mentais, ultrapassando a humanização dos manicomios, a melhora do ambiente e o aumento do número de profissionais da área. Era preciso trazer os usuários ao convívio social, resgatando sua cidadania e garantindo-lhes acesso à assistência à saúde de forma justa e legal, pautada nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Equidade e Integralidade (Matos, 2014). Neste período no Brasil, iniciaram-se os questionamentos acerca do manejo com o indivíduo portador de transtornos mentais, sem excluir ou retirá-lo do convívio social e familiar.

2.2 Definição e sintomas

A esquizofrenia é considerada um transtorno mental grave, de difícil manejo e caracterizado por alteração do contato com a realidade, devido à desorganização dos processos mentais e com a presença de delírios e alucinações. A enfermidade provoca prejuízos funcionais, em decorrência da alteração, por vezes simultânea, da motivação, do estado afetivo e dos processos cognitivos (Alves & Silva, 2001). O indivíduo apresenta

distorções no pensamento e na percepção, apresentando frequentemente um comportamento desorganizado e diminuição da capacidade de expressar as emoções (embotamento afetivo) (Brischke, 2012 & Brasil, 2013).

É uma enfermidade crônica com elevado custo financeiro e social para o paciente, cuidador e familiares. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a esquizofrenia é considerada a oitava causa mundial de sobrecarga em anos de vida, ajustado por incapacidade na população com idade entre 15 a 44 anos (Daltio, 2007). No Brasil, entre agosto de 2012 ao mesmo período de 2013, o número de internações devido à esquizofrenia foi de 93.364 pacientes, com óbitos de 364 pacientes neste intervalo (Brasil, 2013).

A frequência na população geral é da ordem de 1 para cada 100 pessoas, com 40 casos novos para cada 100.000 habitantes por ano. No Brasil, estima-se que há 1,6 milhão de pacientes com esquizofrenia e, a cada ano, cerca de 50.000 pessoas manifestam a doença pela primeira vez. O transtorno atinge em igual proporção homens e mulheres, independente da cultura ou classe social e inicia-se mais cedo no homem, por volta dos 20-25 anos de idade e na mulher, por volta dos 25-30 anos de idade (Silva, 2006).

A esquizofrenia tem seus sinais e sintomas “despertados” em fases iniciais da vida. O período antes do surgimento dos primeiros sintomas denomina-se “fase prodrómica”. Depois disso, o indivíduo começa a vivenciar experiências de transição em seu cotidiano e essas mudanças provocam situações de estresse. Comprometem-se os relacionamentos, levando ao isolamento social e o afastamento de atividades costumeiras. Sua percepção fica alterada, com a manifestação dos delírios e alucinações, que aos poucos se intensificam e culminam com o episódio psicótico agudo. Não somente a representação de mundo é alterada, mas seu estado de emoções, sobretudo pelo embotamento afetivo, pensamentos e sentimentos confusos e comunicação prejudicada. Ocorre uma drástica redução em sua vontade, comprometendo sua funcionalidade e na manutenção de cuidados pessoais (Araújo et al.; 2002).

Durante o surto psicótico ocorre uma desorganização psíquica intensa, numa cisão com a realidade. Os indivíduos podem manter ideias fixas de perseguição, escutando comentários constantes sobre eles. Em algumas ocasiões os pacientes acreditam que são detentores de poderes especiais e que seus pensamentos e ações estão fora de controle, que catástrofes estão prestes a ocorrer ou que se é alguém famoso ou rico. Podem ocorrer delírios somáticos, com crenças de que sua saúde ou órgãos estão seriamente comprometidos. Esses sintomas provocam no indivíduo uma sensação de medo irracional e intenso sofrimento.

O portador do transtorno pode ouvir ruídos, visualizar objetos ou pessoas sem a presença delas. Nas alucinações olfativas e gustativas, o indivíduo tem a convicção de cheiros e sabores estranhos ou inexistentes. Pode ocorrer a sensação nítida de que há vermes sob seu corpo ou que partes dele estão derretendo ou apodrecendo. Falar sozinho pela conversa com personagens também é comum. Tais manifestações são chamadas no jargão médico de sintomas positivos, uma vez que se caracterizam por fenômenos mentais que normalmente não estão presentes na mente das pessoas. (Oliveira et al., 2012).

Outro grupo de sintomas que estão presentes na esquizofrenia é chamado de sintomas negativos. Isto porque se caracterizam por déficit ou perdas de capacidades mentais comuns no aparelho psíquico. Os sintomas negativos são caracterizados pela cronicidade e pela deficiência de algumas funções como a memória e a atenção, a iniciativa e o interesse, provocando no indivíduo indiferença frente às atividades rotineiras e um quadro de passividade e ociosidade que compromete as atividades produtivas que o indivíduo realizava anteriormente ao transtorno, levando-o a um desequilíbrio diário e improdutividade. Isto também pode ocorrer como consequência da falta de estímulos por privação ambiental ou ambientes pouco estimulantes (como quando em internações por períodos prolongados) ou como efeito colateral de drogas antipsicóticas das quais o portador faça uso. Os sintomas negativos podem resultar de um quadro de depressão, com risco aumentado para o suicídio (Oliveira et al., 2012).

Malaspina (2015) constatou a necessidade de adotar instrumentos fidedignos para a identificação e classificação dos sintomas negativos. Isso porque a prescrição de drogas convencionais ao tratamento do transtorno da esquizofrenia não produz um resultado efetivo nos sintomas negativos, resultando em uma resposta inadequada e insuficiente ao tratamento. Se os sintomas não forem identificados precocemente e de forma concisa, podem comprometer a recuperação do portador da esquizofrenia.

2.3 Etiologia

Do ponto de vista etiológico, a esquizofrenia é uma condição de origem multifatorial por sua complexidade. Brasil (2013) sugere considerável relevância da hereditariedade, sem, no entanto, conhecer o modo de transmissão genética. Souza et. al., (2015), ressaltam que as causas da esquizofrenia são endógenas ou intrínsecas. O transtorno pode ser herdado

geneticamente, seja por complicações da gravidez, no parto, infecções que possam afetar o Sistema Nervoso Central (SNC). Entre os fatores ambientais, Silveira (2014) aponta o uso abusivo de drogas (álcool, maconha, tabaco, dentre outros produtos tóxicos), como fator propulsor e/ou antecipador da esquizofrenia.

Muitos pesquisadores conduzem suas investigações adotando algum tipo de teoria que norteia seu trabalho, uma vez que o transtorno ainda não possui uma causa singular e bem esclarecida. Várias são as teorias apresentadas ao longo do tempo tais como: Teoria Genética, Teorias Neuroquímicas, Teoria Dopaminérgica, Teoria de Modificações Estruturais ou do Desenvolvimento (Reis & Arruda, 2011).

As teorias para a investigação do transtorno da esquizofrenia são primordiais e ultrapassam a carga genética herdada no nascimento. O cérebro está em constante mudança e as transformações ocorrem ao longo dos anos, através de experiências de vida e das exposições ambientais que ocorrem desde a infância e a adolescência. Acredita-se que o neurodesenvolvimento cerebral é o responsável pela alteração do funcionamento das células cerebrais e da arborização neural, que tem como consequência a alteração na produção e na liberação dos neurotransmissores (dopamina), aumentando a vulnerabilidade do indivíduo ao transtorno (Regina, 2006).

As alterações bioquímicas nos neurotransmissores cerebrais, particularmente da dopamina, também estão implicadas na enfermidade. A dopamina é um neurotransmissor central liberado em vesícula nas sinapses do sistema nervoso central. Na esquizofrenia, estariam envolvidos os sistemas mesolímbico e mesocortical. Segundo a teoria dopaminérgica, a medicação antipsicótica bloqueia os receptores pós-sinápticos da dopamina do subtipo D2, ocorrendo com isso melhora da sintomatologia. Por outro lado a ação de administração de agonistas da dopamina piora a sintomatologia da esquizofrenia (Pitta, 2009).

Os sintomas positivos da esquizofrenia como alucinação, agitação, euforia, irritabilidade, agressividade, delírio, entre outros, são provenientes de um aumento da interatividade dopaminérgica na via mesolímbica cerebral. Já os denominados sintomas negativos como apatia, desmotivação, perda de interesse e depressão caracterizam-se pela pouca interatividade dopaminérgica na região mesocortical cerebral (Stephen, 2006).

Inúmeros estudos estão especulando outras causas neuroquímicas para explicar a fisiopatologia da esquizofrenia, bem como a perda proeminente de interatividade colinérgica ocasionando principalmente distúrbios cognitivos. Há evidências de uma alteração funcional de mediadores cerebrais como a adenosina e serotonina, as quais podem exercer papéis

modulatórios nos mecanismos dopaminérgicos (Reis & Arruda, 2011). Assim a detecção precoce dos sintomas é imprescindível para traçar a terapêutica desejável e apresentar um prognóstico satisfatório.

Muitas são as vertentes de pesquisa que atualmente se apresentam e as investigações ocorrem conforme os sintomas se apresentam. Algumas drogas farmacológicas são pesquisadas, com a redução nos efeitos colaterais e mais efetividade nos sintomas, associadas as técnicas de psicoterapia, abordagens psicossociais e neurocognitivas. Estão sendo realizadas investigações do desenvolvimento e funcionamento cerebral durante os primeiros anos de vida do indivíduo, com buscas genéticas, e investigações nas mudanças dos padrões que fogem do esperado (Costa 2003, pág. 71).

A esquizofrenia também tem sua vertente nas teorias psicológicas, iniciando com Freud interpretando a psicose como um recurso do ego para lidar com as angustias internas e que são diferenciadas entre neurose e psicose (Campbel, 1986). Freud discutiu a problemática da saúde mental, designando os termos conforme sua época. Ele propôs a diferenciação entre neurose e psicose, sendo que “na psicose a perda de realidade estaria necessariamente presente”. A psicose então seria uma tentativa de preservar o ego a partir da criação de outra realidade, visível pela alteração da percepção e do pensamento. “Assim, tanto a neurose quanto a psicose são expressões de uma rebelião do id contra o mundo externo, de sua indisposição ou de sua incapacidade a adaptar-se às exigências da realidade” (Costa, 2003, p. 71). Ele tenta equiparar um comportamento normal ou sadio e influenciou Bleuler no conceito da esquizofrenia e ensaiou uma teoria etiológica “com o intuito de ir além dos termos e conceitos classificatórios” (Costa, 2003, p. 71).

É interessante refletir acerca da etiologia da esquizofrenia e não concentrar-se apenas em seus sintomas classificatórios, percebendo que ela pode ser caracterizada como uma síndrome em sua múltipla sintomatologia e apresentar outros aspectos essenciais neste quadro, como a linguagem da experiência, as defesas psíquicas, conceito de normalidade e as formas de existir. O termo “doença” é contestado por carregar implícita a “anormalidade biológica”, restringindo-se ao aspecto físico e neurológico. Tal classificação favoreceu a criação dos hospitais psiquiátricos (antigos manicômios), a divisão entre paciente (o dito louco) e o cuidador, teorias “morais” e o fenômeno da medicalização (Costa 2003, p. 98).

É fato que as características pessoais e individuais impactam na forma como o indivíduo se relaciona com fatores estressores e ambientais, podendo estar ligadas com a

peculiaridade da manifestação da doença em cada sujeito, podendo levar a diferentes sintomas em diferentes intensidades (Fleck, 2008).

2.4 Diagnóstico

O diagnóstico é eminentemente clínico e pode ser firmada apenas após 06 meses do primeiro episódio psicótico agudo, com a continuidade dos sintomas iniciais como delírios e alucinações, a presença do embotamento afetivo e falta de vontade (avolia). É necessária a presença de dois sintomas clínicos durante o episódio de surto psicótico, na maior parte do tempo do episódio, por pelo menos um mês após a exclusão de diagnósticos de transtorno de humor, transtornos por doença cerebral orgânica, intoxicação, dependência ou abstinência por álcool ou drogas. Não há exames laboratoriais ou de imagens que detectem os sinais específicos de esquizofrenia.

Veja os grupos e principais sintomas da Esquizofrenia, preconizado pela Classificação Internacional de Doenças-CID 10 e pela Quinta edição do Manual Estatístico de Doenças Mentais-DSM 5.

Tabela 01: Grupos e principais sintomas da Esquizofrenia.

Grupos	Sintomas principais
Sintomas positivos	Compreendem principalmente os delírios e as alucinações, bem como desorganização de pensamentos e comportamento.
Sintomas negativos	Incluem a diminuição de vontade e da afetividade, o empobrecimento do pensamento e o isolamento social.
Sintomas cognitivos	Dificuldade de atenção, concentração, compreensão e abstração.
Sintomas afetivos	Depressão, desesperança e as ideias de tristeza, ruína e de autodestruição.

Fonte: CID:10/DSM-5

Os sintomas da esquizofrenia variam de pessoa para pessoa, como também conforme a evolução da doença. Ou seja, nem todos os portadores de esquizofrenia apresentam necessariamente todos os sintomas, e da mesma forma, para receber o diagnóstico de esquizofrenia a pessoa não precisa necessariamente manifestar todos os sintomas (Louzã, 1999).

Tabela 02: Critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia

CRITÉRIO DE DIAGNÓSTICO PARA ESQUIZOFRENIA	
Ao menos 2 dos seguintes sintomas por pelo menos 1mês.	
1. Delírios;	
2. Alucinações;	
3. Discurso desorganizado;	
4. Comportamento amplamente desorganizado ou catatônico;	
5. Disfunção social ou ocupacional;	
6. Duração de pelo menos de 1 a 6 meses;	
	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo menos um mês de fase ativa + pródromo/residual • Exclusão de transtorno afetivo; • Exclusão de uso de substância ou condições médica geral; • Apenas um sintoma de fase aguda, se delírios bizarros, alucinações com vozes que comentam comportamento/pensamento, duas ou mais vozes conversando entre si.

Fonte: CID:10/DSM-5

O diagnóstico apoia-se na história de vida do indivíduo e nos relatos de familiares que convivem diariamente com o mesmo. Entretanto, tais sintomas podem estar presentes em outras patologias, assim como sintomas de outras patologias podem estar presentes na esquizofrenia, variando desde um comportamento hiperativo ou de desatenção, a insônia e irritabilidade, dificuldades de aprendizagem, perda de energia, sintomas de ansiedade e até um humor depressivo. O último pode ser confundido com depressão ou transtorno de ansiedade, provocando no indivíduo introspecção e isolamento social. Algumas dessas mudanças podem ser ignoradas pela família e até confundidas com a fase típica da adolescência. Para Van (2011), o rastreio, com a detecção precoce, tratamento adequado e a reabilitação biopsicossocial, possibilitam um significativo avanço para a saúde mental.

Os estudos por imagem são utilizados apenas para excluir possíveis diagnósticos que simulam a esquizofrenia. Entretanto, mesmo se tratando apenas da esquizofrenia, tomografia computadorizada (TC) de crânio, pode revelar uma dilatação de ventrículos e consequentemente a redução do parênquima cerebral em alguns pacientes. Já a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) pode revelar diferenças no volume de áreas do lobo temporal e parietal e a redução na porção anterior do complexo amígdala-hipocampo, mais notadamente no lado esquerdo do cérebro (Tegan & Maia, 2005).

3 Estigma e sociedade diante do portador de esquizofrenia

Entender a enfermidade, apoiar o sujeito e a família confere benefício mútuo e significativo. Cabe ao profissional de saúde utilizar os recursos disponíveis, identificar outras possibilidades em seu contexto e inserir o indivíduo em sua comunidade para obter resultados eficazes. Diante do exposto, a direção das políticas do Sistema Único de Saúde – SUS prioriza a prevenção, a promoção em saúde e a reabilitação. Trata-se de um atendimento integrado e humanizado, que depende da contribuição dedicada de cada trabalhador da saúde (Brasil 2013).

Portanto, a atual política brasileira de saúde mental baseia-se nos referenciais "basaglianos" (Melo 2012). Este indica o retorno e a permanência do indivíduo com transtorno mental no seu meio social, próximo à família e da comunidade, cujo enfoque é a socialização, confrontando o preconceito e o estigma.

Para isso, é importante apresentar um olhar dinâmico, tendo uma percepção do todo e compreender o doente em sua constelação familiar e social. Então, para o sujeito é imprescindível à atenção, a sensibilidade e, principalmente, saber ouvir, acolher e apoiar. Isto maximiza o acesso e a adesão ao tratamento, favorece a confiança e desmistificam o adoecimento mental. São atitudes simples, como identificar o sujeito pelo nome, ser fraterno, cordial, sem infantilizações, ações capazes de extrair potencialidades que até então estavam desvalorizadas (Associação Brasileira de Esquizofrenia - ABRE, 2014).

4 Tratamento

O tratamento deve ser oferecido por uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social). Os processos cognitivos de memória e raciocínio são afetados e o portador do transtorno sente-se frustrado pelas limitações que agora fazem parte de sua vida e antes não existiam.

A cronicidade que caracteriza o transtorno torna imperioso o tratamento contínuo e por tempo indeterminado, a fim de evitar novos episódios de surtos, prevenir outras limitações e minimizar a deterioração cognitiva. O tratamento é eficaz quando empodera o indivíduo e a família a encontrar estratégias para identificar e resolver problemas sociais, tornar o ambiente menos estressante e melhorar a relação interpessoal do paciente (Saporito et al., 2011). A psicoterapia, com suas diversas abordagens, e a terapia ocupacional pode habilitá-lo neste sentido, ofertando suporte e estabelecendo um plano terapêutico ao portador do transtorno na superação de suas dificuldades.

No tratamento da esquizofrenia, segundo Almasan & Gimenez (2006); Shirakawa, (2010) & Brischke, (2012) destacam-se duas abordagens como primordiais: a terapia medicamentosa e a reabilitação psicossocial. Devido alguns sintomas (principalmente apatia, desinteresse, isolamento social e outros) persistirem após as crises, é necessário um planejamento individualizado e direcionado para reabilitação do sujeito.

Shirakawa (2010 p.57-58) ressalta os passos para o manejo clínico do tratamento de pacientes com esquizofrenia:

Tabela 03: Manejo Clínico.

1-Estabelecer e manter aliança terapêutica;
2-Monitorar e acompanhar o paciente, prestando atenção aos sintomas de recaída;
3-Promover educação em saúde e tratamento;
4-Determinar a necessidade de medicação e de intervenção psicossocial, elaborando um plano terapêutico;
5-Reforçar a adesão ao plano de tratamento;
6-Incentivar a compreensão do indivíduo e familiares na adaptação psicossocial e buscar uma adaptação social compatível para cada caso;
7-Ajudar a reconhecer precocemente as recaídas, promover as mudanças no tratamento e identificar fatores que precipitam ou perpetuam os surtos;
8-Direcionar esforços para aliviar o estresse familiar e melhorar o funcionamento familiar;
9- Facilitar o acesso do paciente aos diversos serviços e coordenar recursos destinados à saúde mental, benefícios legais, tratamento clínico, necessidades advocatícias, lazer e cultura, dentre outros.

Fonte: (SHIRAKAWA, 2010 p.57-58)

Para Shirakawa (2010) & Brischke et al., (2012), o paciente necessita de atendimento com a equipe multiprofissional, onde os saberes e as ciências são agregados numa forma de promoção, prevenção e cuidado à saúde. Possibilitando ainda a intervenção e a detecção precoce de novas recaídas, a orientação e o suporte, dentre outros procedimentos, objetivando capacitar os para lidar com mais facilidade às dificuldades do cotidiano, imposta pela enfermidade.

O tratamento da esquizofrenia visa o controle dos sintomas e o uso regular das medicações. O tratamento medicamentoso é realizado com antipsicóticos ou neurolépticos (Brasil, 2013) que são utilizados na fase aguda da doença para aliviar os sintomas psicóticos e também nos períodos entre as crises, em doses menores para prevenir novas recaídas e diminuir os efeitos colaterais. As medicações funcionam como um sistema neuroprotetor, sendo que a maioria dos pacientes necessita utilizar a medicação ininterruptamente para não ter novas crises, assim, o paciente deve submeter-se a avaliações médicas periódicas junto à equipe multidisciplinar (Brasil, 2013).

Atualmente, as drogas de escolha para o tratamento da esquizofrenia agem principalmente no neurotransmissor chamado dopamina, fazendo com que ocorra uma melhora significativa dos sintomas positivos. Entretanto, os sintomas negativos não são tratados por conta da ineficácia das medicações. Investiga-se o uso de outras drogas como o glutamato a fim de que se possa alcançar um resultado melhor, com ação sobre os sintomas negativos do transtorno e o uso de medicamentos neuroprotetores – utilizados principalmente nos estágios iniciais que evitariam a cronicidade do transtorno (Brasil, 2013).

Este dilema faz com que a necessidade de uso contínuo de medicações seja controversa. Em um estudo longitudinal conduzido com pacientes portadores de esquizofrenia, acompanhados por 20 anos constatou-se no grupo que não fez uso contínuo de antipsicóticos, uma recuperação melhor com a preservação de suas funções cognitivas, menor quadro de ansiedade e probabilidade reduzida de apresentar sintomas psicóticos (RADIS, 2014). Existe a necessidade do uso de medicação antipsicótica quando o indivíduo apresenta seu primeiro episódio de surto psicótico, entretanto, após a melhora e estabilização do mesmo, seria conveniente avaliá-lo a fim de suspender ou não o uso contínuo de tais medicações. Países como a Finlândia adotam desde 1992, a prática da não medicalização contínua, fazendo o uso de tais de forma seletiva e dando ênfase aos cuidados psicossociais. Os resultados são muito bons uma vez que 80% dos indivíduos continuam trabalhando ou estudando cinco anos após o primeiro episódio do surto psicótico, (RADIS, 2014).

4.1 Abordagem psicossocial

O portador de esquizofrenia, após a crise aguda, sustenta a percepção e a crença em seus pensamentos, está consciente de seu estado, mas necessitam de apoio, orientação e suporte. É uma experiência incomum, no qual o indivíduo experimenta momentos de confusão, perplexidade e desorientação que acaba por afetar toda a família que, invariavelmente deseja o melhor para o doente, mas se vê envolvido numa situação difícil e complexa. Então há a necessidade de se avaliar cada indivíduo em seu contexto, numa perspectiva sociocultural, econômica e religiosa (Shirakawa, 2010).

Para Shirakawa (2010), a abordagem psicossocial compreende a psicoterapia, o acompanhamento terapêutico ocupacional e a orientação familiar.

Tabela 04: Abordagem em Psicoterapia

A psicoterapia tem finalidade de melhorar os sintomas, prevenir as recaídas e evitar as internações.
1. Interromper a perda da capacidade mental, preservando o contato com a realidade;
2. Restaurar a capacidade de cuidar de si e de administrar sua vida, manter o máximo de autonomia para promover o melhor ajustamento pessoal, psicológico, e social;
3. Diminuir o isolamento;
4. Reconhecer e reduzir a natureza ameaçadora dos eventos da vida, para as quais exista uma sensibilidade particular;
5. Conscientizar sobre a realidade de seus recursos e limitação, ajudando a descobrir e a realizar seu potencial aceitando suas limitações;
6. Aumentar a defesa diante de situações estressantes, liberando recurso que eventualmente esteja obstruído pela psicose e desenvolver fonte alternativa para solução de seu problema;
7. Recuperar a independência, os cuidados individuais, em questões de higiene e capacitar para Atividade de Vida Diária (AVD) e Atividade de Vida Instrumental (AVI).

Fonte: (SHIRAKAWA, 2010, p. 56-57).

Pode-se realizar também a psicoterapia de grupo ou individual. Na modalidade individual deve-se priorizar o apoio/suporte específico apresentado pelo paciente. E em psicoterapia de grupo, utiliza-se a modalidade de grupo operativo, onde o terapeuta organiza a

discussão em torno do assunto agendado previamente, com abordagem educativa para capacitar ou instruir a respeito das limitações.

A proposta da terapia ocupacional é oferecer ao sujeito a possibilidade de reencontrar e desenvolver a busca de autonomia e independência e a exercer sua capacidade de pensamento por meio de construção livre de objeto. Segundo Grieve & Gnanasekaran, (2010, p.26-39),

“Recuperar as funções perdidas..., estimulando/auxiliando na reorganização do espaço temporal e no ajustamento social; capacitar/treinar habilidades perdidas ou atividades remanescentes, laboral e social..., intervenções pontuais, reconstruindo o caminho para sua autonomia e independência”.

E por fim, o envolvimento afetivo dos laços familiares com o sujeito enfermo facilita o entendimento e a busca de soluções conflitantes conforme aponta Shirakawa, (2010 p. 56-57), ”...se a família não for igualmente conscientizada, os choques serão inevitáveis. Estudos internacionais mostram que as recaídas são mais frequentes quando o ambiente familiar é estressante”.

Para Brischke (2012), a doença representa mais do que um conjunto de sintomas. Envolve outras representações de ordem psicológica, social, moral, entre outras, sendo necessário orientar a família para a possibilidade de recaídas, integrá-la ao programa de tratamento, aliando-a nas atividades psicoeducativas, organizando a rotina diária, com uma comunicação fluida entre a equipe de acompanhamento e, principalmente, trabalhando para tornar o paciente mais autônomo e independente. O evento estressor psicossocial como perda de um familiar ou alguém próximo, a mudança de moradia, exames escolares, jornada laboral, passeio, lazer, dentre outros, podem apresentar piora de sintomatologia, diante de qualquer tipo de fonte estressora, (Silva, 2006). Por isso, o cuidado deve ser interpretado pelos familiares como um ato de observar, agir e prevenir diante do comportamento e de atitude para que este não cause nenhum dano ou risco ao paciente (Brischke et al., 2012).

As intervenções definidas como programas de tratamento psicológico das famílias têm a finalidade de diminuir as tensões presentes no ambiente familiar e de melhorar o funcionamento social do portador. Há programas familiares que são realizados com a presença conjunta dos portadores e dos demais membros da família, enquanto outras metodologias propõem a realização de programas de orientação aos familiares sem a presença conjunta dos portadores (Shirakawa, 2010). Todavia, está condicionada a cada situação apresentado pela família.

4.2 Abordagem psicossocial em instituições

Historicamente, o paciente com esquizofrenia foi tratado de uma forma agressiva durante sua internação hospitalar, local de prática e saber médico cuja atenção, restringia-se a internação configurando a exclusão social e a medicalização, excluindo-o dos vínculos e da interação social, de seu contexto social e familiar (Prado, 2009).

A partir do processo de desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o tratamento passou a ser realizado preferencialmente na comunidade, próximo ao convívio familiar e social, fortalecendo o laço afetivo com as figuras de apoio do cotidiano, havendo internação hospitalar apenas nos momentos de crises ou surto psicótico. A evolução dos medicamentos antipsicóticos também contribuiu para a manutenção do tratamento ambulatorial. No entanto, em determinadas crises, a internação ainda pode ser útil. Caso seja necessária, a internação deve ser de curto prazo. Em geral, de 15 a 30 dias são suficientes para controlar os sintomas mais evidentes (Brasil, 2013). Neste período, é importante que a família fique em contato com o doente, leve-o para casa nas licenças de fim de semana até que receba alta hospitalar. Em alguns casos, nos momentos críticos, o hospital-dia pode ser uma alternativa à internação hospitalar até a remissão completa do surto.

A recuperação vai sendo alcançada com a internação parcial. O doente fica durante o dia em atividades de grupo ou terapia ocupacional e, à noite, volta para casa. A alta do hospital-dia pode ser realizada de maneira gradual, com a diminuição do número de dias frequentados por semana. Uma equipe multiprofissional pode colaborar com orientação durante o período de internação e prepará-los para possível alta hospitalar. A família é orientada para a sequência dos procedimentos até a remissão do surto e a volta ao equilíbrio na vida familiar.

O tratamento é realizado por serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nos quais os usuários podem permanecer durante o dia. Com isso melhora o convívio com os familiares, o qual está relacionado diretamente com inúmeras situações que advêm da doença.

A proposta de tratamento no Centro de atenção psicossocial (CAPS) prioriza a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Tomasi, 2010).

Deste modo, os CAPS e os núcleos de atenção psicossocial, centro de convivência e algumas associações de portadores e familiares estão organizados para atividades de reabilitação social do portador.

É necessário que as autoridades e os gestores de saúde priorizem e deem visibilidade às intervenções, práticas e estratégias de manejo que devem ser adotadas e postas em prática quando falamos da assistência à saúde mental. Sendo a atenção básica a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) a todo e qualquer cidadão, é imperativo que os princípios doutrinários da Universalidade, Integridade e Equidade estejam integrados a rotina diária dessas instituições de saúde. É assim que se garantirá acessibilidade através do acolhimento e de uma rede de escuta atenta e personalizada ao paciente e sua família.

5 Conclusão

Apesar dos avanços acerca do conceito, do diagnóstico e tratamento, a esquizofrenia permanece como um campo propício a investigações, desafiando estudiosos a encontrar melhores métodos e estratégias terapêuticas para o sujeito e, assim minimizar o impacto negativo para os pacientes, familiares e seus cuidadores.

O desenvolvimento ao longo dos anos e a consolidação cada vez mais eficaz da reforma psiquiátrica trouxe a possibilidade de novas alternativas de tratamento, que conduziu ao processo de reabilitação psicossocial com equipe multiprofissional na saúde, com procedimentos de tratamento integrados, que incluem todos os níveis de intervenção. A assistência psiquiátrica sofreu transformações, viabilizando mudanças como a transição do modelo hospitalocêntrico para aquele centrado na comunidade, entre eles os CAPS e os centros de convivência.

Quanto ao combate do preconceito e do estigma, os profissionais de saúde, da imprensa e familiares devem colaborar para a divulgação de informações de qualidade e veracidade usando para isso a fala à população e a comunidade próxima, a publicação em sites voltados para o público em geral, cursos informativos sobre o transtorno, palestras em shoppings e salas de espera em unidades de saúde e consultórios médicos, textos em linguagem clara e de fácil entendimento sem termos técnicos e entrevistas com profissionais que assistam esses portadores em suas vivências diárias para o relato real e cotidiano das conquistas.

É essencial prestar informações sem apelos pejorativos e através de contato pessoal e informal, em locais onde o público possa ser abordado de maneira fácil como no caso de praças públicas, feiras e eventos onde ocorrem exposições variadas com temas dedicados à prevenção em saúde.

Importa informar sobre a prevenção da saúde mental na população, o que é pouco enfatizado. Todas essas ações são primordiais no combate ao estigma, à discriminação e a exclusão social dos portadores que se tornam vítimas do transtorno e da sociedade. O que termina por retardar a busca por um tratamento adequado, agravando os sintomas e comprometendo intensamente as funções cognitivas e sensoriais do indivíduo.

A luta para a inclusão dos portadores de esquizofrenia é árdua, seja no mercado de trabalho, na educação, na sociedade em geral como um indivíduo portador de uma patologia crônica, mas que como todo sujeito tem suas limitações e capacidades preservadas. Capacidades estas que podem e devem ser exploradas. Para isso é imprescindível o dever ético de fornecer informações ao público de forma precisa sem juízo de valores.

Despertando uma reflexão construtiva e positiva no público leitor e ouvinte. E como uma obrigação social, denunciar práticas e situações de violência e exclusão ao portador do transtorno, divulgar novos tratamentos, técnicas psicoterapêuticas e medicamentosas.

Referências

- Alves, S. R. R.; Silva, M. T. A. (2001). A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. *Rev. Estudos de Psicologia, PUC - Campinas*, v.18, n. 1, p.12-22 jan/abr. São Paulo.
- Araújo, F. S.; Petribú, K.; Bastos, O. (2002). Depressão em esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiq.*; 24(2):86-93. Faculdade de Ciências Médicas Universidade de Pernambuco.
- Almasan, D. A.; Gimenez, R. M.; (2006). Formas de tratamento do paciente esquizofrênico. *Rev. Cien. Elet. De Psicologia. Ano Iv. N. 7. Nov. Periódico Semestral*, São Paulo.
- Andreasen, N. C. (2000). Schizophrenia: The fundamental questions. *Brain Research Reviews*, 31, 106-112.
- Associação Brasileira de Familiares Amigos E Portadores De Esquizofrenia-ABRE: (2014). Disponível Em: www.Abrebrasil.Org.Br/Web/Index.Php/Esquizofrenia.
- Associação Brasileira De Psiquiatria-ABP. (2009). Manual Para a imprensa. Boas Práticas De Comunicação E Guia Com Recomendações Para Um Texto Claro E Esclarecedor Sobre Doenças Mentais E Psiquiatria. 2ª Edição, Ed. ABP, Rio De Janeiro.
- Barros, E., Lima, M. C. V., Rodrigues, T. A., Marinho, T. P. (2012). A esquizofrenia e seus aspectos de inclusão social.
- Brasil, (2013). Protocolo Clínico e Diretrizes de Esquizofrenia. Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013.
- Brasil, (2013). Ministério Da Saúde: Informações de Saúde - Epidemiológicas e Morbidade. DATA SUS.
- Brasil, (2013). Ministério Da Saúde. Cadernos de atenção básica – Saúde mental. Nº 34 – 2013.
- Brasil, (2015). Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderno Humaniza SUS: saúde mental. vol.5. Brasília, 2015.
- Brischke, C. C. B., Loro, M. M., Rosanelli, C. L. P., Cosentino, S. F., Gentile, C. S., Kolankiewicz, A. C. B. (2012). Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: Perspectiva de familiares. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUI, *Rev. Ciência Cuidado da Saúde*. Out/Dez, 11(4) 657-664. Rio Grande do Sul.
- Campbel, R. (1986). Dicionário de Psiquiatria. Ed. Martins Fontes. São Paulo.
- Costa, I. I. (2003). Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia. ed. Positiva/Abrafipp. Brasília, 2003.
- Daltio, C. S.; Marim J.J., Ferraz, M.B. (2007). Estudos farmaeconômicos e carga da doença em esquizofrenia. *Rev. psiquiatr. clín. [online]*. 2007, vol.34, suppl.2, pp.208-212. ISSN 0101-6083.
- Fernandes, L. S. O. (2009). Dor no Corpo e na Alma: vivência de dor pacientes com artrite reumatoide. Universidade de Coimbra, Portugal.

- Fleck, M. P.A. A (2008). Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde. Artmed. Porto Alegre.
- Grieve, J.; Gnanasekaran, L. (2010). Neuropsicologia para Terapeutas Ocupacionais: cognição de desempenho ocupacional. 3^a ed. Santos. São Paulo.
- Guarniero, F. B.; Bellinghini, R. H.; Gattaz, W. R. (2012). O estigma da esquizofrenia na mídia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *Rev. Psiq. Clínica*, 2012, 39 (3). 80-4. Rio de Janeiro.
- Holmes, D. S. (2005). Psicologia dos transtornos mentais. 2^a ed. Atmed. Porto Alegre.
- Louzã, N. M. R. (1999). Convivendo com a Esquizofrenia: uma guia para pacientes e familiares. ed. Lemos, São Paulo.
- Matos, L. S. D.; Pontes, K. L.; Pereira, A. C. (2014). Revisão teórica da esquizofrenia e implicações causadas pela doença na vida do portador e dos familiares. III Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais aplicada. 1 a 4 out. Francisco Beltrão, Paraná.
- Malaspina, D.; Gilman, C. ; Kranz T. M. (2015). Paternal age and mental health of offspring. *Fertil Steril*. Jun; 103 (6): 1392-6. doi: 10.1016 / j.fertnstert. Epub.
- Melo, A. M. C. (2012). Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 8, n. 9, p. 84-95. Florianópolis.
- Oliveira, R. M., Facina, P. C. B. R., Júnior, A. C. S. (2012). A realidade do viver com esquizofrenia. with *Rev. Bras. Enf. mar-abr*; 65 (2): 309-16. Brasília.
- Peixoto, M. M. (2016). O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):881.
- Pitta, J. C. N. (2009). Fundamentação teórica: esquizofrenia. UNASUS- Especialização em Saúde da Família: caso complexo 5 Amélia. Universidade Federal de São Paulo. UNIFESP. São Paulo.
- Prado, L. P. A. S. (2009). Tratamento Farmacológico da Impulsividade e do Comportamento Agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 31(2), Supl. 58-65, São Paulo.
- RADIS - Comunicação Em Saúde. (2014). Atenção integral supera medicalização da vida. n. 146 – nov. Manguinhos, Rio de Janeiro.
- Regina, C. B. S. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Rev. Universidade Federal de São Paulo. Psicologia* 17(4), 263-285. São Paulo.
- Reis, G. C.; Arruda, A. L. (2011). Fisiopatologia da esquizofrenia baseada nos aspectos moleculares da hipótese glutamatérgica. *Rev. Bras. Farm.* 92(3): 118-122, 2011 118 Universidade Católica Dom Bosco-UCDB, Departamento de Farmacologia, Campo Grande-MS.

- Saporito, J. M.; Ryan, C.; Teachman, B. A. (2011). Reducing stigma toward seeking mental health treatment among adolescents. University of Virginia. PMC.Nov. 25. Published in final edited form as: *Stigma Res Action.*; 1(2): 9–21.EUA.
- Stephen, N. L. (2006). Eugenia no Brasil. 1917-1940. In: Hochman, G., and Armus, D., orgs. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. ed. Fiocruz, Coleção História e Saúde, p.330-391. Rio de Janeiro.
- Shirakawa, I. (2010). Aspectos Gerais do Manejo do Tratamento de Paciente com Esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatria* n. 22 (Supl.1): 56-8. Departamento de Psiquiatria da UNIFESP/EPM. São Paulo.
- Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão de literatura. Universidade Federal de São Paulo, Psicologia USP. rev. 17(4),263-285. São Paulo.
- Silveira, J. F., Oliveira, R. L., Viola, B. M., Silva, T. M., Machado, R. M. (2014). Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. *Rev. Rene*, mai-jun.15(3):436-46. Minas Gerais.
- Souza, A. P. M.; Silva, T. R.; Souza, J. L. M.; Martins, I. F.; Crozara, M. (2015). III Simpósio farmacêutica. Centro Universitário São Camilo, São Paulo.
- Tegan, K. S.; Maia, K. A. (2005). Psicoses funcionais na infância e adolescente. *Jornal de Pediatria*. v. 80 n. 2. Porto Alegre.
- Tomasi, E.; Facchini, L. A.; Piccini, R. X.; Thumé, E.; Silva, R. A.; Gonçalves, H. (2010). Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada. *Caderno de Saúde Pública*. 26(4): 807. Rio de Janeiro.
- Van, J. Toward. A. (2001). World consensus on prevention of schizophrenia. World Health Organization, The World Bank, Switzerland.
- World Health Organization – WHO. (2001). Mental health: new understanding, new hope. Geneva.

PRODUTO 2 – Artigo Científico

**Comparação de Fatores Precoces de Risco Entre Irmãos Saudáveis e Portadores de
Esquizofrenia e Transtorno Bipolar**

Autores: Rosany Guterrez Nunes

André Barciela Veras

Filiação: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco.

RESUMO

Objetivo: Investigamos retrospectivamente a prevalência de eventos de risco e vulnerabilidades biopsicossociais em indivíduos portadores de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, comparando-os com seus irmãos saudáveis (controle). **Método:** Investigação retrospectiva em uma amostra de 20 famílias através de entrevistas com as mães, o filho com Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar e seu irmão saudável, sendo investigados fatores de risco ligados à saúde materna e obstétrica, apoio social e ocorrência de traumas precoces. Junto às genitoras foi utilizado o Perfil Psicossocial do Pré-natal, validado para uso no Brasil. Para os filhos com sofrimento mental e seus irmãos foi aplicada a Escala de Traumas Precoces (ETISR-SF). Todos os indivíduos foram rastreados para a confirmação ou exclusão de transtornos mentais de acordo com os critérios do DSM 5 através do Questionário de Rastreio da Pesquisa Genética, a Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (Di-PAD). **Resultados:** As variáveis ligadas à história obstétrica de complicações na gestação, ganho de peso ponderal materno inadequado e a presença de traumas precoces (traumas gerais, castigo físico, abuso emocional e sexual) se mostraram estatisticamente relevantes como fatores de risco para o Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar. Houve relação significativa nas tendências numéricas para a variável complicações na gestação através do teste exato de Fisher (valor $p = 0,06$); e a oscilação de peso materno (valor $p = 0,06$) e ($p=0,05$) nos filhos com Esquizofrenia e TAB respectivamente. Em relação a traumas gerais ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,01$) apontando que a pontuação de traumas gerais foi maior em indivíduos com Esquizofrenia; castigo físico ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,006$) e ($p= 0,008$) maior nos indivíduos com Esquizofrenia e TAB respectivamente e também foi observada significância para traumas por abuso sexual ($p= 0,006$) e emocional com diferença significativa (valor $p = 0,009$) indicando que a pontuação referente à presença de traumas foi maior em indivíduos com Esquizofrenia apenas. A variável gênero ($p= 0,03$) teve significância no grupo com TAB apenas. Nossos achados estão em consonância com o que é apontado pela literatura científica.

Palavras-chave: Fatores de Riscos Gestacionais, Traumas Precoces, Esquizofrenia e Transtorno Bipolar.

ABSTRACT

Objective: The prevalence of biopsychosocial risk events and vulnerabilities was retrospectively investigated in individuals with Schizophrenia and Bipolar Disorder in comparison to their healthy siblings (control). **Method:** Retrospective investigation on a sample 20 families through interviews with the mothers, the offspring with Schizophrenia or Bipolar Disorder, and their healthy sibling. Thus, investigating risk factors related to maternal and obstetric healthcare, social support and existence of early trauma. The Prenatal Psychosocial Profile (PPP) validated for use in Brazil was used for the genitors. With the offspring with mental illness and their siblings, the Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF). All the individuals were screened for confirmation or exclusion of mental disorders according to the DSM 5 through the Screening Questionnaire of the Genetic Research, Diagnostic Interview for Psychosis and Affective Disorders (Di-PAD). **Results:** The variables related to the obstetric history of complications during pregnancy, inadequate maternal weight gain and the presence of early trauma (overall trauma, physical punishment and emotional abuse) were statistically relevant as risk factors for the Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorder. There was a significant relation in the numerical trends for the variable of pregnancy complication through Fisher's exact test (p value = 0,06); and maternal weight oscillation (p value = 0,06) and (P =0,05) in offspring with Schizophrenia and BD respectively. Regarding overall trauma, there was a significant difference (p value = 0,01) indicating that the overall trauma score was higher in individuals with Schizophrenia; physical punishment had a significant difference (p value = 0,006) and (p = 0,008) higher in the same individuals with Schizophrenia and BD respectively; and a significant difference was also observed for trauma due to sexual abuse (p =0,006) and emotional abuse (p value = 0,009) indicating that the score corresponding to the presence of trauma was higher in individual with Schizophrenia. The gender variable (p = 0,03) had significance in the TAB group only. Our findings are in accordance with what has been pointed out by scientific literature.

Key-words: Risk Factors Gestational, Early Trauma, Schizophrenia and Bipolar Disorder.

1 Introdução

A Esquizofrenia é uma patologia grave, de curso crônico, com início dos sinais e sintomas em períodos precoces e produtivos de vida. Leva ao comprometimento do cognitivo, do pensamento e emoções. Sua complexidade leva a distorções da realidade, da percepção de si mesmo, além do embotamento afetivo, somados aos delírios, alucinações, prejuízos funcionais e cognitivos, déficits sociais e ocupacionais com mudanças nos níveis humorais e algumas vezes distúrbios motores (Silva, et al.; 2016 & Ambroz, et al., 2017).

Enquanto que o Transtorno Bipolar, também conhecido como doença maníaco-depressiva é caracterizado por mudanças drásticas nos quadros de humor que variam de uma energia e níveis de atividades aumentadas, a um humor excessivamente feliz. Intercalado a tristeza intensa, cansaço, irritação e ideação suicida (Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais - DSM 5, 2013). Pereira et al., (2010) o descreve como um transtorno mental grave, crônico e caracterizado por alterações neuroquímicas, cognitivas, psicológicas, funcionais e sócios afetivas com variações de humor, episódios de depressão e mania ao longo da vida.

Nestes transtornos a história familiar tem um peso considerável ao analisarmos o fator genético envolvido, mas causas isoladas não conseguem explicar o surgimento deles uma vez que, há uma somatória das muitas dimensões envolvidas em seu desencadeamento (Demetrio & Chang, 2013). A proximidade entre a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar se dá pela existência do Transtorno Esquizoafetivo, categoria pertencente a ambos os espectros psicopatológicos (Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais - DSM 5, 2014).

Estes transtornos resultam das interações genéticas, ambientais e psicossociais que se sobrepõem e podem ser explicadas por algumas hipóteses (dopaminérgicas, genéticas e familiares), que descrevem como seu mecanismo de patogênese compromete neurotransmissores provocando uma desorganização nos processos mentais que alteram a realidade. (Silva, et al.; 2016 & Ambroz, et al., 2017). Considerando que indivíduos geneticamente vulneráveis, podem ser alvos de mecanismos epigenéticos ao longo de seu desenvolvimento e ter como consequência um adoecimento mental (Malaspina et al., 2015).

Realizamos então uma investigação com irmãos discordantes a fim de que pudéssemos apontar as correlações intrafamiliares e comparar as relações de exposições pré-natais (Donovan & Susser, 2011; Li, et al., 2014).

Smith (2011) comparou a eficácia das variáveis de exposição entre irmãos e o resultado teve variação diferente entre os dois grupos, por conta da média ou prevalência da exposição dos indivíduos. Uma vez que eventos aleatórios ou previsíveis podem se tornar fatores de riscos individuais que podem ser explicados pela epigenética.

Keyes, et al., (2013) também registra que estudos de comparação com irmãos discordantes a fatores de risco semelhantes são importantes, por conta de que fatores ambientais devem ser mensurados e controlados quando possível. E que variáveis no ambiente familiar não compartilhada como a ordem de nascimento, a idade paterna e tipo de parto, são fatores de risco individuais não compartilhados pelos mesmos irmãos e que podem levar a trajetórias diferentes e imprevisíveis ao longo de seu desenvolvimento (Smith, 2011).

São todas estas interações que somadas à exposição precoce e contaminação por produtos tóxicos ou vírus, além do cuidado materno deficitário em períodos iniciais de vida, maus tratos na infância, abuso emocional, sexual, castigos físicos e as situações de negligência que podem despertar estes espectros que não se encaixam dentro de um modelo linear e unidirecional dos processos de saúde-doença (Freitas-Silva & Ortega 2016; Rowland & Marwaha, 2018).

Sugranyes et al., (2017) apontam em seu estudo que a hipótese do neurodesenvolvimento sugere que a Esquizofrenia ocorre por consequência de alterações neurobiológicas no período pré e perinatal combinadas a fatores genéticos e ambientais. E que, no caso do Transtorno Bipolar, as evidências apontam os eventos adversos perinatais acrescidos aos transtornos afetivos posteriores.

Considerando então que são as interações biológicas, psicológicas e sociais (Barreto, 2016) ao longo do ciclo de vida destes indivíduos que podem culminar em adoecimento foi que iniciamos nossa investigação.

Realizamos então, uma investigação retrospectiva com o objetivo de identificar a prevalência destes eventos em dois grupos de indivíduos. Um acometido pelo Espectro da Esquizofrenia e outro pelo Transtorno Bipolar, comparando-os a seus irmãos saudáveis não acometidos (controle). Usamos o design de irmãos discordantes para sondar as exposições diferenciais dentro das famílias, comparando as variáveis de saúde materna, obstétrica, psicológica, social e de traumas precoces simultaneamente na mesma amostra de indivíduos afetados ou não.

2 Método

Realizamos uma investigação com caráter retrospectivo, de corte transversal em uma amostra 20 famílias: N=20 mães, N= 20 filhos acometidos por sofrimento mental (12 filhos acometidos pelo Espectro da Esquizofrenia e 08 filhos acometidos pelo Transtorno Bipolar) e N= 20 filhos não acometidos/saudáveis (controle).

Os sujeitos da investigação foram selecionados por conveniência, encaminhados pela equipe da Psicologia e da Enfermagem em dois Centros de Atenção Psicossocial de Campo Grande, MS – Brasil. Foram informados da investigação e convidados a participar da mesma enquanto aguardavam consulta médica ambulatorial de rotina.

O convite aos familiares foi feito via contato telefônico após o aceite dos pacientes. As entrevistas tinham duração média de 40 minutos com cada um dos sujeitos investigado e ocorreram no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) da Vila Almeida, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) da Vila Margarida e também nas residências dos sujeitos.

As mães (N=20) destes filhos acometidos por sofrimento mental foram informadas via contato telefônico do objetivo desta investigação e concordaram em serem entrevistadas após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os irmãos não acometidos (N=20) tinham idade maior de 18 anos, declararam não serem portadores de nenhum sofrimento mental, responderam ao questionário de rastreio para psicoses da pesquisa genética (projeto guarda-chuva) e ao instrumento de traumas precoces.

Os sujeitos investigados tinham idade maior que 18 anos; com diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar segundo critérios diagnóstico do Manual Diagnóstico Estatístico para Transtornos Mentais (DSM 5, 2013); cadastrados e recebendo assistência médica e psicológica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) da Vila Almeida e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) da Vila Margarida. Todos os participantes individualmente leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos pacientes com sofrimento mental com diagnóstico diferente do Espectro de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar; com idade inferior a 18 anos; familiares que não aceitaram o convite para participar da presente investigação (mães e irmãos – grupo controle) e/ou que não concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após leitura do mesmo.

Para a coleta de dados junto às mães (N=20), participantes da presente investigação foi utilizado o Perfil Psicossocial do Pré-natal (PPP), que é um instrumento traduzido e validado para uso no Brasil em 2007 por Weissheimer com uma escala do tipo Likert, com 44 itens divididos em quatro subescalas. A subescala de Avaliação do Apoio

Social recebido do companheiro e de outras pessoas têm 11 afirmações sobre situações de apoio e as respostas são dadas através de uma escala de 1 a 6, com o valor 1 correspondendo a “muito insatisfeita” e o valor 6 a “muito satisfeita”. Os escores variam de 11 a 66. Maiores valores indicam maior satisfação com o apoio social recebido do companheiro ou de outras pessoas.

De tal instrumento (PPP), foi excluída a parte que avalia o estresse e a autoestima, uma vez que as mães já haviam gestado e parido seus filhos que agora no início da vida adulta apresentaram o sofrimento mental investigado. E também por conta da subjetividade que seria de difícil mensuração se considerar o tempo decorrido num estudo retrospectivo, desde a gestação dos filhos até a presente data (décadas após).

Foi aplicado ao grupo de mães com as adaptações necessárias a investigação a fim de que pudéssemos avaliar o evento da gestação (história clínica e obstétrica), o apoio social, e os perfis sócios demográficos e econômicos da mulher quando gestou o filho portador dos Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar e também na gestação do filho saudável não acometidos pelos transtornos (controle).

O instrumento que foi aplicado às mães dos filhos portadores de sofrimento mental e a seus irmãos saudáveis não acometidos (controle) tinha cinco dimensões: (A – Dados de Identificação; B – Escolaridade; C – Moradia e Renda; D – Dados Obstétricos; E – História Médica).

Aos filhos acometidos pelo Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Transtorno Bipolar (N=20), foi aplicado o Questionário de Rastreio da Pesquisa Genética (Questionário de Rastreio para o Genomic Psychiatric Cohort Study, Versão em Português - Screening) que é um instrumento usado para identificar sintomas de esquizofrenia, mania, depressão, uso de substâncias, histórico de saúde e outros.

É uma entrevista clínica semiestruturada de acordo com os critérios do DSM-5 dos transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados: depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade (pânico, agorafobia, ansiedade social e ansiedade generalizada), transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação (FIRST, 2017).

Para a constatação do diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar foi utilizada a Entrevista de Diagnóstico para Psicoses e Perturbações Afetivas (Di-PAD) que utiliza critérios para diagnóstico de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar pela coleta de dados

sociodemográficos, rastreando depressão, mania, alucinações, perturbações do pensamento e percepções do entrevistador quanto a sintomas psicóticos. Este instrumento foi elaborado pela Universidade do Sul da Califórnia em 2009 e traduzido para uso no Brasil por Susana Rute Ferreira e Célia Cardoso.

E também a Escala de Traumas Precoces - (Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces -Versão Reduzida (IAATPVR)) que são instrumentos de avaliação básicos adotados pelo Genomic Psychiatric Study. O instrumento foi criado em 2007 por Bremner, Bolus e Mayer. Utilizamos a versão reduzida, traduzida e adaptada para uso no Brasil por Osório et. al., (2013).

Possui 28 itens pontuados com respostas dicotômicas. Esta escala avalia a presença de traumas durante a infância e adolescência e está subdividido em categorias: traumas gerais (com escore total de 11 pontos), abuso físico (com escore total de 05 pontos) e emocional (escore total de 05 pontos), abuso sexual (escore total de 05 pontos), medo e sensação de estar fora do corpo (Reação ao Trauma) (escore total de 02 pontos). Quanto maior o somatório de pontuação das subescalas e da escala total, maior a percepção de ter sido submetido a eventos traumáticos durante a infância ou adolescência.

Os instrumentos para coleta de dados junto aos filhos saudáveis não acometidos (N=20), (controle), foram o Questionário de Rastreio da Pesquisa Genética (Questionário de Rastreio para o Genomic Psychiatric Cohort Study, Versão em Português - Screening), e a Escala de Traumas Precoces (Inventário de Auto Avaliação de Traumas Precoces -Versão Reduzida (IAATPVR)).

Os participantes foram informados sobre a possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer tempo sem nenhum prejuízo a si ou seus familiares, do caráter de confidencialidade das informações prestadas e que não haveria nenhum tipo de custo financeiro às famílias investigadas.

A existência de algum tipo de risco para os sujeitos investigados foi mínimo. Mas se, durante as entrevistas houvesse algum desconforto emocional decorrente dos questionamentos pessoais, a entrevista seria interrompida e até mesmo suspensa se o sujeito investigado assim o desejasse. Porém, a entrevista foi conduzida por uma profissional de saúde experiente que esteve atenta para as eventuais reações adversa e pronta a interromper e orientar o sujeito quanto à participação na investigação.

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, obedecendo aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/12 sobre

pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os Questionários e Documentos de Investigação que foram aplicados às mães, aos seus filhos portadores de tais Transtornos e ao grupo controle (irmãos saudáveis).

A submissão e aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética e Pesquisa ocorreu por parecer nº 2.797.686. A presente investigação seguiu como projeto guarda-chuva da investigação genética denominada de **ESTUDO GENÉTICO DE COORTE EM PSIQUIATRIA ENTRE AFRODESCENDENTES: ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR** do Pesquisador Psiquiatra Drº André Barciela Veras, já autorizada por este CEP e com parecer de nº 1.482.988 de 07/04/2016.

A interpretação dos dados foi realizada por estatística descritiva e comparativa, através da avaliação, quantificação e análise dos dados coletados via questionário. Para o grupo de filhos afetados pelo Espectro da Esquizofrenia e Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados a análise estatística foi realizada através do programa Stata versão 12.0.

As variáveis foram testadas quanto ao seu padrão de normalidade através dos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, sendo identificadas dentro da distribuição normal de valores. Para a tabulação dos dados, foi realizada análise descritiva e análise inferencial através do Teste Qui-quadrado para correlação em distribuição proporcional de probabilidade de evento e não evento e assumindo o valor de significância $p<0,05$ e para as variáveis quantitativas foi realizado o teste t de Student para possíveis diferenças das médias entre os grupos observados.

3 Resultados

Análise Estatística para o Grupo Afetado pelo Espectro de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados:

Identificação dos Filhos

Para comparação entre os dados de identificação dos filhos portadores do Espectro de Esquizofrenia com seus irmãos não afetados (Tabela 1) foram analisadas as variáveis quantitativas idade dos filhos, idade da mãe e do pai no parto e escolaridade da mãe em anos no momento do parto através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto. Houve proximidade de valores de média das variáveis investigadas e desta forma não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam sofrimento mental e seus irmãos saudáveis.

Nas observações feitas para as variáveis categóricas dicotômicas (Tabela 1) relacionadas aos grupos investigados foi utilizada a distribuição dos valores em percentuais e probabilidade de ocorrência do evento. Para a variável sexo não houve distribuição com probabilidade de distribuição em tendência, assim este fator gênero sexual não demonstra influência para evento ou não evento entre os indivíduos esquizofrênicos e seus irmãos saudáveis ($p=1,0$). Foi realizado o teste Exato de Fisher para a variável moradia fixa por apresentar frequência menor que 5 nas células, o valor de significância de 0,3 apontou ausência de tendência desta variável para o evento ou não de Esquizofrenia entre irmãos. O teste Qui-quadrado foi aplicado a renda fixa (valor p não significativo = 0,6) e também não indicou tendência de frequência numérica, ou seja, também não influenciou para a presença ou ausência do evento entre irmãos.

Tabela 1- Correlação dos dados de identificação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados

	Grupo Esquizofrenia	Controle	P valor
Idade dos filhos	$36,5 \pm 8,5$	$37 \pm 8,2$	$m \pm dp$ 0,55
Idade da mãe (Parto)	$27,1 \pm 5,9$	$26,7 \pm 6,8$	$m \pm dp$ 0,43
Idade do pai (Parto)	$32,6 \pm 11,2$	$32,3 \pm 10,5$	$m \pm dp$ 0,47
Escolaridade da mãe	$4,5 \pm 2,8$	$4,5 \pm 2,8$	$m \pm dp$ 1,0
Sexo			

Masculino	8 (50%)	8 (50%)			
Feminino	4 (50%)	4 (50%)	N (%)	1,0	
Moradia Fixa					
Sim	11 (47,83%)	12 (52,17%)			
Não	1 (100%)	0 (0%)	N (%)	0,3	
Renda Fixa					
Sim	9 (52,94%)	8 (47,06%)			
Não	3 (42,86%)	4 (57,14%)	N (%)	0,6	

Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem de eventos por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado.

Fonte: Dados da Pesquisa

Dados Obstétricos

Na comparação entre os dados Obstétricos dos filhos portadores do Espectro de Esquizofrenia com seus irmão não afetados (Tabela 2) foi analisada a variável quantitativa número de consulta pré-natal através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto. Houve proximidade de valores de média das variáveis investigada (valor $p = 0,7$) e desta forma não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam Esquizofrenia e seus irmãos não afetados demonstrando que a quantidade de consultas pré-natal não influenciou para o surgimento do evento investigado.

Tabela 2- Correlação dos dados Obstétricos dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados

	Grupo		P valor
	Esquizofrenia	Controle	
Consultas Pré-natal	3,25±2,9	3,58±3,3	$m\pm dp$ 0,7
Realizou Pré-Natal			
Sim	7 (50%)	7 (50%)	
Não	5 (50%)	5 (50%)	N (%) 1,0
Tipo de Parto			
Vaginal	8 (53,33%)	7 (46,67%)	
Cesáreo	4 (44,44%)	5 (55,56%)	N (%) 0,6
Tempo gestacional			
A termo	11 (47,83%)	12 (52,17%)	
Prematuro	1 (100%)	0 (0%)	N (%) 0,3

Complicação na gestação	Sim	3 (100%)	0 (0%)		
	Não	9 (42,86%)	12 (57,14%)	N (%)	0,06
Complicação no parto	Sim	1 (50%)	1 (50%)		
	Não	11 (50%)	11 (50%)	N (%)	1,0
Medicação na gestação	Sim	8 (53,33%)	7 (46,67%)		
	Não	4 (44,44%)	5 (55,56%)	N (%)	0,6
Pré-natal em outras gestações	Sim	8 (47,06 %)	9 (52,94%)		
	Não	4 (57,14%)	3 (42,86%)	N (%)	0,6
Gravidez planejada	Sim	1 (50%)	1 (50%)		
	Não	11 (50%)	11 (50%)	N (%)	1,0
Tentou aborto	Sim	0 (0%)	0 (0%)		
	Não	12 (50%)	12 (50%)	N (%)	1,0
Oscilação de Peso na gravidez	Sim	3 (25%)	0 (75%)		
	Não	9 (0%)	12 (10%)	N (%)	0,06
Problemas de Pressão na gravidez	Sim	1 (100 %)	0 (0%)		
	Não	11 (47,83%)	12 (52,17%)	N (%)	0,3
Complicações nas gestações anteriores	Sim	5 (62,50%)	3 (37,50%)		
	Não	7 (43,75%)	9 (56,25%)	N (%)	0,3

*Obs: $m \pm dp$ (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem de eventos por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado e de Fisher. **valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Também foi realizada a análise das variáveis categóricas (Tabela 2) em relação à realização do exame pré-natal (valor $p = 1,0$) que não apresentou tendência de influência para o evento, assim como o tipo de parto (valor $p = 0,6$) indicando que o parto cesáreo ou vaginal não caracteriza a presença ou ausência do transtorno entre irmãos na amostra observada. Em relação ao tempo gestacional do nascimento a termo ou prematuro (valor $p = 0,3$) não houve tendência significativa para a esquizofrenia.

Entretanto, houve relação de proximidade para significância nas tendências numéricas para a variável complicações na gestação através do teste exato de Fisher (valor $p = 0,06$) indicando que dos indivíduos com complicações durante a gravidez, 3 apresentaram Esquizofrenia, podendo indicar tendência de evento, em comparação a ausência de complicações na gestação para os irmãos não afetados. Através do mesmo teste utilizado para variável anterior foram testadas as seguintes variáveis: complicações no parto (valor $p = 1,0$), medicação na gestação (valor $p = 0,6$), pré-natal em outras gestações (valor $p = 0,6$), gravidez planejada (valor $p = 1,0$) e se tentou aborto (valor $p = 1,0$) não apresentando tendência de distribuição destes fatores em relação aos indivíduos com sofrimento mental e seus irmãos.

Em contrapartida, a oscilação de peso materno durante a gestação aparece como possível tendência para evento e não evento entre irmãos (valor $p = 0,06$). A variação de peso durante a gravidez esteve presente com maior frequência na gestação de indivíduos com Esquizofrenia. No entanto, problemas de pressão na gravidez (valor $p = 0,3$) e complicações nas gestações anteriores (valor $p = 0,3$) não apresentaram valores significativos.

Dados Médicos

Algumas variáveis não foram testadas para os dados médicos (Tabela 3) por terem distribuição nula em totalidade por evento (doenças crônicas e uso de drogas ilícitas na gestação). Para as demais variáveis dos dados médicos não houve valor significativo de

distribuição indicando que doenças na gestação (valor $p = 0,1$) transtorno mental dos pais (valor $p = 0,1$), fumo na gestação (valor $p = 0,5$) e álcool na gestação (valor $p = 1,0$) não influenciaram o surgimento ou não da Esquizofrenia entre irmãos.

Tabela 3- Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados

	Grupo		P valor
	Esquizofrenia	Controle	
Doenças Crônicas			
Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Não	12 (50%)	12 (50%)	N (%) NS
Doenças na gestação			
Sim	2 (100%)	0 (0%)	
Não	10 (45,55%)	12 (54,45%)	N (%) 0,1
Transtorno Mental dos Pais			
Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Não	12 (50%)	12 (50%)	N (%) NS
Fumo na gestação			
Sim	2 (66,67%)	1 (33,33%)	
Não	10 (47,62%)	11 (33,38%)	N (%) 0,5
Álcool na gestação			
Sim	1 (50%)	1 (50%)	
Não	11 (50%)	11 (50%)	N (%) 1,0
Droga na gestação			
Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Não	12 (50%)	12 (50%)	N (%) NS

*Obs: $m \pm dp$ (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado. * valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Avaliação do Apoio Social

Para comparação entre os dados do apoio social recebido pelas mães durante a gestação dos filhos afetados pelo Espectro da Esquizofrenia com seus irmãos não afetados (Tabela 4) foram analisadas as variáveis quantitativas apoio social do companheiro (valor $p = 0,4$) e apoio social de outras pessoas (valor $p = 0,3$) através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto. Houve proximidade de valores de média das variáveis investigadas e desta forma não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam sofrimento mental e seus irmãos saudáveis.

Tabela 4- Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados

	Grupo Esquizofrenia	Controle	P valor
Apoio Social do Companheiro	$34,5 \pm 14,7$	$37,7 \pm 13,4$	$m \pm dp$ 0,4
Apoio Social de outras pessoas	$51,2 \pm 13,4$	$54 \pm 12,3$	$m \pm dp$ 0,3

Obs: $m \pm dp$ (média e desvio padrão) utilizado para diferença de médias pelo teste t. * valor de p menor que 0,05.

Fonte: Dados da Pesquisa

Traumas Precoces

Para comparação entre os dados de traumas precoces (IAATP) em indivíduos com Esquizofrenia e seus irmãos não afetados (Tabela 5) foram analisadas as variáveis quantitativas através do teste t de Student.

Em relação a traumas gerais ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,01$) apontando que a pontuação referente a presença de traumas gerais foi maior em indivíduos com Esquizofrenia ($m \pm dp 4,7 \pm 2,1$) do que em seus irmãos não afetados ($m \pm dp 3,08 \pm 2,02$). Ao compararmos a variável trauma por castigo físico também houve diferença significativa (valor $p = 0,006$) no grupo afetado pela Esquizofrenia. Apontando que a pontuação referente a presença de traumas por castigo físico foi maior em indivíduos afetados pelo Espectro da

Esquizofrenia ($m \pm dp$ 4,75±2,1) do que em seus irmãos não afetados ($m \pm dp$ 2,6±1,5). Também foi observada significância para traumas por abuso emocional com diferença significativa (valor $p = 0,009$) indicando que a pontuação referente a presença de traumas por abuso emocional foi maior nestes mesmos indivíduos afetados com Esquizofrenia ($m \pm dp$ 2,6±1,6) do que em seus irmãos saudáveis ($m \pm dp$ 0,75±1,2). Para traumas por abuso sexual (valor $p = 0,006$) a pontuação continuou apresentando significância maior em indivíduos afetados pela Esquizofrenia ($m \pm dp$ 3,1±2,1) do que em seus irmãos não afetados do grupo controle ($m \pm dp$ 1±2,2). Na avaliação de Reação ao trauma não houve diferença significativa (valor $p = 0,3$) entre os dois grupos de sujeitos.

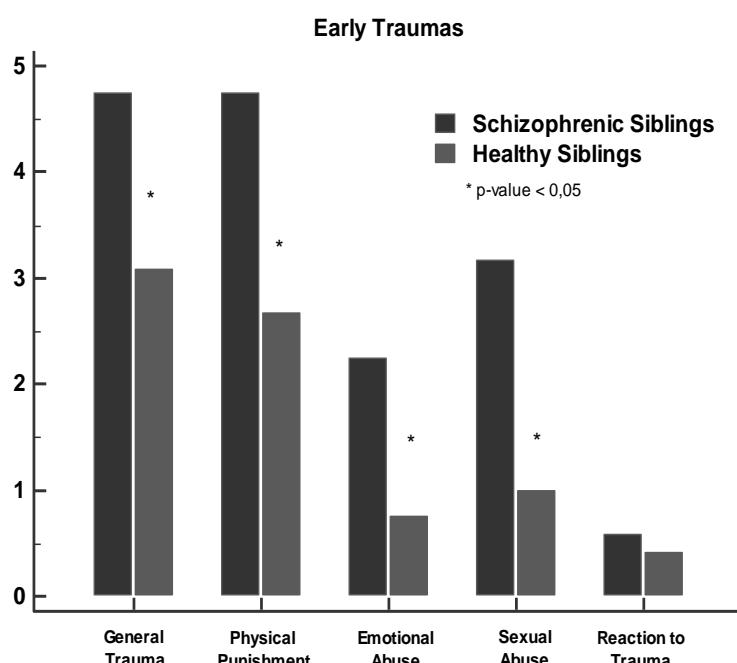
Tabela 5- Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos portadores de Esquizofrenia e seus irmãos não afetados

	Grupo Esquizofrenia	Controle	P valor
Traumas Gerais	4,7±2,1	3,08±1,2	$m \pm dp$ 0,01*
Traumas por Castigo Físico	4,75±2,1	2,6±1,5	$m \pm dp$ 0,006*
Traumas por Abuso Emocional	2,6±1,6	0,75±1,2	$m \pm dp$ 0,009*
Traumas por Abuso Sexual	3,1±2,1	1±2,2	$m \pm dp$ 0,006*
Reação ao trauma	0,5±0,9	0,4±0,7	$m \pm dp$ 0,3

*Obs: $m \pm dp$ (média e desvio padrão) utilizado para diferença de médias pelo teste t. * valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 1 – Traumas Precoces – Filhos acometidos pelo espectro da esquizofrenia e seus irmãos não acometidos



Fonte: Dados da Pesquisa

Análise Estatística para o Grupo Afetado pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados:

Identificação dos Filhos

Para comparação entre os dados de identificação dos filhos portadores de Transtorno Bipolar com seus irmãos não afetados (Tabela 6) foram analisadas as variáveis quantitativas

idade dos filhos, idades da mãe e do pai no parto e escolaridade da mãe em anos no momento do parto através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto. Houve proximidade de valores de média das variáveis investigadas e desta forma não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam Transtorno Bipolar e seus irmãos saudáveis.

Nas observações feitas para as variáveis categóricas dicotômicas (Tabela 6) relacionadas aos grupos investigados foi utilizada a distribuição dos valores em percentuais e probabilidade de ocorrência do evento. Para a variável sexo houve distribuição com probabilidade de tendência, assim este fator gênero sexual demonstra influência para evento ou não evento entre os indivíduos com Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados ($p=0,03$). Para a categoria sexo feminino 70% ($n=7$) dos indivíduos apresentaram o transtorno afetivo bipolar e 30% ($n=3$) eram participantes do grupo controle para o sexo masculino 83,33% ($n=5$) eram saudáveis participando do grupo controle e 16,67% ($n=1$) apresentou transtorno bipolar afetivo. Foi realizado o teste Exato de Fisher para a variável moradia fixa por apresentar frequência menor que 5 nas células, foi identificada ausência de significância desta variável para o evento ou não de Transtorno Bipolar entre os irmãos. O teste Qui-quadrado foi aplicado a renda fixa (valor $p=0,6$) e também não indicou tendência de frequência numérica, ou seja, também não influenciou para a presença ou ausência do evento entre irmãos.

Tabela 6 - Correlação dos dados de identificação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados

	Grupo		$m \pm dp$	P valor
	TAB	Controle		
Idade dos filhos	$36,7 \pm 10,8$	$35,3 \pm 13,6$	$m \pm dp$	0,4
Idade da mãe (Parto)	$24,7 \pm 6,8$	$24,8 \pm 6,6$	$m \pm dp$	0,5
Idade do pai (Parto)	$28,7 \pm 7,6$	$28,6 \pm 7,6$	$m \pm dp$	0,4
Escolaridade da mãe	$3,8 \pm 0,9$	$3,8 \pm 0,9$	$m \pm dp$	1,0
Sexo				
	Masculino	1 (16,67%)	5 (83,33%)	
	Feminino	7 (70%)	3 (30%)	N (%)
				0,03*

Moradia Fixa	Sim	8 (50%)	8 (50%)		
	Não	0 (0%)	0 (0%)	N (%)	NS
Renda Fixa	Sim	5 (55,56%)	4 (44,44%)		
	Não	3 (42,86%)	4 (57,14%)	N (%)	0,6

Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem de eventos por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado.

Fonte: Dados da Pesquisa

Dados Obstétricos

Para comparação entre os dados Obstétricos dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar com seus irmãos não afetados (Tabela 7) foi analisada a variável quantitativa número de consulta pré-natal através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto com proximidade de valores de média das variáveis investigada (valor $p = 0,3$). Desta forma não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam Transtorno Bipolar e seus irmãos saudáveis demonstrando que a quantidade de consultas pré-natal não influenciou para o surgimento do evento investigado.

Tabela 7 - Correlação dos dados Obstétricos dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados

		Grupo		P valor
		TAB	Controle	
Consultas Pré-natal		3,5±3,2	4,3±3,6	$m\pm dp$ 0,3
Realizou Pré-Natal	Sim	4 (44,44%)	5 (55,56 %)	
	Não	4 (57,14%)	3 (42,86%)	N (%) 0,6
Tipo de Parto	Vaginal	6 (54,55%)	5 (45,45 %)	
	Cesáreo	2 (40 %)	3 (60%)	N (%) 0,5
Tempo gestacional	A termo	8 (50%)	8 (50%)	
	Prematuro	0 (0%)	0 (0%)	N (%) NS
Complicação na gestação	Sim	3 (100%)	0 (0%)	

	Não	5 (38,46%)	8 (61,54%)	N (%)	0,05
Complicação no parto	Sim	2 (100%)	0 (0%)		
	Não	6 (42,86%)	8 (57,14%)	N (%)	0,1
Medicação na gestação	Sim	4 (50 %)	4 (50%)		
	Não	4 (50%)	4 (50%)	N (%)	1,0
Pré-natal em outras gestações	Sim	5 (41,67%)	7 (58,33%)		
	Não	3 (75%)	1 (25%)	N (%)	0,2
Gravidez planejada	Sim	0 (0%)	0 (0%)		
	Não	8 (50%)	8 (50%)	N (%)	NS
Tentou aborto	Sim	1 (100%)	0 (0%)		
	Não	7 (46,67%)	8 (53,33%)	N (%)	0,3
Oscilação de Peso na gravidez	Sim	3 (100%)	0 (0%)		
	Não	5 (38,46%)	8 (61,54%)	N (%)	0,05*
Problemas de Pressão na gravidez	Sim	2 (100 %)	0 (0%)		
	Não	6 (42,86%)	8 (57,14%)	N (%)	0,1
Complicações nas gestações anteriores	Sim	2 (100 %)	0 (0%)		
	Não	6 (42,86%)	8 (57,14%)	N (%)	0,1

*Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem de eventos por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado e de Fisher. **valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Também foi realizada a análise das variáveis categóricas (Tabela 7) em relação a realização do exame pré-natal (valor $p = 0,6$) que não apresentou tendência de influência para o evento, assim como o tipo de parto (valor $p = 0,5$) indicando que o parto cesáreo ou vaginal não caracteriza a presença ou ausência do transtorno entre irmãos na amostra observada. Em relação ao tempo gestacional ao nascimento a termo ou prematuro não houve significativa para o grupo afetado pelo Transtorno Bipolar.

Entretanto, houve relação de proximidade para significância nas tendências numéricas para a variável complicações na gestação através do teste exato de Fisher (valor $p=0,05$) indicando que dos indivíduos com complicações durante a gravidez 100% ($n=3$) apresentaram Transtorno Bipolar na vida adulta, podendo indicar tendência de evento, em comparação a ausência de complicações na gestação para os irmãos não afetados. Através do mesmo teste utilizado para variável anterior foram testadas as seguintes variáveis: complicações no parto (valor $p = 0,1$), medicação na gestação (valor $p = 1,0$), pré-natal em outras gestações (valor $p = 0,2$) e gravidez planejada com ausência de correlação. Tentativa de aborto (valor $p = 0,2$) não apresentando tendência de distribuição destes fatores em relação aos indivíduos com Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados.

Em contrapartida, a oscilação de peso materno durante a gestação aparece como tendência para evento e não evento entre irmãos (valor $p = 0,05$), a variação de peso durante a gravidez esteve presente com maior frequência na gestação de filhos afetados pelo Transtorno Bipolar 100% ($n=3$), ou seja, maior variabilidade de peso na gestação de filhos que apresentaram o evento. No entanto, problemas de pressão arterial na gravidez (valor $p = 0,31$) e complicações nas gestações anteriores (valor $p = 0,1$) não apresentaram valores significativos.

Dados Médicos

Algumas variáveis não foram testadas para os dados médicos (Tabela 8) por terem distribuição nula em totalidade por evento (doenças crônicas, doenças na gestação e uso de drogas ilícitas na gestação). Para as demais variáveis dos dados médicos não houve valor significativo de distribuição indicando que transtorno mental dos pais (valor $p = 1,0$), fumo na gestação (valor $p = 1,0$) e álcool na gestação (valor $p = 1,0$) não tiveram significância e nem influenciaram para o surgimento ou não do Transtorno Bipolar entre irmãos investigados.

Tabela 8 - Correlação dos dados médicos durante a gestação dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados

	Grupo		P valor
	TAB	Controle	

Doenças Crônicas	Sim	0 (0%)	0 (0%)		
	Não	8 (50%)	8 (50%)	N (%)	NS
Doenças na gestação	Sim	1 (100%)	0 (0%)		
	Não	7 (46,67%)	8 (53,33%)	N (%)	0,3
Transtorno Mental dos Pais	Sim	2 (50%)	2 (50%)		
	Não	6 (50%)	6 (50%)	N (%)	1,0
Fumo na gestação	Sim	4 (50%)	4 (50%)		
	Não	4 (50%)	4 (50%)	N (%)	1,0
Álcool na gestação	Sim	2 (50%)	2 (50%)		
	Não	6 (50%)	6 (50%)	N (%)	1,0
Droga na gestação	Sim	0 (0%)	0 (0%)		
	Não	8 (50%)	8 (50%)	N (%)	NS

*Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para o teste t e N (%) (total de valor e porcentagem por grupo) utilizado para a correlação de Pearson Qui-Quadrado. * valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Avaliação do Apoio Social

Para comparação entre os dados do apoio social de filhos afetados pelo Transtorno Bipolar com seus irmãos saudáveis (Tabela 9) foram analisadas as variáveis quantitativas apoio social do companheiro (valor $p = 0,3$) e apoio social de outras pessoas (valor $p = 0,4$) através do teste t de Student. Não houve diferença estatística pelo valor de significância proposto com proximidade de valores de média das variáveis investigadas, e desta forma, não sendo considerada diferença significante para indivíduos que apresentavam Transtorno Bipolar e seus irmãos saudáveis.

Tabela 9 - Correlação dos dados de avaliação do apoio social dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados

	Grupo		P valor
	TAB	Controle	
<u>Apoio Social do Companheiro</u>	34,75±21,2	38,25±18,6	$m\pm dp$ 0,3
<u>Apoio Social de outras pessoas</u>	57,1±17,7	58,3±16,2	$m\pm dp$ 0,4

*Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para diferença de médias pelo teste t. * valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Traumas Precoces

Para comparação entre os dados de traumas precoces (IAATP) em indivíduos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmão não afetados (Tabela 10) foram analisadas as variáveis quantitativas através do teste t de Student.

Em relação a traumas gerais não ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,3$), entretanto na avaliação de traumas por castigo físico ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,008$) apontando que a pontuação referente à presença de traumas por castigo físico foi maior em indivíduos afetados pelo Transtorno Bipolar ($m\pm dp$ 3,75±1,5) do que em seus irmãos saudáveis ($m\pm dp$ 3,25±2,08). Não foi encontrada diferença significativa para traumas por abuso emocional (valor $p = 1,0$) e para traumas por abuso sexual (valor $p = 0,3$). Na avaliação de reação ao trauma ocorreu diferença significativa (valor $p = 0,0009$) com a pontuação maior no grupo de indivíduos afetados pelo Transtorno Bipolar ($m\pm dp$ 1,3±0,5) quando comparados a seus irmãos não afetados ($m\pm dp$ 0,3±0,5).

Tabela 10 - Correlação dos dados de traumas precoces (IAATP) versão reduzida dos filhos afetados pelo Transtorno Bipolar e seus irmãos não afetados

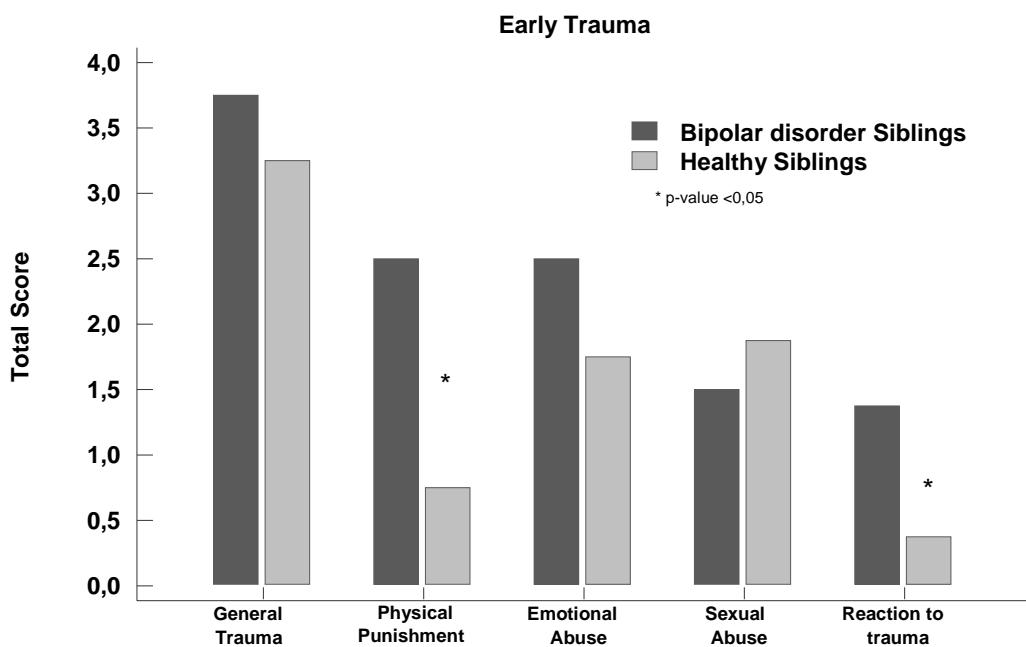
Grupo

	TAB	Controle	P valor	
Traumas Gerais	3,75±1,5	3,25±2,08	$m\pm dp$	0,3
Traumas por Castigo Físico	2,5±1,6	0,75±0,7	$m\pm dp$	0,008*
Traumas por Abuso Emocional	2,5±1,1	2,1±1,3	$m\pm dp$	0,1
Traumas por Abuso Sexual	1,5±1,3	1,8±2,6	$m\pm dp$	0,3
Reação ao trauma	1,3±0,5	0,3±0,5	$m\pm dp$	0,0009*

*Obs: m±dp (média e desvio padrão) utilizado para diferença de médias pelo teste t. * valor de p menor que 0,05.*

Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 2 – Traumas Precoces – Filhos acometidos pelo transtorno bipolar e seus irmãos não acometidos



Fonte: Dados da Pesquisa

4 Discussão

Os dados obtidos na presente investigação apontam que, entre as variáveis pesquisadas, os fatores de risco ligados à história obstétrica (ganho de peso materno inadequado, nascimento por fórceps, depressão materna com tentativa de suicídio, infecções do trato urinário de repetição ao longo da gestação, infecção vírica por catapora durante a gestação, trabalho de parto prolongado) e à ocorrência de traumas precoces se mostraram estatisticamente relevantes.

Os achados estão em consonância com a literatura científica que aponta os registros de traumas, abusos (emocional e sexual), abandono e negligência na infância como variáveis presentes quando do diagnóstico de Transtorno Bipolar e Esquizofrenia (Okkels et al., 2017; Rowland & Marwaha, 2018).

Tendo as intercorrências obstétricas também presentes como fator de risco importante seja pelo comprometimento fisiológico ou no neurodesenvolvimento fetal que acabam por comprometer a saúde mental do indivíduo em períodos precoce de vida (Aldinger & Schulze, 2017; Sugranyes et al., 2017).

No presente estudo as variáveis peso materno gestacional e complicações obstétricas foram significativamente mais presentes entre os irmãos acometidos pelo transtorno mental ($p<0,05$) tanto no grupo acometido pela Esquizofrenia quanto no grupo acometido pelo Transtorno Bipolar.

Dolatian, et al., (2016) em seu estudo prospectivo registrou que condições socioeconômicas desfavoráveis contribuíram para um menor conhecimento nutricional. O que pode provavelmente ter levado a quadros de anemias e desnutrição materna. E consequentemente contribuiu para que houvesse um risco maior de complicações obstétricas, abortamentos espontâneos, natimortalidade e partos prematuros.

Estudo comparativo entre irmãos discordantes para se investigar as consequências da privação calórica e nutricional materna durante o período gestacional foram conduzidos por Tobi, et al., (2009) e Donovan & Susser (2011). Estes autores apontaram que ocorreram efeitos epigenéticos e consequências metabólicas importantes na vida adulta dos sujeitos expostos.

E Donovan & Susser (2011) também concluíram que uma possível depleção nutricional materna teria aumentado o risco para autismo no segundo irmão nascido em um intervalo menor que 12 meses do primeiro nascimento.

Pugliese, et.al., (2018) relata em seus achados que as complicações gestacionais e obstétricas, o peso ponderal materno inadequado (desnutrição ou sobrepeso) e doenças maternas na gestação são fatores de risco que estão fortemente associados ao surgimento da Esquizofrenia.

E déficits nutricionais e polivitamínicos (ferro, vit. D, ácido fólico, iodo) e obesidade materna também estão envolvidos na etiologia da Esquizofrenia (BROWN, 2011).

Em nossos achados o peso materno sofreu alterações na gestação dos filhos acometidos pelo sofrimento mental nos dois grupos de sujeitos afetados.

No caso do Transtorno Bipolar, ainda que as evidências não sejam tão sólidas, há uma correlação destes eventos ao risco de surgimento de tal transtorno na vida adulta da prole (Pugliese, et al., 2018). Complicações pré-natais e perinatais aparentam ter importância significativa mais evidente no surgimento de transtornos como a Esquizofrenia. Entretanto, no caso do Transtorno Bipolar estes mesmos fatores de riscos podem se apresentar fracamente e até mesmo de forma inconsistente (Rowland & Marwaha, 2018).

Em nossa amostra, mesmo contando com um número menor de indivíduos portadores de Transtorno Bipolar (08 indivíduos – 40% da amostra total), estes fatores de risco foram relevantes.

As infecções intrauterinas são apontadas por Aldinger & Schulze (2017) como causas que interferem no neurodesenvolvimento fetal e pós-natal que podem levar a vulnerabilidade a transtornos psiquiátricos e que, as complicações no parto ainda não estão bem estabelecidas se tem correlação ou não com os riscos para o surgimento do Transtorno Bipolar.

Na presente investigação as complicações na gestação e no parto estiveram presentes de forma expressiva e consistente nos dois grupos com sofrimento mental. As mães relataram internações frequentes durante a gestação dos filhos acometidos pelo sofrimento mental por conta de quadros de infecção do trato urinário de repetição. Além do relato de infecções viróticas durante a gestação destes filhos acometidos pelos transtornos.

Jääskeläinen et al., (2015) e Ambroz et al., (2017), relatam que a psicose parental, a gravidez indesejada ou não planejada, os eventos adversos durante a gestação e no parto, são fatores de risco para a Esquizofrenia e que num estudo de coorte nos Estados Unidos as infecções pré-natais e a nutrição materna eram as variáveis que mais se fizeram presente.

Esteve presente também a idade materna e paterna avançada ao nascimento dos mesmos e a prematuridade que terminaram por predispor os indivíduos à Esquizofrenia e outras psicoses.

Na amostra investigada a prematuridade aparece uma única vez no grupo com sofrimento mental, entretanto, este achado não teve significância estatística.

Os grupos com sofrimento mental que foram investigados por nós relataram mais eventos de traumas gerais, castigo físico, abusos emocionais e sexuais, o que pode ter contribuído para o surgimento dos transtornos nestes filhos adoecidos.

Vários são os fatores de risco para que um transtorno mental surja e se instale na vida de um indivíduo, entre eles os traumas que possam estar presentes durante a infância e podem variar desde traumas biopsicossociais como psicopatologia parental, a doenças crônicas e terminais, baixo nível socioeconômico e educacional, abuso físico e sexual, maus tratos na infância, gravidez precoce, depressão materna, desemprego, dependência de álcool e drogas, eventos negativos de vida e rupturas em relacionamentos (Vinocur et al., 2011).

Um indivíduo em situação de vulnerabilidade estará exposto a uma chance maior de adoecimento resultante da interação dos aspectos individuais, coletivos e contextuais que acarretam um efeito negativo, diminuindo os recursos que permitem a proteção psíquica do mesmo (Vinocur et al., 2011 & Bruni, et al.; 2018).

Os eventos traumáticos (ambientais) que ocorrem na infância são fatores de risco para doenças mentais graves. É a vulnerabilidade genética em interação com a exposição ambiental que propicia o surgimento de transtornos como a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar na vida adulta jovem (Anand et al., 2015 & Okkels et al., 2017).

Watson et al., (2014) também apontam a associação entre a negligência emocional e o abuso sexual na infância a presença de transtorno mental.

Rowland & Marwaha, (2018) registram que as evidências são claras e contundentes quanto à associação de condições de maus tratos na infância e o surgimento do Transtorno Bipolar e da Esquizofrenia.

Enquanto que Etain et al., (2008) também destacam que o abuso emocional, sexual, castigos físicos e negligências são significativos no surgimento dos mesmos. Mas que as interações gene-ambiente, por conta da susceptibilidade genética somada aos traumas infantis, quando da existência do Transtorno Bipolar, se apresentam de forma muito mais grave com a expressão clínica do transtorno para comportamento suicida.

Nas investigações de Bosaipo, et al., (2017) & Bucker et al., (2013) também aparecem registros de que o Transtorno Bipolar pode estar vinculado aos traumas precoces, uso indevido de álcool e drogas além dos eventos adversos e de estresse na adolescência.

Considera-se também que o comprometimento cognitivo deficitário se faz presente na maioria dos pacientes portadores do Transtorno, repercutindo muito mais negativamente na qualidade de vida do indivíduo, dado o impacto em sua funcionalidade e produtividade.

Freitas-Silva & Ortega (2016) tentaram estabelecer o nexo causal entre as situações de traumas precoces (como abuso e abandono infantil) e o surgimento e desenvolvimento dos transtornos mentais. O resultado de sua investigação apontou que ocorrem alterações genéticas no hipocampo de indivíduos suicidas abusados na infância.

Levando a considerar que tais eventos exerçam efeitos biológicos a nível celular, alterando o desenvolvimento cerebral, comprometendo o desenvolvimento humano e aumentando a possibilidade do surgimento dos transtornos mentais dentro de uma cadeia etiológica complexa e individual (Freitas-Silva & Ortega, 2016).

Na presente investigação, a questão do gênero apresentou relevância no grupo acometido pelo Transtorno Bipolar. Nossos achados estão em consonância com Aldinger & Schulze (2017) que apontam o abuso emocional e as situações de negligências mais presentes nas questões de gênero (mulheres) e que estão mais fortemente associadas a um curso mais grave no Transtorno Bipolar, podendo levar a modificações biológicas a níveis moleculares inclusive com modificações epigenéticas.

Goletzke et al., (2017) em sua investigação observa que o apoio percebido pelas gestantes foi maior quando a mesma era primípara e menor quando multípara. Neste mesmo estudo de coorte os autores apontam também que o sofrimento gestacional, é um fator de risco para as complicações na gestação.

Ou seja, quanto maior o apoio social recebido e percebido pela gestante, menor o estresse e os eventos adversos gestacionais. A variável apoio social não teve relevância estatística na amostra investigada, porém, durante a gestação do filho com sofrimento mental ela se mostrou diminuída em relação ao apoio social do companheiro (m: 34,6).

Tani & Castagna (2016) também identificaram que o apoio social recebido na gestação proporcionou às mulheres gestantes bem-estar psicológico e acesso a recursos que garantiram direta e indiretamente qualidade de vida e proteção contra episódios de depressão pós-parto.

Smith, 2011 ressalta que identificar a causa provável de uma patologia não necessariamente leva à compreensão dos riscos que levaram o indivíduo a adoecer. Por conta de que ambientes compartilhados ou não por irmãos, podem torná-los semelhantes por uma exposição comum aumentada ou diminuída a fatores de risco que possam adoecê-los (ambientes insalubres, tabagismo, emigração, ordem de nascimento e estação do ano ao

nascer, interação irmão-irmão, tratamento parental diferencial, eventos fortuitos da vida), mas que esta mesma exposição possa ser vivenciada por cada irmão de maneira diferente.

O que seria negativo para um deles pode ser experimentado positivamente pelo outro com resultados não compartilhados (Smith, 2011). Teoricamente esta seria a explicação da causa de que um dos filhos terminou sendo acometido por um dos transtornos investigado e o outro irmão (controle) se apresentou como um sujeito discordante, mesmo vivenciando e compartilhando um mesmo ambiente familiar.

5 Conclusão

Os resultados advindos desta investigação revelaram que variáveis ligadas ao período gestacional e a história médica da mãe se mostraram importantes (complicações obstétricas e peso maternos) como fatores de risco interados aos eventos de traumas precoces que foram relevantes nos grupos com sofrimento mental. Os achados confirmam e vão ao encontro da literatura científica que, aponta a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar como consequência da associação dos eventos adversos e fatores de risco biopsicossociais durante a gestação e infância dos indivíduos investigados.

Algumas limitações estiveram presentes no referido trabalho. Em uma investigação retrospectiva como a que foi produzida, o viés de memória das genitoras dos filhos investigados esteve presente. Além disso, uma investigação retrospectiva sobre traumas precoces pode gerar um viés de amplificação das vivências por pessoas acometidas por graves transtornos mentais. Entretanto, esta diferença para a ocorrência de traumas precoces está consolidada na literatura, mostrando-se mais importante na Esquizofrenia e no Transtorno Bipolar do que em outros transtornos mentais comuns do espectro depressivo e ansioso.

As informações aqui apontadas serão importantes na contribuição junto à literatura a fim de que transtornos como o Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar possam receber a atenção e medidas de prevenção que necessitem. Diante da necessidade de disseminação de conhecimento junto aos profissionais de saúde que assistem a estes sujeitos adoecidos e suas famílias e que demandam por uma assistência diferenciada pautada no acolhimento e respeito.

Existe a necessidade de que estes mesmos profissionais recebam informações e treinamento por programas de educação continuada a fim de que sejam multiplicadores de informações e então ajudem a transformar o olhar da sociedade que ainda hoje enxerga o portador de sofrimento mental como alguém incapaz, improdutivo ou perigoso.

Que as equipes da rede de atenção básica e saúde da família possam ter o olhar treinado na identificação de sintomas precoces mesmo nos períodos prodromicos quando estes transtornos podem ser abordados com intervenções que retardarão e até mesmo incidirão na diminuição da gravidade e comprometimento para os sujeitos acometidos.

Que gestores dos sistemas de atenção à saúde percebam a necessidade de investimentos em informações e treinamento a estes profissionais a fim de que a atenção à saúde seja direcionada para o cuidado integral com abordagens preventivas e precoces quando da apresentação destes transtornos que acabam por onerar sobreregar o sistema público de assistência à saúde. Que direcionem sua atenção à necessidade de um pré-natal de qualidade,

com equipe multidisciplinar treinada para ofertar assistência a gestante. Que deve receber também atenção para a prevenção dos transtornos mentais futuros que possam acometer suas proles.

Com o objetivo de que as intervenções psicossociais possam promover a redução de alguns fatores de riscos que podem ser suprimidos. Resultando em uma incidência diminuída dos transtornos psiquiátricos graves. E possibilitar então, qualidade de vida, diminuição de custos financeiros, incapacidades em adultos jovens e diminuição do estigma que tão nocivo se tem mostrado.

Referências

Aldinger, F.; Schulze, T. G. (2017). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. Institute Of Psychiatric Phenomics And Genomics, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany - Doi:10.1111/Pcn.12433 Psychiatry And Clinical Neurosciences -; 71: 6 – 17.

Ambroz, P.; Janoutová, J.; Machaczka, O.; Koval'ová, M.; Pohlídalová, A.; Vařechová, K.; Košta, O.; Tomášková, H.; Šerý, O.; Hosák, L.; Janout, V. (2017). Are Risk Factors in prenatal and perinatal period important for development of schizophrenia? Ceska Gynekol. Winter ;82(1):24-27. Article In Czech.

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Anand, A.; Koller, D. L.; Lawson, W. B.; Gershon, E. S.; Nurnberger, J. I. (2015). Genetic and childhood trauma interaction effect on age of onset in bipolar disorder: an exploratory analysis. J Affect Disord. Jul. 1; 179: 1-5. Doi: 10.1016 / J.Jad.2015.02.029.

Barreto, A.C. (2016). Paradigma Sistêmico no Desenvolvimento Humano e Familiar: A teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.22, n.2, p. 275-293, ago.

Bosaipo, N. B.; Borges, V. F.; Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Suplemento Temático: Psiquiatria I Capítulo 8 - Medicina (Ribeirão Preto, Online.); 50(Supl.1), Jan-Fev:72-84.

Bremner, et al., (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. The Journal of nervous and mental disease.

Brown, A. S. (2011). The environment and the susceptibility of schizophrenia. Prog Neurobiol. Jan;93(1):23-58. doi: 10.1016/j.pneurobio.2010.09.003. Epub 2010 Oct 16.

Bruni, et al. (2018). Childhood Adversities Are Different In Schizophrenic Spectrum Disorders, Bipolar Disorder And Major Depressive Disorder. Bmc Psychiatry. Dec 19;18(1):391. Doi: 10.1186/S12888-018-1972-8.

Bücker, J.; Kozicky, J.; Torres, I. J.; Kauer-S' A.; M.; Silveira, L. E.; Bond, D. J.; Lam, R. W.; Yatham, L. N. (2013). The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: data from the systematic treatment optimization program for early mania (stop-em). Journal Of Affective Disorders. Vol. 148, Nº 2-3, Pgs. 424-430, Jun.

Demetrio, F.N.; Chang, T.M.M. (2013). Curso de capacitação em saúde mental: módulo III: transtornos do humor - Universidade Federal Do Maranhão. Unasus/Ufma. São Luís, 18f. Cdu 616.89.

Dolatian, et al. – (2016). Psychosocial Factors In Pregnancy And Birthweight: Path Analysis - First Published: 20 April - [Https://doi.org/10.1111/jog.12991](https://doi.org/10.1111/jog.12991).

Donovan, S. J.; Susser, E. (2011). Comment: Advent of Sibling Designs. *Int J Epidemiol*. Abr 40 (2): 345-349, online 28 mar. Doi: 10.1093 / ije / dyr057
PMCID: PMC3066430 - PMID: 21450688.

Etain, et al. (2008). Beyond Genetics: Affective Trauma In Childhood In Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*. Dec;10(8):867-76. Doi: 10.1111/J.1399-5618.2008.00635.X - 18 De Novembro - <Https://Doi.Org/10.1111/J.1399-5618.2008.00635.X>.

First, et al. (2017). Entrevista Clínica Estruturada Para Os Transtornos Do Dsm-5: Scid-5-Cv – Versão Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Freitas-Silva, L. R.; Ortega, F. A. (2016). Determinação Biológica Dos Transtornos Mentais: Uma Discussão A Partir De Teses Neurocientíficas Recentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 32(8):E 00168115, Ago.

Goletzke, et al. (2017). Prenatal Stress Perception And Coping Strategies: Insights From A Longitudinal Prospective Pregnancy Cohort. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Jpsychores.2017.09.002>.

Jääskeläinen, E.; Haapea, M.; Rautio, N.; Juola, P.; Penttilä, M.; Nordström, T.; Rissanen, I.; Husa, A.; Keskinen, E.; Marttila, R.; Ilatova, S; Paaso, T-M; Koivukangas, J; Moilanen, K; Isohanni, M; Miettunen, J. (2015). Twenty Years Of Schizophrenia Research In Thenorthern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Center For Life Course Epidemiology And Systems Medicine, University Of Oulu, P.O. Box 5000, 90014 Oulu, Finland Hindawi Publishing Corporation Schizophrenia Research And Treatment Volume 2015, Article Id 524875, 12 Pages*.

Keyes, K. M; Smith, G.D; Susser, E. (2013). On sibling designs. - Comment on: Sibling comparison designs: bias from non-shared confounders and measurement error. - *Epidemiology*. May;24(3):473-4. doi:10.1097/EDE.0b013e31828c7381. PMID:23549193 - PMCID- PMC5937524 DOI:10.1097/EDE.0b013e31828c7381

Kim, Y. K.; Choi, J.; Park, S. C. (2017). A Novel Bio-Psychosocial-Behavioral Treatment Modelin Schizophrenia. *Int J Mol Sci*. Abr; 18 (4): 734. Published Online Mar 30. Doi: 10.3390/Ijms18040734. pmcid: Pmc5412320 - *Int J Mol Sci*. 2017 Apr; 18(4): 734. Pmc5412320/.

Li, et al., (2014). Optimal Design Strategies for Sibling Studies with Binary Exposures. *Int J Biostat*. Author manuscript; available in PMC 2015 Apr 28. Published in final edited form as: *Int J Biostat*. 2014; 10(2): 185–196. - doi: 10.1515/ib-2014-0015 - PMCID: PMC4412035 - NIHMSID: NIHMS680787 - PMID: 25153242.

Malaspina, D.; Gilman, C.; Kranz, T. M. (2015). Paternal Age And Mental Health Of Offspring. *J.Fertnstert*. Epub 05 De Maio, 2015 Jun; 103 (6): 1392-6. Doi: 10.1016. Disponível Em: <Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/25956369>.

Okkels, et al. (2017). Traumatic Stress Disorders And Risk Of Spectrum Disorder Of Subsequent Schizophrenia Or Bipolar Disorder: A National Cohort Study. *Touro De Schizophr*. Jan; 43 (1): 180-186. Publicado Online 2016 31 De Maio. Doi: 10.1093 / Schbul / Sbw082 - Pmcid: Pmc5216852. Pmid: 27245172.

- Osório, et al. (2013). Psychometrics Properties Of Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (Etisr-Sr) For The Bazilian Context Plos One, São Francisco, V.8 N.10. P. E 76337.
- Pereira, L. L.; Dias, A. C. G.; Caeran, J.; Collares, L. A.; Penteado, R. V. (2010). Transtorno Bipolar: Reflexões Sobre Diagnóstico e Tratamento. *Perspectiva, Erechim.* v. 34, nº. 128, p. 151-166, dez.
- Pugliese, et al. (2018). Maternal Stress, Prenatal Diseases And Obstetric Complications: Risk Factors For Spectrum Disorders, Bipolar Disorder And Major Depressive Disorder. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Psychres.2018.11.023> vol. 271. Jan., Páginas 23 a 30.
- Rowland, A; Marwaha, S. (2018). Epidemiology And Risk Factors For Bipolar Disorder. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2018 Apr 26;8(9):251-269. Doi: 10.1177/2045125318769235.
- Silva, A. M.; Dos Santos, C. A.; Miron, F. M.; Miguel, N. P.; Furtado, C. C.; Bellemo, A. I. S. – (2016). Esquizofrenia: Uma Revisão Bibliográfica – Ruep - Revista Unilus Ensino E Pesquisa V. 13, N. 30, Jan./Mar. 2016 ISSN 2318-2083 (Eletrônico).
- Smith, G. D. (2011). Epidemiology, epigenetics and the ‘Gloomy Prospect’: embracing randomness in population health research and practice. *International Journal of Epidemiology*, Volume 40, Issue 3, 1 June 2011, - Pages 537–562, <https://doi.org/10.1093/ije/dyr117>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807641>
- Sugranyes, et al. (2017). Clinical, Cognitive, And Neuroimaging Evidence Of A Neurodevelopmental Continuum In Offspring Of Probands With Schizophrenia And Bipolar Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 43, Issue 6, 21 October 2017, Pages 1208–1219, <Https://Doi.Org/10.1093/Schbul/Sbx002>.
- Tani, R.; Castagna, V. (2016). Maternal Social Support, Quality Of Birth Experience, And Post-Partum Depression In Primiparous Women - Pages 689-692 - Apr Accepted Author Version Posted Online: 28 Apr 2016, Published Online. <Https://Doi.Org/10.1080/14767058.2016.1182980>
- Tobi E. W. ; Lumey, L. H.; Talens, R. P.; Kremer, D.; Putter, H.; Stein, A. D.; PE Slagboom, P. E.; Heijmans, B. T . (2009). DNA methylation differences after exposure to prenatal famine are common and timing- and sex-specific. *Hum Mol Genet.* nov; 18 (21): 4046-53. doi: 10.1093/hmg/ddp353. Epub 2009 aug 4.
- Vinocur, E., Pereira, H.V. F. S. (2011). Avaliação Dos Transtornos De Comportamento Na Infância. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Uerj* - Ano 10, Pgs. 26 – 35, Agosto.
- Watson, S.; Gallagher, P.; Dougall,D.; Porter, R.; Moncrieff, J.; Ferrier, I. N.; Young, A. H. (2013). Childhood Trauma In Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014 Jun;48(6):564-70. Doi: 10.1177/0004867413516681. Epub 2013 Dec 16.
- Weissheimer, A. M. (2007). Tradução, Adaptação Transcultural E Validação Para Uso No Brasil Do Instrumento Prenatal Psychosocial Profile. Ribeirão Preto, 2007. 133f., 30 Cm.

Tese De Doutorado Apresentada À Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto/Usp – Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem Em Saúde Pública.

Considerações Finais

Este trabalho de mestrado teve início pela necessidade de respostas às dúvidas frequentes que nos acompanham quando nos deparamos diante de pacientes portadores de sofrimento mental. Porque ocorre um adoecimento tão rápido, intenso, em períodos precoces de vida? Porque ainda hoje com tanto conhecimento científico e tecnologia ainda não foi possível determinar uma causa objetiva e comum do surgimento de tais transtornos? E como é possível minimizar o sofrimento, o estigma, o isolamento, a não adesão ao tratamento e às vezes a morte? O que é necessário para se tomar como medidas fundamentais na prevenção de tais transtornos mentais?

Esses questionamentos nem sempre são revelados de forma clara e acessível. Vivemos em tempos de informação eletrônica eficiente, mas ainda hoje o estigma e vergonha predominam. Sofre o paciente, sua família, seus amigos e todos os que o rodeiam. A qualidade de vida do acometido e suas famílias que terminam por adoecer, também ficam arruinadas e comprometidas. Inicia-se então um círculo vicioso onde todos terminam por adoecer e ter sua produtividade e círculos sociais atingidos.

Aprendi muito ao longo deste trabalho. Foram muitas descobertas que compartilho com os que fazem parte de meu convívio diário. Escrever um capítulo de livro junto à leitura científica nos auxiliou muito na compreensão destes transtornos tão complexos e que devem receber atenção especial.

Os avanços científicos são imensos e frutos de investigações e questionamentos que despertam hipóteses e indagações. Como a por nós produzida. É uma gota num oceano de conhecimento, mas ainda assim é relevante e ajuda a mostrar que medidas protetivas e de intervenção podem ser a diferença entre adoecer ou não. O cuidado multidisciplinar e holístico junto às mulheres gestantes é o diferencial para a manutenção da saúde da mãe e sua prole. Eventos aversivos na gestação e de traumas na infância estão comprovadamente ligados ao sofrimento mental e essas repercuções irão se apresentar tardivamente na vida adulta do indivíduo. Daí a necessidade de se implantar e implementar medidas de proteção que inviabilizem esses transtornos.

Que o nosso trabalho possa contribuir na disseminação de informações sobre esses transtornos que tão severamente se apresentam.

Referências

Aldinger, F.; Schulze, T. G. (2017). Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. Institute Of Psychiatric Phenomics And Genomics, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany - Doi:10.1111/Pcn.12433 Psychiatry And Clinical Neurosciences -; 71: 6 – 17.

Ambroz, P.; Janoutová, J.; Machaczka, O.; Kovalčová, M.; Pohlídalová, A.; Vařechová, K.; Košta, O.; Tomášková, H.; Šerý, O.; Hosák, L.; Janout, V. (2017). Are Risk Factors in prenatal and perinatal period important for development of schizophrenia? Ceska Gynekol. Winter ;82(1):24-27. Article In Czech.

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Anand, A.; Koller, D. L.; Lawson, W. B.; Gershon, E. S.; Nurnberger, J. I. (2015). Genetic and childhood trauma interaction effect on age of onset in bipolar disorder: an exploratory analysis. J Affect Disord. Jul. 1; 179: 1-5. Doi: 10.1016 / J.Jad.2015.02.029.

Barreto, A.C. (2016). Paradigma Sistêmico no Desenvolvimento Humano e Familiar: A teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.22, n.2, p. 275-293, ago.

Bosaipo, N. B.; Borges, V. F.; Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Suplemento Temático: Psiquiatria I Capítulo 8 - Medicina (Ribeirão Preto, Online.); 50(Supl.1), Jan-Fev:72-84.

Bremner, et al., (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. The Journal of nervous and mental disease.

Brown, A. S. (2011). The environment and the susceptibility of schizophrenia. Prog Neurobiol. Jan;93(1):23-58. doi: 10.1016/j.pneurobio.2010.09.003. Epub 2010 Oct 16.

Bruni, et al. (2018). Childhood Adversities Are Different In Schizophrenic Spectrum Disorders, Bipolar Disorder And Major Depressive Disorder. Bmc Psychiatry. Dec 19;18(1):391. Doi: 10.1186/S12888-018-1972-8.

Bücker, J.; Kozicky, J.; Torres, I. J.; Kauer-S'.A.;M.; Silveira, L. E.; Bond, D. J.; Lam, R. W.; Yatham, L. N. (2013). The impact of childhood trauma on cognitive functioning in patients recently recovered from a first manic episode: data from the systematic treatment optimization program for early mania (stop-em). Journal Of Affective Disorders. Vol. 148, Nº 2-3, Pgs. 424-430, Jun.

Culpepper, M. D. (2014). The Diagnosis And Treatment Of Bipolar Disorder: Decision-Making In Primary Care. Prim Care Companion Cns Disord. 16(3): Pcc.13r01609. Published Online 2014 Jun 19. Doi: 10.4088/Pcc.13r01609pmcid: Pmc4195640.

Demetrio, F.N.; Chang, T.M.M. (2013). Curso de capacitação em saúde mental: módulo III: transtornos do humor - Universidade Federal Do Maranhão. Unasus/Ufma. São Luís, 18f. Cdu 616.89.

Dolatian, et al. – (2016). Psychosocial Factors In Pregnancy And Birthweight: Path Analysis - First Published: 20 April - [Https://Doi.Org/10.1111/Jog.12991](https://doi.org/10.1111/jog.12991).

Donovan, S. J.; Susser, E. (2011). Comment: Advent of Sibling Designs. *Int J Epidemiol*. Abr 40 (2): 345-349, online 28 mar. Doi: 10.1093 / ije / dyr057 PMCID: PMC3066430 - PMID: 21450688.

Etain, et al. (2008). Beyond Genetics: Affective Trauma In Childhood In Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*. Dec;10(8):867-76. Doi: 10.1111/J.1399-5618.2008.00635.X - 18 De Novembro - [Https://Doi.Org/10.1111/J.1399-5618.2008.00635.X](https://doi.org/10.1111/J.1399-5618.2008.00635.X).

Figueiredo, A. L.; Dell'aglio, J. C.; Silva, T. L.; Souza, L. D. M.; Argimon, I. I. L. - (2013). Trauma Infantil E Sua Associação Com Transtornos Do Humor Na Vida Adulta: Uma Revisão Sistemática- Psicologia Em Revista, Belo Horizonte, V. 19, N. 3, P. 480-496, Dez.

First, et al. (2017). Entrevista Clínica Estruturada Para Os Transtornos Do Dsm-5: Scid-5-Cv – Versão Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Freitas-Silva, L. R.; Ortega, F. A. (2016). Determinação Biológica Dos Transtornos Mentais: Uma Discussão A Partir De Teses Neurocientíficas Recentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro, 32(8):E 00168115, Ago.

Goletzke, et al. (2017). Prenatal Stress Perception And Coping Strategies: Insights From A Longitudinal Prospective Pregnancy Cohort. [Https://Doi.Org/10.1016/J.Jpsychores.2017.09.002](https://doi.org/10.1016/J.Jpsychores.2017.09.002).

Jääskeläinen, E.; Haapea, M.; Rautio, N.; Juola, P.; Penttilä, M.; Nordström, T.; Rissanen, I.; Husa, A.; Keskinen, E.; Marttila, R.; Ilatova, S; Paaso, T-M; Koivukangas, J; Moilanen, K; Isohanni, M; Miettunen, J. (2015). Twenty Years Of Schizophrenia Research In The Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Center For Life Course Epidemiology And Systems Medicine, University Of Oulu, P.O. Box 5000, 90014 Oulu, Finland* Hindawi Publishing Corporation Schizophrenia Research And Treatment Volume 2015, Article Id 524875, 12 Pages.

Keyes, K. M; Smith, G.D; Susser, E. (2013). On sibling designs. - Comment on: Sibling comparison designs: bias from non-shared confounders and measurement error. - *Epidemiology*. May;24(3):473-4. doi:10.1097/EDE.0b013e31828c7381. PMID:23549193 - PMCID- PMC5937524 DOI:10.1097/EDE.0b013e31828c7381

Kim, Y. K.; Choi, J.; Park, S. C. (2017). A Novel Bio-Psychosocial-Behavioral Treatment Modelin Schizophrenia. *Int J Mol Sci*. Abr; 18 (4): 734. Published Online Mar 30. Doi: 10.3390/Ijms18040734. pmcid: Pmc5412320 - *Int J Mol Sci*. 2017 Apr; 18(4): 734. Pmc5412320/.

Li, et al., (2014). Optimal Design Strategies for Sibling Studies with Binary Exposures. *Int J Biostat*. Author manuscript; available in PMC 2015 Apr 28. Published in final edited

form as: Int J Biostat. 2014; 10(2): 185–196. - doi: 10.1515/ijb-2014-0015 - PMCID: PMC4412035 - NIHMSID: NIHMS680787 - PMID: 25153242.

Malaspina, D.; Draxler, R.; Messinger, J. W.; Harlap, S.; Goetz, R. R.; Keefe, D.; Perrin, M. C. (2014). Telomere Length, Family History, And Paternal Age In Schizophrenia. *Molecular Genetics&Genomic Medicine*, 2014; 2(4): 326–331doi: 10.1002/Mgg3.71.

Malaspina, D.; Gilman, C.; Kranz, T. M. (2015). Paternal Age And Mental Health Of Offspring. *J.Fertnsterst. Epub 05 De Maio, 2015 Jun; 103 (6): 1392-6. Doi: 10.1016. Disponível Em: <Https://Www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/Pubmed/25956369>.*

Okkels, et al. (2017). Traumatic Stress Disorders And Risk Of Spectrum Disorder Of Subsequent Schizophrenia Or Bipolar Disorder: A National Cohort Study. *Touro De Schizophr. Jan; 43 (1): 180-186. Publicado Online 2016 31 De Maio. Doi: 10.1093 / Schbul / Sbw082 - Pmcid: Pmc5216852. Pmid: 27245172.*

Osório, et al. (2013). Psychometrics Properties Of Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (Etisr-Sr) For The Bazilian Context *Plos One*, São Francisco, V.8 N.10. P. E 76337.

Pereira, L. L.; Dias, A. C. G.; Caeran, J.; Collares, L. A.; Penteado, R. V. (2010). Transtorno Bipolar: Reflexões Sobre Diagnóstico e Tratamento. *Perspectiva, Erechim. v. 34, nº. 128, p. 151-166, dez.*

Pugliese, et al. (2018). Maternal Stress, Prenatal Diseases And Obstetric Complications: Risk Factors For Spectrum Disorders, Bipolar Disorder And Major Depressive Disorder. <Https://Doi.Org/10.1016/J.Psychres.2018.11.023> vol. 271. Jan., Páginas 23 a 30.

Rowland, A; Marwaha, S. (2018). Epidemiology And Risk Factors For Bipolar Disorder. *Ther Adv Psychopharmacol. 2018 Apr 26;8(9):251-269. Doi: 10.1177/2045125318769235.*

Silva, A. M.; Dos Santos, C. A.; Miron, F. M.; Miguel, N. P.; Furtado, C. C.; Bellemo, A. I. S. – (2016). Esquizofrenia: Uma Revisão Bibliográfica – Ruep - Revista Unilus Ensino E Pesquisa V. 13, N. 30, Jan./Mar. 2016 ISSN 2318-2083 (Eletrônico).

Smith, G. D. (2011). Epidemiology, epigenetics and the ‘Gloomy Prospect’: embracing randomness in population health research and practice. *International Journal of Epidemiology*, Volume 40, Issue 3, 1 June 2011, - Pages 537–562, <Https://doi.org/10.1093/ije/dyr117>. <Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807641>

Sugranyes, et al. (2017).Clinical, Cognitive, And Neuroimaging Evidence Of A Neurodevelopmental Continuum In Offspring Of Probands With Schizophrenia And Bipolar Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 43, Issue 6, 21 October 2017, Pages 1208–1219, <Https://Doi.Org/10.1093/Schbul/Sbx002>.

Tandon, R.; Gaebel, W.; Barch, D. M.; Bustillo, J.; Gur, R. E.; Heckers, S.; Malaspina, D.; Owen, M. J.; Schultz, S.; Tsuang, M.; Van Os.J.; Carpenter, W. (2013). Definition And Description Of Schizophrenia In The Dsm-5. *Schizophr. Res.* (2013), <Http://Dx.Doi.Org/ 10.1016/J.Schres.2013.05.028>.

Tani, R.; Castagna, V. (2016). Maternal Social Support, Quality Of Birth Experience, And Post-Partum Depression In Primiparous Women - Pages 689-692 - Apr Accepted Author Version Posted Online: 28 Apr 2016, Published Online. <Https://Doi.Org/10.1080/14767058.2016.1182980>

Thäle, V.; Schlitt, A. (2011). Effects Of Alcohol And Smoking In Pregnancy. *Internist (Berl)*. 2011 Oct; 52(10):1185-90. Doi: 10.1007/S00108-011-2826-3.

Tobi E. W. ; Lumey, L. H.; Talens, R. P.; Kremer, D.; Putter, H.; Stein, A. D.; PE Slagboom, P. E.; Heijmans, B. T . (2009). DNA methylation differences after exposure to prenatal famine are common and timing- and sex-specific. *Hum Mol Genet*. nov; 18 (21): 4046-53. doi: 10.1093 / hmg / ddp353. Epub 2009 aug 4.

Vall, O.; Salat-Batle, J.; Garcia-Algar, O. (2015). Alcohol Consumption During Pregnancy And Adverse Neurodevelopmental Outcomes. *J Epidemiol Community Health*. Oct;69(10):927-9. Doi: 10.1136/Jech-2014-203938. Epub 2015 Apr 22.

Vinocur, E., Pereira, H.V. F. S. (2011). Avaliação Dos Transtornos De Comportamento Na Infância. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Uerj* - Ano 10, Pgs. 26 – 35, Agosto.

Watson, S.; Gallagher, P.; Dougall,D.; Porter, R.; Moncrieff, J.; Ferrier, I. N.; Young, A. H. (2013). Childhood Trauma In Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014 Jun;48(6):564-70. Doi: 10.1177/0004867413516681. Epub 2013 Dec 16.

Weissheimer, A. M. (2007). Tradução, Adaptação Transcultural E Validação Para Uso No Brasil Do Instrumento Prenatal Psychosocial Profile. Ribeirão Preto, 2007. 133f., 30 Cm. Tese De Doutorado Apresentada À Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto/Usp – Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem Em Saúde Pública.

Apêndices e Anexos

APÊNDICE A

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada (o) a participar, como voluntária (o) do estudo/pesquisa intitulado **“INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSOCIAIS EM FAMILIARES EPORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR”**, conduzido pela aluna do Programa de Mestrado do Curso de Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, mestrandona ROSANY GUTERREZ NUNES.

Este estudo tem por objetivo a investigação de forma retrospectiva da prevalência de eventos biopsicossociais familiares e de saúde que se fizeram presente durante o período gestacional e a idade paterna como fatores de vulnerabilidade para o espectro da esquizofrenia e do transtorno bipolar nos filhos destas mães que vivenciaram estas variáveis (uso de fumo ou tabaco, apoio social e do companheiro, emprego, moradia, idade dos genitores,...) durante a gestação.

A fim de que ao final de tal investigação possamos afirmar se estas vulnerabilidades estavam ou não presentes nesta fase de vida das mães que gestaram filhos que adoeceram e apresentaram um destes Transtornos. E junto a seus irmãos saudáveis e que não são portadores de nenhum tipo de Transtorno Mental (grupo controle). A fim de que, ao final da coleta de dados possamos realizar uma análise dos dados coletados e caracterizar o grupo investigado. Comparando-o ao grupo controle que também estará sob investigação.

Para que possamos contribuir positivamente na discussão de medidas que identifiquem precocemente os fatores de risco junto às equipes multidisciplinares que atuam na assistência direta aos usuários dos serviços disponíveis na rede de atenção primária tais como assistência pré-natal, populações vulneráveis (gestação na adolescência), mulheres portadoras de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças crônicas não transmissíveis e que desejam engravidar. Ajudando na orientação às famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade psicossocial com o objetivo principal de detectar precocemente e minimizar ou até mesmo extinguir tais riscos quando presentes uma vez que

tais medidas refletem positivamente diminuindo e retardando o prejuízo que tais transtornos trazem consigo.

Assim gostaria de lhe fazer algumas perguntas através de dois questionários/formulários. Garanto a confidencialidade das informações prestadas que serão utilizadas para fins de pesquisa e que sua identidade será preservada; que a qualquer momento, inclusive quando estiver respondendo ao questionário você pode deixar de participar da mesma sem prejuízo para você ou qualquer familiar assistido por esta Unidade de Saúde. Os dados colhidos serão apresentados e/ou publicados em eventos ou publicações científicas sem, contudo, revelar sua identidade ou de qualquer pessoa pesquisada.

Informo que nenhum risco será oferecido a você ou a sua família e garantimos o sigilo e anonimato das informações prestadas. Os instrumentos adotados para a investigação serão aplicados oralmente em entrevistas previamente agendadas via contato telefônico, e não será coletado qualquer tipo de material genético (amostra sanguínea) e nenhum dado genético dos sujeitos será utilizado nesta investigação.

A existência de algum tipo de risco para os sujeitos investigados é mínimo. Mas se, durante as entrevistas houver algum desconforto emocional decorrente dos questionamentos pessoais, a entrevista será interrompida e até mesmo suspensa se você assim o desejar. Porém, a entrevista será conduzida por uma profissional de saúde experiente que estará atenta para as eventuais reações adversas e pronta a interromper e orientá-lo quanto à participação na investigação.

Diante de reações emocionais mais intensas ou significativas por conta de memórias e/ou eventos traumáticos, os sujeitos poderão ser assistidos, acompanhados ou encaminhados pelo psiquiatra responsável Drº. André Barciela Veras a profissionais em Psicologia que darão suporte apropriado aos mesmos.

Não haverá nenhum custo para você participar dessa investigação. Sua participação é muito importante para a contribuição de informações que melhorem a assistência no cuidado ao pré-natal de gestantes para a prevenção de futuros déficits mentais.

Agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessária a qualquer tempo da pesquisa pelo telefone (67) 99110-5185 inclusive com ligações a cobrar ou pelo e-mail: rosanygnunes@yahoo.com.br. E também com meu

orientador Professor Doutor André Barciela Veras com o e-mail barcielaveras@hotmail.com. Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) que está situado na referida Universidade com Endereço à Avenida Tamandaré, 6000 – Jardim Seminário – Campo Grande/MS, com os seguintes telefones para contato: (67) 3312-3300 e 3312-3800.

Como pesquisadora responsável pelo estudo “**INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSSOCIAIS EM FAMILIARES ENPORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR**”, declaro que assumo inteira responsabilidade de cumprir fielmente os preceitos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante deste estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo (a). Estou ciente de que a inobservância do compromisso assumido infringe as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos.

Obrigada.

Campo Grande, de de 2018.

Rosany Guterrez Nunes

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Após ter lido e ser informado (a) sobre os objetivos, a importância e o modo como os dados serão coletados, após ter sido esclarecido (a) de que não haveria riscos e que poderia desistir em qualquer tempo e dos benefícios que tal estudo pode trazer na contribuição ao tratamento e prevenção de tais transtornos, concordo em participar da pesquisa “**INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSSOCIAIS EM FAMILIARES E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR**”. Autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em eventos ou publicações científicas desde que minha identidade seja preservada.

Campo Grande, de de 2018.

Assinatura do Entrevistado (a)

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu Klélia Falcão do Amaral, Gerente Administrativa do CAPS III – Vila Almeida venho por meio dessa expressar a autorização por nós concedida a mestrandona curso de Psicologia em Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, Rosany Guterrez Nunes, aluna regular do curso acima citado para a realização da Pesquisa Acadêmica em Saúde com o título de **Investigando Vulnerabilidades Biopsicossociais em Familiares e Portadores de Esquizofrenia e Transtorno Bipolar**, tendo como pesquisadora responsável a mesma.

Que a presente investigação ocorrerá com pacientes e familiares cadastrados no CAPS III Vila Almeida, sito a Rua Marechal Hermes, nº 854, bairro Vila Almeida em Campo Grande – MS. Ressalto ao Comitê de Ética e Pesquisa desta Universidade Católica Dom Bosco que já existe uma autorização junto a Secretaria de Saúde do Município para a investigação genética destes mesmos pacientes e familiares que serão os sujeitos de pesquisa da mestrandona acima identificada, concedida ao pesquisador médico psiquiatra Drº. André Barciela Veras intitulada de: **Estudo Genético de Coorte em Psiquiatria entre Afrodescendentes: Esquizofrenia e Transtorno Bipolar**. Que as mães e os irmãos saudáveis farão parte da investigação conduzida pela mestrandona Rosany Guterrez Nunes a qual estará sob a orientação do Drº. André Barciela Veras docente desta Universidade.

O objetivo da investigação conduzida pela mestrandona será o de apontar e quantificar vulnerabilidades que se fizeram presentes ou não nesta fase de vida das mães que gestaram os filhos que adoeceram e apresentaram um transtorno de esquizofrenia e/ou transtorno bipolar no decorrer de suas vidas. Que as mães e os irmãos saudáveis destes sujeitos portadores destes transtornos serão convidados a responderem instrumentos que possam vir a apontar se estas vulnerabilidades estavam presentes ou não. Que a presente investigação não envolve nenhuma coleta de material biológico (sangue) nestas mães e irmãos.

As entrevistas ocorrerão neste CAPS III ou nas residências dos familiares, o que será acordado pela pesquisadora com as mães e os irmãos que atenderem aos critérios de inclusão da presente investigação. Quem conduzirá as entrevistas será a pesquisadora responsável pela investigação e os dados serão apresentados como Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco para a obtenção do título de Mestre.

Antecipadamente agradeço,

Campo Grande, junho de 2018.


Klélia Falcão do Amaral
Gerente

CAPS III Vila Almeida
Ger. Administrativo CAPS III – VI. Almeida

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSOCIAIS EM FAMILIARES E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR

Pesquisador: Rosany Guterrez Nunes Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94564618.8.0000.5162

Instituição Proponente: Universidade Católica Dom Bosco

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.797.686

Apresentação do Projeto:

A presença de transtornos mentais como a Esquizofrenia e o Transtorno Bipolar na população mundial, tem índices significativos e alarmantes por conta de que tais patologias ainda seguem sem uma causa específica que justifiquem seu surgimento. A idiopaticidade se dá por conta das

interações genéticas somada às vulnerabilidades biopsicossociais (fatores demográficos, sociais, obstétricos, nutricionais e climáticos) as quais o indivíduo possa ser exposto ao longo de seu desenvolvimento humano desde sua concepção até a vida adulta. Investigar o biológico e social junto às interações da herança genética e dos fatores ambientais pode acabar por apontar e eleger novas possibilidades de intervenção e de novas estratégias preventivas precoces em períodos iniciais de vida. Assim o objetivo desta será investigar retrospectivamente a prevalência de vulnerabilidades biopsicossociais em indivíduos com Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, comparando-os com seus irmãos saudáveis (como grupo

grupo). Para alcançar este objetivo será utilizado o método de investigação quantitativa com caráter retrospectivo que explorará a prevalência de eventos biopsicossociais em portadores dos transtornos do espectro da Esquizofrenia e Transtorno Bipolar, em suas mães e irmãos saudáveis

(controle). Eventos de saúde materna e obstétrica durante a gestação em um grupo de mulheres genitoras de filhos com a presença destes Transtornos e a idade paterna quando do nascimento destes filhos e a presença de traumas precoces nos mesmos e em seus irmãos saudáveis

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma investigação retrospectiva no campo social da

Endereço: Av. Tamandaré, 6000	CEP: 79.117-900
Bairro: Jardim Seminário	
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3723	E-mail: cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 2.797.686

Saúde Mental utilizando-se da teoria de Bronfenbrenner ou teoria bioecológica, sobre quais eventos de vulnerabilidades biopsicossociais e de saúde materna e obstétrica mais se fizeram presentes durante a gestação em um grupo de mulheres, mães de filhos com a presença do Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar que se encontram sob investigação genética dos referidos Transtornos e da idade paterna que se apresenta como um fator de risco importante com peso genético de até 80% de susceptibilidade, por conta das alterações a nível celular em suas células germinativas (MALASPINA, et. al., 2014 e AMARAL, 2012). Uma investigação retrospectiva de eventos adversos e graves como o Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Bipolar, reflete positivamente na prevenção e redução das morbimortalidades, incapacidades, situações estigma e marginalização a que essa população está exposta. Uma vez que se pode antecipadamente, lançar mão de estratégias por conta dos avanços científicos e recursos que têm impacto direto na saúde pública, necessitando então de investimentos em políticas públicas e diretrizes voltadas para os programas de Saúde Mental que estão implantadas e que devem ser implementadas, devendo para isso, serem avaliadas e ajustadas à realidade dos indivíduos e suas famílias a partir de um modelo biopsicossocial e comportamental com a psiquiatria e a neurociência em consonância (KIM et. al.; 2017).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Investigar retrospectivamente a prevalência de vulnerabilidades biopsicossociais durante a gestação de mães de indivíduos portadores do transtorno do espectro de esquizofrenia e transtorno bipolar comparando com seus irmãos saudáveis (grupo controle) e a presença ou não de traumas precoces nos mesmos

Objetivo Secundário:

- Analisar, interpretar e quantificar os dados encontrados ordenando-os estatisticamente para demonstrar qual variável de risco esteve mais presente durante a gestação das mães dos filhos portadores do Espectro da Esquizofrenia e do Transtorno Afetivo Bipolar;
 - Comparar os dados epidemiológicos tais como: número de gestações e consultas pré-natais, tipo de parto, idade paterna, a presença de traumas precoces nos portadores dos transtornos e de seus irmãos saudáveis (como grupo controle) se o nascimento ocorreu a termo ou prematuramente (do filho portador do transtorno mental); história clínica e obstétrica da mãe além

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

Continuação do Parecer: 2.797.686

do perfil sócio demográfico; - Discutir medidas para identificação precoce dos fatores de risco junto às equipes multidisciplinares que atuem na assistência direta aos usuários com informações e intervenções em programas de saúde preventiva já existente na atenção primária (gestantes, populações vulneráveis, adolescentes, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) que possam vir a somar-se a outras estratégias já em prática para prevenção ou detecção precoce de Transtornos Mentais graves que são incapacitantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes serão informados sobre a possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer tempo sem nenhum prejuízo a si ou seus familiares, do caráter de confidencialidade das informações prestadas e que não haverá nenhum tipo de custo financeiro às famílias investigadas. Que os instrumentos adotados para a investigação serão aplicados oralmente em entrevistas previamente agendadas via contato telefônico, e que, não será coletado qualquer tipo de material genético (amostra sanguínea) e nenhum dado genético dos sujeitos serão utilizados nesta investigação. A existência de algum tipo de risco para os sujeitos investigados é mínimo. Mas se, durante as entrevistas houver algum desconforto emocional decorrente dos questionamentos pessoais, a entrevista será interrompida e até mesmo suspensa se o sujeito investigado assim o desejar. Porém, a entrevista será conduzida por uma profissional de saúde experiente que estará atenta para as eventuais reações adversa e pronta a interromper e orientar o sujeito quanto à participação na investigação. Diante de reações emocionais mais intensas ou significativas por conta de memórias e/ou eventos traumáticos, os sujeitos serão assistidos, acompanhados ou encaminhados pelo psiquiatra responsável Drº. André Barciela Veras a profissionais em Psicologia que darão suporte apropriado aos sujeitos.

Benefícios:

- Discutir medidas para identificação precoce dos fatores de risco junto às equipes multidisciplinares que atuem na assistência direta aos usuários com informações e intervenções em programas de saúde preventiva já existente na atenção primária (gestantes, populações vulneráveis, adolescentes, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) que possam vir a somar-se a outras estratégias já em prática para prevenção ou detecção precoce de Transtornos Mentais graves que são incapacitantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e faz parte de um projeto guarda-chupa aprovado pelo CEP e pela CONEP.

Endereço: Av. Tamandaré, 6000

Bairro: Jardim Seminário

CEP: 79.117-900

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3312-3723

E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO



Continuação do Parecer: 2.797.686

Desta forma, entendo que, como o projeto onde a presente pesquisa se integra já está aprovada, não seria necessário encaminhar o presente projeto para uma nova aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as normas e respondem ao que a pesquisa se propõe.

Recomendações:

Não há recomendações, mas entendo que o envio do presente projeto é um preciosismo da pesquisadora, uma vez que o projeto guarda-chuva onde a pesquisa está alicerçada já foi aprovado pelo CEP/UCDB e pela CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1156302.pdf	16/07/2018 19:16:59		Aceito
Outros	TCLE_INSTRUMENTOS.docx	16/07/2018 19:15:55	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	16/07/2018 18:58:40	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/07/2018 18:54:05	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Outros	PARECERCEP.pdf	16/07/2018 18:44:55	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Outros	CAPS.pdf	16/07/2018 18:43:01	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CAPS.pdf	16/07/2018 18:40:54	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAOSESAU.pdf	16/07/2018 18:40:26	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.docx	16/07/2018 18:39:06	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito

Endereço: Av. Tamandaré, 6000	CEP: 79.117-900
Bairro: Jardim Seminário	
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3723	E-mail: cep@ucdb.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA
DOM BOSCO

Continuação do Parecer: 2.797.686

Cronograma	CRONOGRAMA_NOVO.docx	16/07/2018 18:37:32	Rosany Guterrez Nunes Silva	Aceito
------------	----------------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 02 de Agosto de 2018

Assinado por:**Jacir Alfonso Zanatta
(Coordenador)**

Endereço: Av. Tamandaré, 6000	CEP: 79.117-900
Bairro: Jardim Seminário	
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3312-3723	E-mail: cep@ucdb.br

ANEXO B

PPP - PERFIL PSICOSSOCIAL DO PRÉ-NATAL (Com Adaptações)

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM MÃES DE PACIENTES EM UMA INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSSOCIAIS EM FAMILIARES E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR

Uma adaptação do questionário Perfil Psicossocial no Pré Natal validado no Brasil por Weissheimer (2007).

Dados de Identificação, Escolaridade, Moradia e Renda, Obstétricos e Clínicos:

A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1 - Nome: _____

2 - Telefone para Contato: _____

3 - Data da Coleta dos Dados: ____ / ____ / ____

4 - Idade quando ocorreu a gestação (anos): _____

5 - Idade do pai quando ocorreu o parto (anos): _____

6 - Escolaridade da mãe quando ocorreu o parto: _____

B – ESCOLARIDADE

- () Não Alfabetizada
- () Alfabetizada (Consegue apenas ler e assinar o nome)
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Médio Completo

- Ensino Médio Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Ensino Superior Incompleto

Anos de estudo: _____

C – MORADIA E RENDA:

1 – Quando engravidou você e o pai da criança tinham renda fixa (emprego)?

- Sim Não

2 – Residiam sozinhos ou dividiam a habitação com mais alguém da família (famílias residindo em uma única moradia)?

- Sozinhos Residiam em conjunto com familiares

D – DADOS OBSTÉTRICOS

1 - Número de gestações: _____

2 - Paridade: _____

3 - Aborto (s): _____

4 - Filho de gestação Nº: _____

5 - Parto Vaginal: _____

6 - Parto Cesárea: _____

7 - Parto Prematuro: _____

8 - Parto a Termo: _____

9 - Pré Natal: _____

10 - Número de Consultas: _____

11 - Alguma complicação na gestação: () SIM () NÃO

Qual? _____

12 - Tem alguma lembrança de que tenha acontecido algum problema físico de saúde durante a gravidez, no dia ou na hora de nascimento do seu filho? Qual?

() Sim () Não () NSR

() Sangramento () Crise hipertensiva () Parto Cesárea não programado

() Perda de líquido amniótico () O bebê não estava posicionado

() Parto Normal com Fórceps

13 - Fez uso de alguma medicação na gestação: () SIM () NÃO

Qual? _____

14 - Pré Natal nas gestações anteriores ou posteriores: () SIM () NÃO

15 - Complicações nas gestações anteriores ou posteriores: () SIM () NÃO () NSR

Qual? _____

16 - A gravidez foi planejada?

() Sim () Não

17 - No caso de uma gravidez não planejada, você em algum momento pensou ou tentou fazer um aborto?

() Sim () Não

18 - Lembra-se se seu peso durante a gestação teve uma variação muito intensa (ganhou muito peso) ou quase não ganhou peso?

() SIM () NÃO () NSR

19 - Lembra-se se sua pressão arterial sofreu algum tipo de alteração?

() SIM () NÃO () NSR

() Hipertensão () Hipotensão

Observações: _____

E – HISTÓRIA MÉDICA

1 - Era portadora de algum tipo de doença crônica antes da gravidez?

- Diabetes Mellitus Hipertensão Arterial Sistêmica Toxoplasmose
 Algum tipo de Transtorno Mental Alguma doença Autoimune
 Doença Sexualmente Transmissível Rubéola

2 - Teve alguma doença na gravidez?

- Sim Não

3 - Você ou o pai de seu filho possuía (m) algum tipo de transtorno mental antes da gravidez?

- Sim Não

4 - Fumou durante a gravidez?

- Sim Não

5 - Consumiu bebida alcoólica durante a gravidez?

- Sim Não

6 - Consumiu algum tipo de droga durante a gravidez?

- Sim Não

Entrevistador (a)/Coletador (a):

NSR – NÃO SOUBE RESPONDER / NÃO SE LEMBRA

ANEXO C

PPP – AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM MÃES DE PACIENTES EM UMA INVESTIGANDO VULNERABILIDADES BIOPSICOSSOCIAIS EM FAMILIARES E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA E TRANSTORNO BIPOLAR

Questionário Perfil Psicossocial no Pré Natal Validado no Brasil por Weissheimer (2007).

Avaliação do Apoio Social

APOIO DO COMPANHEIRO:

VARIÁVEL	SIGNIFICADO	PREENCHIMENTO
COMPVIVC	Compartilhou Vivências com você	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
AJUDANIC	Ajudou a manter o seu ânimo	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SITUADIC	Ajudou-lhe a sair de situações difíceis	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
INTATIDC	Interessou-se nas atividades diárias e problemas	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
ROTIESTPC	Saiu da rotina para fazer coisas especiais	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
FALAPESC	Permitiu falar de coisas pessoais	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
DEMQLVALC	Demonstrou que valorizava o que você fazia para ele	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
TOTALTBC	Tolerou seus altos e baixos	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SERPREOC	Levou a sério suas preocupações	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SITUCLFC	Disse-lhe coisas que tornaram a situação clara e fácil	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
PERTSPRC	Esteve por perto	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR

APOIO DE OUTRAS PESSOAS:

VARIÁVEL	SIGNIFICADO	PREENCHIMENTO
COMPVIVO	Compartilhou Vivências com você	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
AJUDANIO	Ajudou a manter o seu ânimo	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SITUADIO	Ajudou-lhe a sair de situações difíceis	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
INTATIDO	Interessou-se nas atividades diárias e problemas	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
ROTIESPO	Saiu da rotina para fazer coisas especiais	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
FALAPESO	Permitiu-lhe falar de coisas pessoais	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
DEMQLVALO	Demonstrou que valorizava o que fez para eles	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
TOTALTBO	Tolerou seus altos e baixos	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SERPREOO	Levou a sério suas preocupações	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
SITUCLFO	Disse-lhe coisas que tornaram a situação clara e fácil	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR
PERTSPRO	Esteve por perto	(1) Muito Insatisfeita (2) (3) (4) (5) (6) Muito Satisfeita (7) NSR

NSR/NSL – NÃO SOUBE RESPONDER/NÃO SE LEMBRA.

VARIÁVEL SIGNIFICADO:

- COMPVIVC:** Compartilhou Vivências com você
AJUDANIC: Ajudou a manter o seu ânimo
SITUADIC: Ajudou-lhe a sair de situações difíceis
INTATIDC: Interessou-se nas atividades diárias e problemas
ROTIESPC: Saiu da rotina para fazer coisas especiais
FALAPESC: Permitiu falar de coisas pessoais
DEMQLVALC: Demonstrou que valorizava o que você fazia para ele
TOTALTBC: Tolerou seus altos e baixos
SERPREOC: Levou a sério suas preocupações
SITUCLFC: Disse-lhe coisas que tornaram a situação clara e fácil
PERTSPRC: Esteve por perto

ANEXO D

ESCALA DE TRAUMAS PRECOCES REDUZIDA

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces-Versão Reduzida (IAATPVR)

COPYRIGHT: J.DouglasBremmer (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ilá Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Souza, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____

Idade: _____

Data de Avaliação: _____ / _____ / _____

PARTE 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM	NÃO
2.	Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM	NÃO
3.	Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM	NÃO
4.	Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM	NÃO
5.	Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM	NÃO
6.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM	NÃO
7.	Você já presenciou a morte ou ferimento grave em um amigo?	SIM	NÃO
8.	Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM	NÃO
9.	Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM	NÃO
10.	Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM	NÃO
11.	Você já viu alguém assassinado?	SIM	NÃO

PARTE 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos			
1.	Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM	NÃO
2.	Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM	NÃO
3.	Você já recebe socos ou chutes?	SIM	NÃO
4.	Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você	SIM	NÃO

5.	Você já foi empurrado?	SIM	NÃO

PARTE 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos

1.	Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM	NÃO
2.	Você era frequentemente ignorado o tratado como se não fosse importante?	SIM	NÃO
3.	Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM	NÃO
4.	Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM	NÃO
5.	Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM	NÃO

Parte 4. Eventos sexuais. Antes da idade de 18 anos

1.	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO
2.	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO
3.	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO
4.	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5.	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM	NÃO
6.	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM	NÃO

Se você respondeu “SIM” para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.

1.	Você experimentou medo intenso, pavor ou desamparo?	SIM	NÃO
2.	Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO

ANEXO E

QUESTIONÁRIO DE RASTREIO PARA O GENOMIC PSYCHIATRIC COHORT STUDY, VERSÃO EM PORTUGUÊS

“FAMÍLIA” quer dizer apenas parentes de sangue como **mãe, pai, irmãos e irmãs** (incluindo meio-irmãos) e **filhos**. Para responder as perguntas, não leve em consideração outros parentes. Por favor, responda todas as perguntas. Caso a pergunta não se aplique a você, então marque **NÃO**.

Data de hoje: _____ / _____ / _____

Você já participou de um estudo genético?

Sim Não Não tenho certeza

Se você já participou desse estudo, obrigado. Por favor, não preencha este questionário novamente.

Sexo?

Masculino Feminino

Você foi adotado?

Sim Não Não sei

Você se considera brasileiro?

Sim Não Não sei

De qual etnia você se considera?

Indígena Negro Pardo Branco Asiático

Quantos anos você tem?

_____ anos

Qual seu endereço?

Rua/avenida _____
Nº _____ CEP: _____ Tel.: _____

Em qual ano sua mãe nasceu?

Em qual ano seu pai nasceu?

Etnia (marque todas que se apliquem)	Você	Sua Mãe	Sua avó Materna	Seu avô Materno	Seu Pai	Sua avó Paterna	Seu avô Paterno
Caucasiano (branco)							
Afrodescendente (negro)							
Asiático							
Indígena							
Pardo							
Não sei							

Em toda sua vida		Você		Família		
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	Não Sei
1.	Você alguma vez já (mais do que 3 dias seguidos) se sentiu incomumente alegre, irritado, animado, hiperativo? O quanto você se sentiu ou atuou de um jeito que claramente era diferente do seu normal?					
2.	Você alguma vez já (mais do que 3 dias seguidos) perdeu o sono, parcialmente ou Completamente, sem que estivesse mais Cansado ou agitado do que o normal?					
3.	Você já (durante o mesmo período) falou mais do que o normal, ou realizou mais atividades do que o normal, ou fez coisa que podem ter lhe causado problema, coisas que normalmente não faria? (EX: hiperatividade sexual, festas exageradamente, investimentos sem sentido, comportamento irresponsável)					
4.	Você já foi diagnosticado como maníaco depresso (transtorno bipolar)?					
5.	Você já recebeu algum tratamento psiquiátrico (remédio ou outro tratamento) por algum dos problemas listados nos itens 1 a 4?					
6.	Você alguma vez já ouviu vozes quando não havia ninguém presente, teve visões ou viu alguma coisa que outras pessoas não podiam					

	ver?				
7.	Você já teve crenças ou ideais que outras pessoas não compartilhavam ou depois descobriu que não era verdade? (Ex: pessoas tentando te machucar, algo lá fora que estava controlando seus pensamentos, pensou ter super poderes, acreditou que o rádio ou a TV estava te dando ideias especiais)?				
8.	Você alguma vez já se sentiu preso em uma Posição que não podia se mover agiu de forma que as pessoas pensassem ser estranha ou inapropriada, ou disse coisas que não faziam sentido para outras pessoas?				
9.	Você já foi diagnosticado com esquizofrenia?				
10.	Você já recebeu tratamento psiquiátrico, (remédios ou outros tratamentos) por algum dos problemas listados nas questões de 6 a 9?				
11.	Você alguma vez já teve a experiência de de repente se sentir ansioso ou assustado e sentir pânico com sintomas físicos que se desenvolveram e duraram mais que 10 min.? (Ex: coração acelerado, dor no peito, náusea, suor, calor, pensou estar ficando louco ou morrendo?)				
12.	Você frequentemente bebe mais de 04 doses em um dia (mulheres) e 05 doses (homens)?				
13.	Você já esteve sob influência do álcool em mais de 03 situações em que poderia ter causado um acidente ou se machucado (Ex: dirigir sob efeito da bebida, operar máquinas pesadas, praticando esportes, usando alguma arma)?				
14.	Você alguma vez já bebeu muito mais do que planejava ou frequentemente bebe para se acalmar?				
15.	Você alguma vez já tentou parar de beber ou diminuir a frequência e percebeu que não conseguia?				
16.	Alguma vez alguém já incomodou você por te criticar por beber?				
17.	Você alguma vez bebeu assim que acordou para amenizar os nervos, ou curar a ressaca?				
18.	Em toda sua vida, você já fumou mais de 100 cigarros? (Incluindo cigarros, cachimbos, mascar tabaco)				
19.	Você já teve um período de um mês ou mais em que você fumou cigarros todos os dias?				
20.	Você geralmente fuma seu primeiro cigarro do dia em menos de uma hora após acordar?				

21.	Você alguma vez já quis ou tentou parar de fumare descobriu que não conseguia?				
22.	Você já se sentiu deprimido, para baixo ou triste, na maior parte do dia, praticamente todos os dias por pelo menos duas semanas ou mais?				
23.	Você já teve um período de pelo menos 2 semanas ou mais em que perdeu todo ou quase todo o interesse em suas atividades normais?				
24.	(Durante o mesmo tempo (22 ou 23)). Você já teve também pensamentos de inutilidade, ou sentiu muita culpa, ou passou muito tempo pensando sobre morte ou morrer? Ou teve pensamentos sobre machucar-se ou matar-se?				
25.	(Durante o mesmo tempo (22 ou 23)). Você teve uma significante mudança de apetite, perdeu ou ganhou peso de forma não planejada, experimentou mudanças no seu padrão de sono ou teve dificuldades para se concentrar?				
26.	Você já teve pensamentos ou imagens repetidas, medos mais exagerados do que o normal, os quais não conseguia tirar da cabeça os quais eram invasivos ou desconfortáveis, durante pelo menos uma hora ou um dia?				
27.	Você alguma vez já teve algum comportamento freneticamente repetitivo por mais de uma hora ou mais de um dia? (Ex: lavar as mãos ou checar se a porta estava trancada várias vezes, ou repetir palavras ou realizar contas de cabeça?)				
28.	Você alguma vez já fumou maconha mais de 21 vezes em um único ano?				
29.	Você alguma vez já usou drogas (recreativas) ou drogas receitadas mais de 10 vezes para se sentir alto ou bem? (Ex: hidrocodona, oxicodona, cocaína, crack, anfetaminas, meta-anfetaminas, alucinógenos, êxtase, LSD)?				
30.	Você já tentou parar ou diminuir a frequência do uso de drogas e descobriu que não conseguia?				
31.	Seu uso de drogas já lhe causou algum problema? (Ex: físico, emocional, interpessoal, profissional, acadêmico, problemas com a lei)				
32.	Você alguma vez já viveu algum evento traumático no qual você sentiu que sua vida corria perigo? (Ex: acidente sério de carro, desastre natural – enchentes ou desmoronamentos – fisicamente atacado ou ameaçado com uma faca ou arma de fogo, foi sexualmente agredido ou estuprado, esteve em uma zona de guerra ou presenciou alguma morte				

	inesperada (suicídio ou homicídio))				
32a	Às vezes imagens ou memórias fortes de eventos traumáticos permanecem em nossas cabeças como “flashbacks”, pensamentos que você não pode fugir ou repetidos pesadelos. Isto já aconteceu com você?				
32b	Você já fez algum esforço especial para evitar pesar ou falar sobre o que aconteceu ou deliberadamente afastou-se de coisas ou pessoas que te lembravam dessa terrível experiência?				
32c	Após esta experiência você teve algum problema para dormir, dificuldade de se concentrar, sentiu irritabilidade incomum, rompantes de raiva, se sentiu na defensiva ou sempre alerta?				

Você já foi diagnosticado com alguma dessas condições médicas ou distúrbios?	Sim	Não
Problemas de coração (EX: problemas nas veias coronárias, infarto do miocárdio)		
Hipertensão		
Hipertireoidismo		
Hipotireoidismo		
Problemas digestivos (Ex: gastrintestinal, problema na artéria celíaca)		
Problemas no fígado (EX: hepatite, icterícia)		
Diabetes		
Hipoglicemia		
Colesterol Alto		
Problemas nas juntas (Ex: artrite, reumatismo, bursite, tendinite)		
TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade)		
Problemas de aprendizado		
Doenças autoimunes (Ex: lúpus eritematoso, miastenia, esclerose múltipla, atite reumatoide)		
Problemas de visão (Ex: glaucoma)		
Câncer (qualquer tipo)		
Você já teve algum ferimento sério na cabeça?		
Em caso positivo, quantas vezes?		
Uma vez		
Duas vezes		
Três vezes		
Quatro vezes		
Mais de cinco vezes		
Qual foi o máximo de tempo em que ficou sem consciência?		
Menos de sessenta minutos		
Entre 01 e 24 horas		

Entre 01 dia e 01 semana		
Mais de 01 semana		
Epilepsia ou convulsões		
Infecção inflamatória no cérebro (Ex: encefalite, meningite)		
Derrame (AVC – Acidente Vascular Cerebral)		
Enxaqueca		
Outras desordens neurológicas (Ex: doença de Parkinson ou Huntington, encefalite, paralisia facial idiopática)		
Qualquer outro problema médico ou de saúde		

ANEXO F

Di-PAD

DI-PAD GPC version 1.4 rev. 01-14-2009



ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO PARA PSICOSES E PERTURBAÇÕES AFECTIVAS

Actualizada para o OPCRIT 4.0
Algoritmos DSM-IV & ICD-10

DI-PAD CGP versão 1.4

Centro de Psiquiatria Genómica
Departamento de Psiquiatria & de Ciências Comportamentais
Escola de Medicina Keck
Universidade do Sul da Califórnia
Los Angeles, CA

Para mais informação acerca da DI-PAD contactar
Helena Medeiros, LICSW hmedeiro@usc.edu (323) 442-4026
Randy J. Semple, Ph.D. semple@usc.edu
© 2008, 2009 revista a 03-27-2009

ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO PARA PSICOSES E PERTURBAÇÕES AFECTIVAS

CENTRO PARA PSIQUIATRIA GENÉTICA
VERSÃO 1.1

Tabela dos Conteúdos

A. GERAL	4
1. Fonte de Informação (OPCRIT 1)	4
2. Código do Sexo (OPCRIT 3)	4
3. Idade	4
4. Solteiro (OPCRIT 6)	4
5. Idade de início (OPCRIT 4)	5
6. Modo de início (OPCRIT 5)	5
7. Desencadeadores psicosociais anteriores ao início do primeiro episódio (OPCRIT 16)	7
8. Emprego no início (OPCRIT 7)	8
9. Ajustamento ao trabalho pré-mórbido (OPCRIT 9)	8
10. Ajustamento social pré-mórbido (OPCRIT 10)	8
11. Doença cerebral estrutural anterior ao início (OPCRIT 15)	10
B. HISTÓRIA FAMILIAR	10
12. História familiar de esquizofrenia (OPCRIT 13)	11
13. História familiar de outra doença psiquiátrica além da esquizofrenia (OPCRIT 14)	11
C. DEPRESSÃO	12
14. Disforia (OPCRIT 37)	12
15. Perda do prazer (Anhedonia) (OPCRIT 39)	14
16. Letargia ou cansaço (OPCRIT 25)	15
17. Lentificação motora (OPCRIT 24)	15
18. Dificuldade de concentração (OPCRIT 41)	15
19. Alteração da libido (OPCRIT 40)	16
20. Auto-culpabilização excessiva (OPCRIT 42)	16
21. Suicidialidade (OPCRIT 43)	17
22. Diminuição do apetite (OPCRIT 48)	18
23. Perda de peso (OPCRIT 49)	18
24. Aumento do apetite (OPCRIT 50)	18
25. Aumento de peso (OPCRIT 51)	19
26. Insónia inicial (OPCRIT 44)	19
27. Sono fragmentado (OPCRIT 45)	19
28. Acordar precoce (OPCRIT 46)	20
29. Sonolência excessiva (OPCRIT 47)	20
30. Variação diurna (OPCRIT 38)	20

D. MANIA	22
31. Elação do humor (OPCRIT 35)	22
32. Humor irritável (OPCRIT 36)	22
33. Pressão do discurso (OPCRIT 30).....	23
34. Pensamentos acelerados (OPCRIT 31).....	23
35. Distractibilidade (OPCRIT 21)	23
36. Necessidade de sono reduzida (OPCRIT 22).....	24
37. Actividade excessiva (OPCRIT 19)	24
38. Actividade imprudente/ irreflectida (OPCRIT 20)	24
39. Aumento da sociabilidade (OPCRIT 53)	25
40. Aumento da auto-estima (OPCRIT 56)	25
E. ALUCINAÇÕES	26
41. Alucinações de qualquer modalidade (OPCRIT 77)	27
42. Vozes neutras ou alucinações não verbais (OPCRIT 76)	29
43. Vozes de comando, acusatórias, insultuosas ou persecutórias (OPCRIT 75).....	29
44. Vozes comentadoras da actividade (OPCRIT 74)	30
45. Alucinações auditivas na terceira pessoa (OPCRIT 73)	30
F. PERTURBAÇÕES DO PENSAMENTO	30
46. Inserção do pensamento (OPCRIT 66).....	31
47. Difusão do pensamento (OPCRIT 68)	31
48. Roubo do pensamento (OPCRIT 67).....	32
49. Eco do pensamento (OPCRIT 72)	32
G. DELÍRIOS	33
50. Rastreio/ despiste de delírios	xxxiv
51. Delírios de culpa (OPCRIT 69).....	33
52. Delírios de pobreza (OPCRIT 70).....	33
53. Delírios niilísticos (OPCRIT 71).....	35
54. Delírios de passividade (OPCRIT 61)	35
55. Delírios de influência (OPCRIT 58)	36
56. Delírios persecutórios (OPCRIT 54).....	36
57. Delírios de grandiosidade (OPCRIT 57).....	37
58. Humor delirante (OPCRIT 63).....	37
59. Ideias delirantes primárias (OPCRIT 62)	38
60. Delírios bizarros (OPCRIT 59)	38
61. Insight (OPCRIT 85).....	40
62. Relação entre os sintomas psicóticos e os afectivos (OPCRIT 52).....	40
63. Resposta dos sintomas psicóticos aos neurolépticos (OPCRIT 89)	41
H. COTAÇÕES DO ENTREVISTADOR EM RELAÇÃO AOS SINTOMAS PSICÓTICOS	42
64. Delírios bem sistematizados (OPCRIT 55)	42
65. Delírios espalhados/ não sistematizados (OPCRIT 60)	42
66. Os delírios e as alucinações que duram pelo menos uma semana (OPCRIT 64).....	42
67. Alucinações e delírios persecutórios ou de ciúme (OPCRIT 65)	42