Mariana Vieira Cintra

**Prevalência de experiências psicóticas na gestação e fatores
de risco associados em uma amostra comunitária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção de título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Vanoni
Polanczyk

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2016

Mariana Vieira Cintra

**Prevalência de experiências psicóticas na gestação e fatores
de risco associados em uma amostra comunitária**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção de título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Vanoni
Polanczyk

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão
original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Cintra, Mariana Vieira

Prevalência de experiências psicóticas na gestação e fatores de risco associados em uma amostra comunitária / Mariana Vieira Cintra. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Guilherme Vanoni Polanczyk.

Descritores: 1.Transtornos psicóticos 2.Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos 3.Saúde materna 4.Previsões demográficas 5.Violência doméstica 6.Cannabis 7.Transtornos do neurodesenvolvimento

USP/FM/DBD-253/16

*Dedico este estudo à minha família que
sempre teve uma postura incansável na realização
dos nossos objetivos e projetos de vida.*

AGRADECIMENTOS

Como considero este estudo, fruto de um conjunto de elementos extremamente significativos, formado por uma equipe de pessoas que acreditam no valor da ciência e na contribuição que a mesma oferece para a evolução da sociedade, agradeço em primeiro lugar, aos coordenadores do Projeto 9 – “Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: a Interação Gene-Ambiente e a Conectividade Neuronal” pelo INPD – Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Crianças e Adolescentes, do IPq - Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP – Universidade de São Paulo, e em especial à Dra. Bacy, que foi quem abriu as portas para que eu pudesse fazer parte dessa equipe tão forte e competente, que sem dúvida acrescentou no meu amadurecimento profissional e pessoal.

Meus profundos agradecimentos ao meu orientador, Prof. Dr. Guilherme Vanoni Polanczyk pelas importantes contribuições ensinamentos e competência em conduzir meus passos na concretização deste estudo.

Agradeço a todos os profissionais envolvidos (psicólogos) que contribuíram para o planejamento de estratégias para que a coleta de dados se tornasse possível, devido às dificuldades encontradas no campo, onde a boa comunicação, a paciência, a tolerância e a união foram indispensáveis.

Agradeço também imensamente ao Mauro Xavier Neto, que apesar da pouca convivência, sempre esteve pronto a me ajudar de um jeito calmo e seguro, acrescentando muito no meu estudo.

Um agradecimento especial à minha amiga e companheira desde o tempo de faculdade, Adriana Cristina Argeu, pela paciência e disposição em me atender e me ajudar sempre que necessário.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Alexandre Ferraro, pela proximidade com a equipe, disponibilidade, paciência e vontade em compartilhar seu conhecimento, oferecendo maior segurança no cumprimento das tarefas exigidas.

Agradeço às minhas companheiras finais de coleta de dados, Patrícia e Josi pelos momentos descontraídos, de troca de experiências e apoio nas horas difíceis para a finalização do meu estudo.

Agradeço de uma maneira muito especial, às gestantes que participaram do estudo e que em sua maioria, apesar das diversas dificuldades apresentadas por conta da gestação e depois por estarem envolvidas com os cuidados dos seus filhos, me receberam calorosamente tanto nas UBSs, quanto em suas residências, transmitindo vivências e lições de vida, que sem dúvida alguma mudaram meu jeito de ver o mundo e as relações nele estabelecidas.

Agradeço à equipe da UBS em especial do Jardim Jaqueline, com a qual convivi por quatro anos mantendo sempre um bom relacionamento o que resultou em algumas amizades, que com certeza permanecerão por muito tempo na minha vida.

Um agradecimento especial, à Maria Umbelina, querida e sempre sorridente, que ajudou na organização da dissertação com dedicação, paciência e competência.

Agradeço às minhas amigas Simone e Valéria, que dedicaram um certo tempo de suas vidas em ouvir meus desabafos, me ajudando a retomar o trilho certo nas horas em que me via na dúvida do melhor rumo a ser seguido.

Agradeço à minha amiga Eugênia por se mostrar solícita e me ajudar na revisão do texto, cuidando minuciosamente de cada detalhe.

E um agradecimento especial à minha família, que apesar das dificuldades em compreender a magnitude do esforço empenhado no meu projeto de vida, me acolheram e sempre me deram o suporte necessário para seguir em frente.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de siglas e símbolos

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1	Introdução	1
1.1	Fenótipo estendido de psicose e experiências psicóticas (EPs)	2
1.2	Experiências psicóticas – persistência e resultado clínico	5
1.3	Experiências psicóticas e os fatores de risco ambientais.	6
1.4	Experiências psicóticas e as comorbidades	10
1.5	Gestação e a saúde mental da mulher – aspectos gerais	12
1.6	Implicações da ansiedade e da depressão na gestação	14
1.7	Gestação e as experiências psicóticas	15
1.8	Traumas e situações de violência na gestação – resultados nos descendentes.....	16
1.9	Gestação e a esquizofrenia	17
2	Objetivos	21
2.1	Objetivo geral:	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	Hipóteses	23
4	Métodos.....	25
4.1	Delineamento do estudo.....	25
4.2	Amostra.....	25
4.3	Critérios de inclusão	26
4.4	Critério de exclusão	26
4.5	Procedimentos Éticos.....	26
4.6	Instrumentos de avaliação	27
4.7	Análise estatística.....	30
5	Resultados	32
5.1	Análises descritivas.....	32
5.2	Fatores de risco constitutivos e sociodemográficos	35
5.3	Transtornos mentais	41

5.4	Histórico obstétrico	42
5.5	Estressores durante a gravidez	44
5.6	Condições do nascimento.....	47
5.7	Histórico familiar de transtorno mental – FHS.....	49
5.8	Análises descritivas ajustadas para as comorbidades que poderiam explicar as EPs.	50
6	Discussão	53
7	Conclusão.....	60
8	Anexos	62
9	Referências bibliográficas.....	102

Apêndices

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
cm	centímetro
df	grau de liberdade
Chi²	teste estatístico para variáveis categóricas
DISC- C	Diagnostic Interview Schedule for Children
DM	Densidade demográfica
DP	Desvio Padrão
DSM – 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDM	Episódio Depressivo Maior
EPs	Experiências psicóticas
EP	Experiência psicótica
et.al	e outros
FHS	The Family History Screen
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FR	Fatores de Risco
IC	Intervalo de Confiança
INPD	Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para crianças e adolescentes
Kg	Kilograma

MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OR	Odds Ratio
P	Significância estatística
Por ex.	Por exemplo
QSE	Questionário Sócio Econômico
RDC	Critérios Diagnósticos de Pesquisa
RR	Risco Relativo
SD	Desvio Padrão (Standard Deviation)
TA	Transtornos Ansiosos
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TEPT	Transtorno do Estresse Pós traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
vs	versus
WAIS-III	Escala de Inteligência Wechsler para adultos – terceira edição
WHO	World Health Organization
N	tamanho da amostra

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Psicose: variação ao longo do <i>continuum</i>	3
Figura 2 - Distribuição do número de EPs na amostra.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Questões utilizadas para avaliação de experiências psicóticas, exemplos de respostas das participantes e frequência na amostra	33
Tabela 2 – Características constitutivas e sociodemográficas em mulheres com e sem EP	39
Tabela 3 – Perfil da capacidade intelectual das gestantes com e sem EP	40
Tabela 4 – Frequência de transtornos mentais diagnosticados pelo M.I.N.I durante o terceiro trimestre de gestação nos grupos de mulheres com e sem sintomas psicóticos	41
Tabela 5 – Histórico obstétrico	43
Tabela 6 – Estressores durante a gravidez	45
Tabela 7 - Condições do nascimento (dados colhidos 2 meses após o nascimento da criança) - parte I.....	47
Tabela 8 – Condições do nascimento (dados colhidos 2 meses após o nascimento da criança) - parte II.....	48
Tabela 9 - FHS - Family History Screening	49

RESUMO

Cintra MV. *Prevalência de experiências psicóticas na gestação e fatores de risco associados em uma amostra comunitária* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

O presente estudo investigou a prevalência e a validade de construto das experiências psicóticas (EPs) na gestação e os fatores de risco associados em uma amostra comunitária do município de São Paulo. Foram investigados fatores de risco sociodemográficos, ambientais, transtornos psiquiátricos no presente e ao longo da vida, violência doméstica, capacidade intelectual e histórico familiar de transtornos psiquiátricos. Foram também avaliados desfechos da gestação e do parto. Trata-se de um estudo prospectivo, com início no 3º trimestre de gestação. As entrevistas de avaliação foram realizadas por psicólogos treinados. Para a avaliação das EPs, foi utilizado o instrumento de entrevista diagnóstica padronizada breve – Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), validado para a realidade brasileira. Para os fatores de risco sociodemográficos, foram aplicados: questionário socioeconômico (QSE), densidade demográfica (DM) e utilizado o critério de classificação econômica do Brasil CCEB, pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e World Health Organization – WHO para violência doméstica. Foi realizada a avaliação da capacidade intelectual através da Escala de Inteligência Wechsler para adultos, terceira versão (WAISS-III) e investigado o histórico familiar para transtornos mentais através do The Family History Screen (FHS). Os resultados apontaram uma prevalência de 19,22% das EPs na gestação e compartilhando os fatores de risco presentes na esquizofrenia, como: urbanicidade, gestantes jovens, o uso de drogas e álcool, desvantagem socioeconômica, baixo nível de escolaridade, exposição à situações de violência, a presença dos transtornos psiquiátricos como depressão e ansiedade, e histórico familiar para qualquer condição psiquiátrica. Este estudo, realizado em uma região urbana da cidade de São Paulo, com altos índices de vulnerabilidade social, indica que a prevalência de EPs em gestantes é alta, afetando cerca de 1 em 6 mulheres. A presença de EPs associa-se fortemente com psicopatologia geral e com amplos fatores de risco. Neste sentido, a presença de EPs pode se constituir em um importante indicador de risco a ser avaliado em ambientes clínicos durante a gestação. Estudos futuros que possam investigar a sua utilidade para indicação de intervenções são necessários, assim como estudos que investiguem o curso de EPs após o período gestacional e a sua associação com desfechos de saúde nas mulheres e em seus filhos.

Descritores: transtornos psicóticos; espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; saúde materna; previsões demográficas; violência doméstica; cannabis; transtornos do neurodesenvolvimento.

ABSTRACT

Cintra MV. *Prevalence of psychotic experiences during pregnancy and risk factors in a community sample* [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2016.

This research investigated the prevalence and construct validity of psychotic experiences (PEs) during pregnancy and the risk factors in a community sample in the city of São Paulo. Sociodemographic and environmental risk factors, psychiatric disorders, domestic violence, intellectual capacity and family history of psychiatric disorders in the present and throughout life were the investigated elements. Pregnancy and delivery outcomes were also evaluated. This is a prospective research, starting in the 3rd trimester of pregnancy. The evaluation interviews were conducted by trained psychologists. For the evaluation of PEs, the brief standardized diagnostic interview tool was used – Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), validated for the Brazilian reality. For the sociodemographic risk factors, both socioeconomic questionnaire (SEQ) and population density (PD) were applied and the criterion of economic classification in Brazil (CECB) was used by the Brazilian Association of Research Companies (BARC) and World Health Organization - WHO for domestic violence. The intellectual capacity evaluation was carried out, using the Wechsler Intelligence Scale for Adults, third version (Weiss-III), and the family history of mental disorders was investigated through The Family History Screen (FHS). The results indicated a prevalence of 19.22% of PEs during pregnancy and sharing the risk factors present in schizophrenia, such as urbanicity, young pregnant women, use of drugs and alcohol, socioeconomically disadvantaged, low educational level, exposure to situations of violence, the presence of psychiatric disorders such as depression and anxiety, and family history of any psychiatric condition. This research, conducted in an urban area of the city of São Paulo, with high social vulnerability, indicates that the prevalence of PEs in pregnant women is high, affecting about 1 in 6 of them. The presence of PEs is strongly associated with general psychopathology and broad risk factors. In this sense, the presence of PEs may constitute an important risk factor to be evaluated in clinical environments during pregnancy. Future researches intending to look into its usefulness for indication of interventions are needed, as well as studies to search into the course of PEs after pregnancy and its association with health outcomes for women and their children.

Descriptors: psychotic disorders; schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; maternal health; demographic forecast; domestic violence; cannabis; neurodevelopment disorders.

INTRODUÇÃO

1 Introdução

As experiências psicóticas (EPs) têm sido objeto de estudo de grande interesse pela psiquiatria, por sugerirem se tratar de fenótipos de sintomas que estão abaixo dos limites dos diagnósticos convencionais estabelecidos pelos DSM-5, CID-10 e RDC (Linscott RJ & Van Os J, 2010), e que podem suportar a ideia de *continuum* para um resultado clínico final de transtorno psicótico (Van Os, 2008).

A exposição a diversos fatores de risco socioeconômicos, ambientais e genéticos semelhantes aos encontrados na esquizofrenia (Heriot-Maitland C, Knight M, Peters E, 2012) tem apresentado forte semelhança em relação aos fatores de risco para as EPs num determinado momento da vida (Van Os, 2010). Apesar de que as EPs podem desaparecer em sua maioria com o passar do tempo, dependendo do grau de exposição aos fatores de risco e das características pessoais do indivíduo, as EPs podem se tornar persistentes e evoluir para um quadro clínico mais tarde (Van Os, 2010). A prevalência média das EPs apontada pelos estudos epidemiológicos é alta e consequentemente maior do que a prevalência média para a esquizofrenia na população em geral (Van Os, 2008).

Em razão das EPs serem consideradas uma expressão comportamental de vulnerabilidade, e se tratando de um fenótipo estendido de psicose, poderia como consequência, ser considerada um transtorno do neurodesenvolvimento (Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N, 2012). O prejuízo no neurodesenvolvimento como resultante de ampla exposição ambiental no pré-natal, têm sido relacionada ao desenvolvimento da psicose no adulto (Scherr, 2012).

A gestação apesar de ser considerada uma fase de bem estar emocional na vida da mulher, também é uma fase de grande vulnerabilidade aos fatores de risco ambientais, causada pelas mudanças hormonais, físicas e dos vínculos afetivos inevitáveis durante a gestação (Sarmiento, 2003). Como consequência disso, pode haver um aumento na probabilidade da gestante apresentar uma situação de saúde mental (Quispel, 2015) influenciando o desenvolvimento fetal, oferecendo riscos neonatais como baixo peso ao nascer, prematuridade e empobrecimento do desenvolvimento infantil (Whitaker et al., 2006; Gold, 2008). Trata-se portanto de

um quadro delicado, que pode favorecer o surgimento de EPs ainda na infância e futuros quadros psicopatológicos mais tarde (Scherr, 2012).

1.1 Fenótipo estendido de psicose e experiências psicóticas (EPs)

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) o Espectro da esquizofrenia e os transtornos psicóticos são aqueles “definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado (incluindo a catatonia), e sintomas negativos”.

Os transtornos incluídos neste capítulo do DSM-5 estão organizados de acordo com o aumento gradual da psicopatologia, no que diz respeito aos critérios e à persistência ao longo do tempo. Por exemplo: o Transtorno Psicótico Breve dura mais de um dia e remite em um mês; o Transtorno Esquizofreniforme caracteriza-se por uma apresentação sintomática equivalente à da esquizofrenia, porém com duração menor que seis meses e pela ausência de exigência funcional. No caso da esquizofrenia, a duração é de pelo menos seis meses, incluindo ao menos um mês de sintomas da fase ativa (DSM-5, 2014).

Na população em geral, a prevalência dos transtornos psicóticos é estimada em 2 - 3% (Van Os et al. 2010).

O termo experiências psicóticas (EPs) diz respeito à presença dos mesmos sintomas (delírios, alucinações, pensamentos e/ou discurso desorganizado) encontrados no transtorno psicótico e que não se enquadram nos critérios apontados pelo DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e RDC (Critérios Diagnósticos de Pesquisa) para o diagnóstico clínico (Van Os, 2008). As EPs apontam para uma condição de sintomas discretos que não se agrupam nas síndromes que correspondem a um diagnóstico (Bentall RP. & Fernyhough C., 2008).

Esses sintomas discretos foram observados com maior frequência nos estudos populacionais, mostrando semelhantes agrupamentos de fenômenos psicóticos, afetivos, motivacionais e neurocognitivos encontrados nos transtornos psicóticos,

porém em diferentes níveis, não necessariamente determinando a necessidade de acesso a serviços de saúde mental (Kaymaz N. & Van Os, 2010). Além disso, pessoas com EPs compartilham de fatores de risco semelhantes aos de pessoas com esquizofrenia, mas não necessariamente desenvolvem o transtorno (Heriot-Maitland C, Knight M, Peters E, 2012).

Por se tratar de expressões psicopatológicas que não alcançam o limiar clínico, a validade da entidade nosológica das EPs é atualmente limitada, sendo consideradas como uma expressão comportamental de vulnerabilidade no contexto de um fenótipo estendido de psicose (Van Os et al. 2008; Kaymaz N. & Van Os 2010; Van Os J. & Linscott RJ, 2012).

Existe uma frequência significativa de EPs na população em geral, com prevalência média ao longo da vida de 5% e incidência média de 3% na população geral (Van Os et al. 2009). Ver Figura 1.

Nos estudos prospectivos, foi demonstrado que em 75 a 90% dos casos, as experiências psicóticas são transitórias e desaparecem ao longo do tempo, o que dificulta uma coleta de dados mais consistente sobre o fenômeno em si (Van Os et al., 2009).

Um número limitado de estudos foram realizados na tentativa de determinar o perfil de pessoas que apresentam EPs e que irão evoluir para um transtorno psicótico clínico (Kaymaz N. & Van Os 2010; Mackie CJ, Castellanos- Ryan N, Conrod PJ, 2011).

Figura 1 - Psicose: variação ao longo do *continuum* (Van Os, et al.2009)

A partir do conceito de que experiências psicóticas fariam parte de um fenótipo estendido de psicose, e que estes seriam transtornos do neurodesenvolvimento (Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N, 2012), levantou-se a hipótese de que estes poderiam preceder na infância sintomas psicóticos clínicos que surgiriam na adolescência ou idade adulta (Poulton et al., 2000; Schreier et al., 2009; Polanczyk et al., 2010; Fisher et al., 2013).

No estudo de Poulton (2000), realizado em Dunedin, Nova Zelândia, foram avaliadas 761 crianças aos 11 anos através do autorrelato sobre crenças delirantes e experiências alucinatórias. Aos 26 anos, estes indivíduos foram avaliados quanto a presença de transtorno psicótico clínico. Os autores demonstraram uma associação significativa de sintomas psicóticos presentes na infância e transtorno esquizofreniforme aos 26 anos.

O diagnóstico esquizofreniforme foi super representado entre as crianças que relataram sintomas psicóticos aos 11 anos: 2% das crianças controle vs 9.5% das crianças com sintomas considerados fracos (OR, 5.1; IC 95%, 1.7-18.3) e 25% (OR, 16.4; IC 95%, 3.9-67.8) das crianças com sintomas considerados fortes. Em termos de risco atribuível, 42% dos casos esquizofreniformes na coorte relataram um ou mais sintomas psicóticos aos 11 anos (Poulton et al., 2000).

Já na coorte que aconteceu na Grã-Bretanha (Polanczyk et al. 2010), com uma amostra significativa composta por 2232 crianças acompanhadas dos 5 anos até os 12 anos de idade, foi examinada a validade de constructo do autorrelato das crianças em relação aos sintomas psicóticos (delírios e alucinações). A prevalência dos sintomas psicóticos nesta coorte foi de 5,9%, excedendo a estimativa do início precoce da esquizofrenia, assim como a prevalência dos sintomas psicóticos no adulto, marcadamente excede a prevalência do transtorno psicótico no adulto.

Os resultados apontaram que em relação à hereditariedade, os efeitos genéticos representaram 43% de variância (IC 95% 34% - 64%). As alucinações auditivas e visuais foram as mais comuns. Os sintomas psicóticos foram relatados por 416 crianças (19.6%); 291 (13.7%) relataram prováveis sintomas e apenas 125 (5.9%) relataram um sintoma definitivo. Houve associação com muitos dos fatores

de risco e correlatos com a esquizofrenia no adulto. (Polanczyk et al., 2010). Neste sentido, a relação das EPs com os fatores de risco apontados na esquizofrenia tem sido cada vez mais explorada na busca da validade de constructo para as EPs (Kelleher I. & Cannon M, 2011).

1.2 Experiências psicóticas – persistência e resultado clínico

Para Scherr (2012), a esquizofrenia é o resultado de um acúmulo de amplo número de fatores de risco. Entre eles encontram-se: condições do nascimento, prejuízo no desenvolvimento neurológico, eventos traumáticos na infância, vitimização, o uso de cannabis, migração, desemprego, baixo “status” socioeconômico, não ser casado, urbanicidade e a influência genética (Krabbendam L & Van Os J, 2005; Bentall, RP & Fernyhough C, 2008; Van Os et al., 2008; Schreier et al., 2009; Polanczyk et al., 2010; Smeets et al., 2012; Van Os et al., 2010; Fisher et al., 2013; Fisher et al., 2014).

De acordo com o apontado pelos estudos populacionais, a presença das EPs na população em geral é muito comum, mas existe uma necessidade de encontrar respostas mais claras em relação ao papel atribuído às EPs como um provável desfecho clínico para o transtorno psicótico, sugerindo uma continuidade fenomenológica, supondo-se a ideia de que as EPs são características do transtorno psicótico, e não uma exclusividade dele e que estas ocorrem independentemente do transtorno, existe uma diferença apenas quantitativa em relação às variáveis disposicionais ou de personalidade abstraídas pelas ideias de propensão de psicose ou esquizotipia (Linscott JR & Van Os J, 2013).

O tipo de enfrentamento que a pessoa desenvolve frente às variações e condições ambientais, dependendo da exposição à determinado fator de risco, do grau de persistência e intensidade das EPs (principalmente alucinações e delírios) ao longo dos tempos, aumenta a probabilidade para a evolução do quadro clínico de transtorno psicótico (Rössler et al., 2007). Com isso, não apenas a presença das experiências psicóticas *per se* determina os resultados, mas também o contexto psicopatológico do desenvolvimento e psicológico são relevantes (Armando et al., 2010; Dominguez et al., 2010; Kaymaz N. & Van Os, 2010; Smeets et al., 2012).

Os sintomas negativos/desorganizados observados nas psicoses revelaram um padrão de associação sócio-demográfico, indicando o prejuízo no desenvolvimento, e predisseram sintomas positivos ao longo do tempo. Já os sintomas positivos, tiveram maior associação com a exposição ambiental, como no caso dos traumas, uso de cannabis e urbanidade, onde a co-ocorrência dos sintomas negativos/desorganizados e sintomas positivos, foram preditivos de relevância clínica em termos de prejuízo funcional e comportamento de buscar ajuda (Dominguez et al., 2010).

O aumento no sofrimento provocado pelas EPs (experiências bizarras e ideias persecutórias), tiveram significativa associação com depressão e prejuízo funcional, por serem subjetivamente consideradas experiências mais invasivas e disruptivas na estrutura do self (Armando et al., 2010).

Pensando na hipótese de uma combinação “natural” entre a ocorrência de alucinações e delírios (por pertencerem à mesma classe de sintomas positivos) nos transtornos psicóticos, foi examinada cada uma separadamente e sua co-ocorrência, constatando-se que os delírios podem representar uma “piora” no processo perceptual anormal, e que no agrupamento com as alucinações, pode representar um aprofundamento significativo no estado psicótico. A OR da associação entre ambas foi 11.0 (IC 95% 8.1 – 15.1) refletindo numa relevância clínica (Smeets et al., 2012).

1.3 Experiências psicóticas e os fatores de risco ambientais.

As síndromes psicóticas podem ser entendidas como transtornos de adaptação ao contexto social (Van Os J. 2010), uma vez que o meio ambiente tem uma poderosa influência na variação da incidência da esquizofrenia na população (Van Os J. 2004).

Urbanidade

Alguns estudos definem urbanidade como o número relativo de pessoas por área; outros, como o número de endereços relativos por área; e ainda outros, como grandes cidades versus pequenas cidades, baseadas na contagem absoluta da população por área (Krabbendam L. & Van Os J, 2005). A urbanidade é

considerada como fator de risco para a síndrome psicótica, onde confundidores podem ocorrer como, por exemplo, a alta taxa de esquizofrenia nas cidades poderia ser secundária à alta taxa do uso de drogas ou grupos étnicos minoritários vivendo em ambientes urbanos (Van Os J, 2010).

No caso de grupos étnicos minoritários, os índices de incidências de EPs são grandes, isso pode sugerir que discriminação, experiências sociais de derrota e impotência e/ou falta de suporte social podem ser importantes na deliberação para o risco de doenças (Bentall RP & Fernyhough C, 2008; Morgan et al. 2009). A adversidade dos centros urbanos, além da exposição desde a infância aos fatores de risco, moldam e possuem um efeito duradouro sobre os indivíduos, fenotipicamente detectável, mesmo que parcialmente (Van Os J, 2004), podendo ter um papel determinante no surgimento das Experiências Psicóticas além de sugerirem um *continuum* para o Transtorno Psicótico (Bentall R P. & Fernyhough C., 2008).

Estudos longitudinais de experimentos naturais mostram que a mudança na exposição ambiental, por exemplo, mudança para um ambiente rural na infância, traz um decréscimo no risco para um transtorno psicótico (chance duas vezes menor), considerando desta maneira, que a urbanicidade é um fator de risco relevante para as psicoses, além de que o impacto da urbanicidade aumenta com o tempo, e afeta mais os jovens do que os adultos (Krabbendam L & Van Os, 2005; Van Os, 2010). Os fatores sociais têm sido apontados como fatores que afetam os resultados de saúde mental, através da falta de segurança ou estresse social, contribuindo para o desenvolvimento de vulnerabilidade cognitiva (considerando a predisposição genética) da psicose (Van Os J, 2004; Scherr et al., 2011).

Buscando averiguar os efeitos da urbanicidade na saúde mental da população, o estudo transversal que investigou o *continuum* de psicose numa comunidade latino-americana, realizada pelo Estudo Brasileiro de Captação Epidemiológica de São Paulo, com uma população de classe média e media-alta do município de São Paulo, relatou que 38% do total da amostra apresentaram pelo menos um sintoma psicótico; 1.9% encontraram critério para um diagnóstico no CID-10 de psicose não afetiva, 5.4% apresentaram sintomas psicóticos clinicamente relevantes e 30.7% relataram sintomas sem relevância clínica. Os grupos de sintomas subclínicos foram associados

com humor depressivo crônico e transtorno pelo uso de álcool, supondo que o fato de viverem numa área de insegurança e violência iminente sejam importantes mediadores para tal resultado (Loch et al., 2011).

Uso e abuso de substâncias

Estudos experimentais randomizados, mostram que o THC (delta-9 tetra-hidrocarbinol) é o principal componente psicotrópico da cannabis causando sintomas psicóticos transitórios, prejuízo cognitivo em voluntários saudáveis e que indivíduos com risco genético para psicose revelam uma resposta psicótica aumentada (Van Os, 2010). A associação entre o uso de cannabis e os resultados psicóticos (em termos de síndromes psicóticas, níveis subclínicos de expressão comportamental de vulnerabilidade) tem sido demonstrados em termos de funcionamento cognitivo, fenótipos de neuroimagem cerebral, e apresentação clínica para as EPs (Van Os, 2010).

O estudo prospectivo que aconteceu na Alemanha com 2437 adolescentes (entre 14 e 24 anos, com e sem predisposição para psicose) com o objetivo de investigar a relação do uso de cannabis e os sintomas psicóticos, ao final de quatro anos, mostrou um efeito maior (23.8%) do uso de cannabis para o resultado de psicose, naqueles com predisposição, do que nos adolescentes sem predisposição (5.6%) (Henquet et al. 2005).

Estudos mais recentes tem investigado o uso de substâncias (especialmente a cannabis) como comorbidade, potencial fator de risco e causa para o espectro da esquizofrenia (Rössler et al., 2007). Foi encontrada uma significativa correlação entre o uso de THC e a idade de início de psicose. O uso do THC não prediz um início precoce em pacientes com histórico familiar de psicose mostrando, dessa maneira, uma melhor interação do meio ambiente e os fatores de risco genético, sugerindo que os fatores de risco ambientais podem ter um impacto para o começo da psicose (Scherr, 2012).

Traumas e vitimização – situações de violência.

Entende-se por violência “o uso intencional de força física ou poder, ameaçada ou real, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” (Krug et al., 2002).

Em 1996, foi declarada pela Assembleia Mundial de Saúde, a violência como sendo o maior problema de saúde pública. Embora possa ocorrer em diferentes níveis, o problema da violência foi apontado de maneira muito clara em 48 estudos de base populacional ao redor do mundo, onde entre 10 e 69% das mulheres relataram terem sido atacadas pelos seus parceiros íntimos ao longo da vida. Uma estimativa em torno de 20% das mulheres e 5-10% dos homens relataram terem sofrido abuso sexual quando crianças, e o resultado dos estudos de base populacional sobre o abuso de pessoas idosas, mostrou que entre 4 e 6% deles foram abusados de algum modo dentro de suas casas (Krug et al., 2002).

Vítimas de violência correm risco de apresentar problemas psicológicos, de comportamento, incluindo depressão, abuso de álcool, ansiedade, comportamento suicida, problemas de saúde reprodutiva, como transmissão de doenças sexuais, gestações indesejadas e disfunção sexual (Krug et al., 2002; Lovisi et al., 2005). Neste sentido, experienciar eventos estressantes e traumáticos nos principais acontecimentos da vida, como abuso e discriminação, também prediz grande possibilidade de prevalência ($p=0.065$) e incidência nas EPs (Spauwen et al., 2006; Van Os, 2008).

Assumindo a hipótese de que a psicose tem uma etiologia multifatorial, foi estudada a associação da exposição precoce ao trauma, com respostas disfuncionais, e estratégias de enfrentamento diante das EPs, que resultam na formação dos sintomas psicóticos. O alto nível de sofrimento provocados por estes, sugere o baixo nível de enfrentamento positivo e controle interno, face às experiências delirantes e alucinatórias (Bak et al. 2005).

A exposição a qualquer evento traumático está associado com o aumento da significância das experiências delirantes (Scott et al., 2007). As desfavoráveis

vivências precoces, como marginalização, perda da infância ou grave trauma na infância, podem criar uma durável vulnerabilidade cognitiva, caracterizada por crenças negativas sobre si mesmo e o mundo, tornando-as pessoas vulneráveis às ameaças ou crenças em relação aos outros. Além disso, estudos recentes sugerem que os fundamentos biológicos em relação a essas vulnerabilidades, podem retrair os efeitos do desenvolvimento neurológico em função do trauma precoce, afetando a resposta da dopamina no adulto ao estresse (Bak et al., 2005).

Estudando a associação entre vários tipos de exposição a eventos traumáticos, a relação com os TA e o relato de experiências delirantes mostraram que, numa amostra de 10641 pessoas, houve um aumento das experiências delirantes (OR = 2.68; IC 95% 2.18-3.30) e existiu significativa relação dose-resposta entre os tipos de eventos traumáticos de tal experiência ($\chi^2 = 26.74$, d.f = 2, $p < 0.001$) (Scott et al., 2007).

A ocorrência de pelo menos um evento traumático ao longo da vida, foi associado com um risco 2.5 vezes maior de legitimar um pensamento persecutório, do que aqueles que não relataram nenhum evento traumático. Muitos abusos na infância foram fortemente associados com alucinações verbais ($p = 0.001$) e pouco menos tiveram uma significância aproximada em associação com paranoia ($p = 0.056$) (Freeman D & Fowler D, 2009)

1.4 Experiências psicóticas e as comorbidades

Nos relatos de EPs na população em geral, um alto nível de expressão de ansiedade e depressão foi notado, o que pode oferecer consequências clínicas importantes, com chances de evoluir para um transtorno psicótico, embora ainda sem especificidade relativa. Isso se estende ao nível da agregação familiar, correspondendo a quase 30% da população, em relação ao risco familiar psiquiátrico em geral, comparando com apenas 6% sendo atribuídos ao histórico familiar de esquizofrenia especificamente, reforçando a interação gene-ambiente como provável resultado dos transtornos mentais (Van Os J & Linscott J, 2012).

No entanto, um estudo que aconteceu na Nova Zelândia (2008), examinou os correlatos para as experiências delirantes (PDI – Peters Delusional Inventory) em

uma população saudável (N=310), e confirmou os dados apontados acima, relatando uma forte associação com o histórico familiar para qualquer condição psiquiátrica (39% da amostra), e alta prevalência para os transtornos depressivos e de ansiedade, porém com o histórico familiar de esquizofrenia, a taxa correspondente foi apenas 9% da amostra (Varghese et al., 2008).

Jovens adultos (média de 20 anos), que foram avaliados através do PDI, quer com diagnóstico de EDM (pontuação seis vezes maior do que para aqueles sem diagnóstico) ou TA (semelhante associação aos resultados do EDM), foram mais suscetíveis em relatar EPs comparando com aqueles sem transtornos mentais e quando ajustado para as comorbidades do uso de álcool e substâncias os resultados foram (OR = 1.40, IC 95% 1.04-1.90, e OR = 2.24, IC 95% 1.65-3.04) respectivamente. (Varghese et al., 2011).

Ainda no que se refere aos transtornos ansiosos (TA), aqueles que relataram ter sintomas no último mês apresentaram uma pontuação maior no PDI (OR = 5.81, IC 95% 3.68-9.16), enquanto que para os transtornos depressivos, não houve associação significativa (Varghese et al., 2011).

No estudo realizado por Scott (2007) para verificar a exposição a qualquer evento traumático e a presença de experiências delirantes relacionadas ao diagnóstico de TEPT, apontou que houve um aumento na “propriedade” das experiências delirantes (RR = 9.24, IC 95% 6.95-12.27). Do total da amostra (N=10641) , 478 (4.49%) da pessoas, referiram uma ou mais experiências delirantes e 379 (3.6%) participantes, preencheram os critérios diagnósticos para o TEPT; 87 pessoas (0.82%) relataram ter recebido um diagnóstico de esquizofrenia no passado, sendo esse grupo mais suscetível em relatar experiências delirantes (RR = 8.30, CI 95% 5.82-11.83), porém não tiveram significativa suscetibilidade para relatar exposição a algum tipo de evento traumático.

O TEPT, em comparação, com a questão do gênero foi mais prevalente nas mulheres e quando associados com variáveis psicopatológicas, padrões mais severos foram encontrados nas mulheres com TEPT. Diante desse fato, como consequência,

foram associados com alto índice de abusos e maltratos, aumentando o sofrimento psicológico e o uso de drogas (Torchalla et al., 2015)

Como recursos para amenizar a taxa de transição das EPs para um resultado clínico psicótico ao longo do tempo, investir nos tratamentos precoces, na redução do estresse, oferecer suporte psicossocial, tratamento farmacológico para ansiedade e depressão, incentivar a diminuição no abuso de substâncias, redução da expressão emocional familiar e outros tratamentos que abordassem os indivíduos que procuram ajuda já com uma expressão inicial de psicose, seria fundamental para um bom resultado (Van Os J & Linscott J, 2012).

Pensando na questão do *continuum* das EPs, como um caminho para o resultado final do transtorno psicótico, avaliar a presença das EPs na gestação e os fatores de risco associados, pode fornecer dados para maior compreensão da etiologia da patologia em si.

1.5 Gestação e a saúde mental da mulher – aspectos gerais

A gestação é considerada um período de bem estar emocional, mas que em função das mudanças físicas, hormonais e psicossociais incluindo alterações de humor, medos e mudanças nos vínculos afetivos (Sarmento, 2003) sofridas neste período, pode também representar uma ameaça à estabilidade emocional e funcionar como um gatilho para o surgimento de transtornos psiquiátricos (Altshuler, 1998; Jablensky et al., 2005; Camacho et al., 2006).

Por se tratar de uma fase de grande vulnerabilidade para a mulher, a gestação torna-se um importante objeto de estudo na área de saúde mental, que busca compreender a relação existente entre os aspectos emocionais da gestante e a exposição aos fatores de risco ambientais. Esta estratégia tem uma relevância também para a saúde mental das crianças, uma vez que os transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais (Seng et al., 2001; Jablensky et al., 2005; Camacho et al., 2006; Alder et al., 2007; Betts et al., 2014).

Diferentes patologias têm sido associadas com alterações endócrinas, às quais durante a gestação, podem afetar o feto diretamente através do caminho materno-placenta-fetal. Um transtorno específico da hiper ou hipoatividade do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, alterando a exposição do feto aos níveis de cortisol, pode servir como teoria de base para entender os resultados obstétricos, investigando a relação entre os sintomas psicopatológicos, o curso da gestação e os resultados em seus descendentes (Alder, 2007; Faisal-Cury et al., 2009).

A prevalência dos transtornos mentais durante a gestação varia entre estudos (Quispel et al., 2015).

O'Keane (2006) e Gold (2008) citados por Quispel (2015), em seus estudos sobre a saúde mental materna, apresentaram uma taxa de prevalência para o episódio depressivo maior (EDM) correspondente a 13%; para o transtorno bipolar (TB) 1%; para o uso de substâncias 1%; transtorno do pânico 2%; TEPT 4%; transtorno de ansiedade generalizada (TAG) 9%; transtorno obsessivo compulsivo (TOC) 1%; transtornos alimentares 4% e transtornos de personalidade 6%. Esses dados foram obtidos de estudos recentes realizados nos países ocidentais, através de questionários de autorrelatos.

No entanto, Quispel (2005) investigou a validação do amplo espectro dos transtornos mentais na gestação (N=330 gestantes que viviam em áreas urbanas) e encontrou um resultado equivalente a 40% para a presença de algum transtorno mental, incluindo os transtornos de humor, ansiedade e de personalidade sendo considerados os mais prevalentes.

A revisão sistemática feita por Fisher (2012) incluiu apenas nove artigos de países de renda baixa e média que investigaram a natureza, a prevalência e os determinantes dos transtornos mentais comuns não psicóticos no período perinatal. A prevalência média para os transtornos mentais comuns nesta fase, corresponderam a 15.6% (IC 95% 15.4-15.9). Os principais fatores de risco associados a esses resultados, foram a desvantagem socioeconômica, gestação não planejada, ser mais jovem, solteira, falta de empatia com o parceiro íntimo, experiência de violência pelo

parceiro íntimo, tendo insuficiente suporte emocional e prático e ter um histórico de problemas mentais. (Faisal-Cury et al., 2009; Fisher et al., 2012)

Os fatores de risco relatados acima podem ser facilitadores para o surgimento de reações fisiológicas de estresse, que ocorre de forma mais intensa frente a situações graves, como situações traumáticas como, por exemplo, o aborto (Sarmiento R, & Setúbal MSV, 2003). O prejuízo do funcionamento materno diante da interação entre os fatores de saúde mental, uso de substâncias e violência doméstica, somados aos efeitos da desvantagem social, impactam diretamente no desenvolvimento infantil e entender qual aspecto isoladamente contribui para o empobrecimento do desenvolvimento infantil, encontra-se ainda limitado (Whitaker et al, 2006).

1.6 Implicações da ansiedade e da depressão na gestação

A depressão e a ansiedade são considerados os principais e mais frequentes transtornos mentais durante a gestação, embora eles também estejam presentes na vida da mulher durante o período fértil. No entanto, durante o período gestacional, tem um potencial de gerar desfechos negativos maior, apontando uma importante interação etiológica com os fatores sociais, psicológicos e biológicos que necessitam ser melhor debatidos (Fisher et al., 2012; Rahman et al., 2013). Entre esses fatores estão as exposições a situações de vida estressantes, incluindo perda de relacionamento com parceiro íntimo, perda de contato com familiares próximos, dificuldades financeiras e sofrer violência (Lovisi et al., 2005)

Em um estudo realizado no Brasil no município de São Paulo, por Faisal-Cury (2009) com 831 gestantes entre a 20ª e 30ª semanas de gestação, para estimar a prevalência dos transtornos mentais comuns (depressão e ansiedade) e os fatores de risco associados nesta fase, apresentou uma prevalência de 20.2% (IC 95% 17.5-23.0). A co-ocorrência dos sintomas de depressão e ansiedade foi alto, com 69% das mulheres que apresentaram sintomas depressivos também apresentaram sintomas de ansiedade e 51% das mulheres que apresentaram sintomas de ansiedade também apresentaram sintomas depressivos.

Em 2005, no Rio de Janeiro (Brasil), foi estudada a relação entre a pobreza, a depressão e a violência nas mulheres que frequentaram a clínica de maternidade de

um hospital público. A amostra foi composta por 230 mulheres no terceiro trimestre de gestação. A prevalência do transtorno depressivo maior, de acordo com CID-10, foi 19.1% (IC 95% 14.4-24.9). Do total da amostra, 24,8% relataram histórico prévio de depressão. Em relação aos fatores de risco sociodemográficos, a média de idade era de 27.6 anos (S.D. = 5.8 anos). Destas, 75.2% eram casadas; 54.8% não eram brancas; 61.7% nasceram na cidade do Rio de Janeiro e 55.7% tiveram baixo nível educacional (não completaram o ensino fundamental) e 42.2% eram donas de casa (Lovisi et al., 2005)

É estimado que uma em cada duas mulheres vá experienciar sintomas ansiosos durante o curso da gestação e uma em três mulheres vá experienciar significantes sintomas depressivos em algum estágio da gestação (Kent, 2009). O transtorno depressivo é considerado o único e mais comum transtorno psiquiátrico presente na gestação, afetando 1 a cada 100 mulheres. Nem todas as gestantes que apresentam sintomas ansiosos ou depressivos vão apresentar um transtorno psiquiátrico, mas estar atento à sintomatologia apresentada pelas mulheres, nesta fase, torna-se importante como um aspecto que favorece a prevenção de problemas maiores, evitando complicações obstétricas e problemas no desenvolvimento do infante, posteriormente (Kent, 2009).

1.7 Gestação e as experiências psicóticas

Uma vez que se tem na literatura dados sobre o aumento do risco para transtornos emocionais e consequentemente, um aumento do risco para a gestante ingressar numa condição psiquiátrica, muitas vezes manifestada através da depressão ou psicose puerperal, foram estudadas mulheres no período perinatal avaliando a presença de EPs nesta fase, bem como o resultado no pós parto na saúde mental da mulher sem histórico de psicose (Mannion, 2014).

Trata-se de um estudo longitudinal que aconteceu no Reino Unido, com 101 gestantes, e mostrou que 81% das participantes apresentaram, pelo menos, uma experiência de delírio (PDI) durante a gestação, e destas, 27% relataram ao menos uma situação de intenso sofrimento. Apenas uma gestante apresentou um item no

PDI unicamente durante a gestação, enquanto que 80% relataram a presença de itens no PDI em ambos – gestação e ao longo da vida (Mannion, 2014).

No que diz respeito às alucinações, as gestantes que participaram do estudo, apresentaram um resultado entre 1-88%. Altas taxas de experiências alucinatórias foram mostradas, mas apenas duas gestantes trouxeram a experiência alucinatória somente na gestação, enquanto que 73% pontuaram itens tanto na gestação quanto ao longo da vida. Muitas das gestantes que relataram experiências delirantes durante a gestação, 90% não apresentaram forte associação com sofrimento, emprestando o suporte do modelo de *continuum* para a psicose, em que estas não causam angústia ou sofrimento suficientes para se procurar um serviço de saúde mental (Mannion, 2014).

1.8 Traumas e situações de violência na gestação – resultados nos descendentes

Cada vez mais tem sido reconhecida a violência física, psicológica e sexual, em especial em relação às mulheres, que na maioria das vezes tem sido praticada por pessoas próximas, como familiares, e parceiros íntimos (Krug et al., 2002; Ludermir et al., 2010; Lettiere et al., 2012).

Em 2010, um estudo sobre violência com 652 gestantes (entre os 16 e 36 anos) e os resultados nos recém-nascidos, que aconteceu no Rio Grande do Sul (Brasil), apontou que 18.3% das gestantes que se encontram em desvantagem socioeconômica, sofreram algum tipo de violência durante a gestação e 45.9% (IC 95% 42.1-49.8%) sofreram violência ao longo da vida. Esses relatos impactaram no insuficiente ganho de peso pelas gestantes, partos cesáreos e baixo peso ao nascer dos lactantes < 2.500g (Nunes et al., 2010).

Ainda no que diz respeito ao estudo citado acima, 196 – 30.1% (IC 95% 26.5-33.6%) sofreram violência psicológica ao longo da vida e 98 – 15.0% (IC 95% 12.3-17.8%) ocorreram durante a gestação. Destas 98 mulheres, 79 relataram terem sofrido violência pelos parceiros ou algum membro da família e apenas 13 mulheres não revelaram quem foi o agressor. A violência física foi relatada por 172 mulheres 26.4% (IC 95% 23.0-29.8%) e 39 durante a gestação correspondendo a 6% (IC 95%

4.2-7.8%). Para a violência sexual, 47 – 7.2% (IC 95% 5.4-9.5%) vivenciaram ao longo da vida e durante a gestação 3 – 0.5% (IC 95% 0.0-1.0%) (Nunes et al., 2010).

Apesar da amostra ter sido pequena (N=43) o estudo que aconteceu com puérperas em Ribeirão Preto (SP – Brasil), mostrou que 30.2% das mulheres sofreram algum tipo de violência ao longo da vida e 13.9% sofreram na gestação. Mesmo causando fortes danos à saúde da mulher e de seus descendentes, constata-se uma certa invisibilidade dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que muitas vezes não reconhecem o agravo da situação para a sua saúde e de seus filhos, influenciadas pelo fator socioeconômico e sociodemográfico (Lettiere et al., 2012).

No Recife, nordeste do Brasil, um estudo prospectivo com 1133 gestantes, analisando os dados referentes à violência provocada pelos parceiros íntimos, mostrou que 25.8% (IC 95% 23.2-28.6) tiveram depressão pós-parto. A violência mais comum foi a psicológica com 28.1% dos casos (IC 95% 25.4-31.0) (Ludermir et al., 2010).

A exposição a eventos estressantes durante o pré-natal, influenciou no desenvolvimento das crianças que apresentaram problemas de comportamentos pre-mórbidos, representando uma sequela no desenvolvimento neurológico. Como consequência, essas crianças oferecem grandes riscos para apresentarem EPs e a esquizofrenia mais tarde (Betts et al., 2014).

Mulheres que sofreram abuso durante a gestação, foram mais susceptíveis a fazer uso de nicotina, álcool, medicamentos e usar de modo abusivo drogas ilícitas. O baixo status socioeconômico, baixo peso gestacional, alimentação inadequada, doenças sexualmente transmissíveis e morbidades psicológicas, foram consideradas variáveis significativas pela falta de suporte social na gestação, e foram identificadas como fatores de risco para o baixo peso ao nascimento (Murphy et al., 2001; Nunes et al., 2010).

1.9 Gestação e a esquizofrenia

Buscando uma comparação com os fatores de risco ambientais e o início precoce da esquizofrenia em sujeitos com e sem histórico familiar de esquizofrenia,

observou-se que as complicações obstétricas são consideradas um significativo fator de risco, (Jablensky et al., 2005), além da vulnerabilidade genética somada com os eventos da vida considerados estressantes (Scherr et al., 2012). Ainda porém, não há uma verdade sobre um específico efeito das exposições ambientais neste período (gestação) para o desenvolvimento da esquizofrenia na fase adulta (Van Os et al., 2010).

A exposição aos eventos de vida estressantes durante a gestação, têm sido associados com a probabilidade maior do aparecimento tardio nos descendentes, da esquizofrenia (alteração hormonal que influencia a formação fetal) podendo ser observada na criança desde pequena (5 anos de idade) através da manifestação de problema de comportamento, como por ex. comportamento antissocial, desatenção e hiperatividade podendo favorecer, indiretamente, o surgimento das experiências psicóticas mais tarde, sugerindo o *continuum* para o transtorno psicótico, através da interação com o ambiente (Polanczyk et al., 2010; Betts et al., 2014).

O estudo de Jablensky (2005) que ocorreu na Austrália Ocidental, com características demográficas importantes (1,7 milhão de habitantes, com baixa taxa de imigração, considerada uma população saudável em relação às taxas de mortalidade infantil, perinatal e materna), comparou todas as mulheres com diagnóstico para esquizofrenia ou transtorno afetivo (depressão unipolar e transtorno bipolar) que deram à luz na Austrália Ocidental entre 1980-1992, com as que não apresentaram nenhum transtorno psiquiátrico e que também deram à luz neste período.

Em relação às complicações na gestação, início do trabalho de parto e nascimento, comparando os grupos das mulheres com esquizofrenia com o das mulheres com transtorno bipolar, observou-se que foi significativamente mais provável que estas de ambos os grupos, apresentassem anormalidades na placenta, hemorragias antes do parto e efeitos por toxicidade por uso de drogas ilícitas, tabaco e álcool (Jablensky et al., 2005).

Durante o trabalho de parto, todos os três grupos de diagnóstico apresentaram experiência de sofrimento fetal (significante em mães com esquizofrenia). Além do

mais, um dos resultados, revelou que as mulheres que tiveram o início da esquizofrenia antes do nascimento da criança, apresentaram um resultado significativamente maior para experienciar sérias complicações obstétricas (OR = 1.13; IC 95% = 1.01-1.27), enquanto que mulheres com início depois do nascimento, não tiveram grande risco em comparação com o grupo anterior (OR = 0.94; IC 95% = 0.80-1.09) (Jablensky et al. 2005).

Uma questão importante que não pode ser negligenciada é a ideia amplamente aceita de que os sintomas psicóticos são o ponto final da trajetória do desenvolvimento anormal, sendo relativamente influenciados por grandes déficits cognitivos pensados para serem um indicativo de comprometimento neuropsicológico, e que também são diagnosticamente não específicos, sugerindo que a adversidade de experiências pessoais pode desempenhar uma importante função (Bentall R P. & Fernyhough C., 2008, Polanczyk et al. 2010).

O principal objetivo desta coorte foi acompanhar o desenvolvimento emocional inicial e de uma amostra de 900 crianças e suas mães provenientes de uma região de risco social alto. Neste sentido, o estudo sobre a prevalência das experiências psicóticas (EPs) na gestação e da sua validade de constructo foi desenvolvido em busca de maior entendimento sobre a trajetória dos transtornos psiquiátricos e, em especial, à psicose.

OBJETIVOS

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Investigar a prevalência e avaliar a validade de construto de experiências psicóticas na gestação em uma amostra comunitária urbana.

2.2 Objetivos específicos

Estimar a prevalência de experiências psicóticas no período gestacional;

Identificar os fatores de risco sócio demográficos e ambientais associados às experiências psicóticas no período gestacional;

Avaliar a associação entre experiências psicóticas na gestação e os dados do nascimento.

Avaliar a associação entre experiências psicóticas no período gestacional e história familiar de transtornos psiquiátricos;

Avaliar a associação entre experiências psicóticas e demais transtornos psiquiátricos no presente e ao longo da vida.

HIPÓTESES

3 Hipóteses

A prevalência de experiências psicóticas no período gestacional é maior do que a encontrada em outros momentos do desenvolvimento.

Fatores de risco sociais, educacionais e familiares encontrados em estudos prévios, serão consistentemente associados a experiências psicóticas no período gestacional;

Experiências psicóticas no período gestacional estarão associadas a história familiar de transtornos psiquiátricos graves, como transtornos psicóticos e transtorno afetivo bipolar;

Experiências psicóticas estarão associadas a história de transtornos psiquiátricos graves, como transtornos psicóticos e transtorno afetivo bipolar.

MÉTODOS

4 Métodos

4.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo de coorte , com início em julho de 2010 e término em dezembro de 2014, sendo que no presente estudo, a coleta de dados ocorreu em quatro momentos distintos, sendo o primeiro momento considerado T0 (terceiro trimestre da gestação) seguidos depois por T1 (2 meses após o parto), para coleta de informações neonatais; T3 (9 meses após o parto) para aplicação da escala de inteligência e T5 (18 meses após o parto) para coleta das informações referentes ao histórico familiar para transtornos mentais.

4.2 Amostra

Foram selecionadas no total cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) que faziam parte do Projeto Região Oeste (Vila Dalva, Jd. Boa Vista, Jd. Abril, Jd. Jaqueline e São Jorge) localizadas no distrito do Butantã, considerada uma área de grande vulnerabilidade social no município de São Paulo, sob a administração da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FFM-FMUSP). Como as UBSs estudadas apresentam a Estratégia de Saúde da Família, a cobertura de pré-natal nesses bairros é alta, chegando inclusive às mães mais vulneráveis.

Seleção da amostra

A composição da amostra ocorreu através da identificação e abordagem das cinco primeiras gestantes que apareciam por semana em cada UBS, que estivessem entre a 26^a e 34^a semanas de gestação (3º trimestre) para consulta ou por qualquer outra razão (ex. acompanhante de um familiar, busca de medicamento, marcação de consulta), desde que realizassem o pré-natal na UBS em que foram abordadas e que aceitassem participar do estudo (julho/2010 a dezembro/2012). Foram incluídas 900 gestantes.

Cálculo do tamanho amostral

O objetivo principal do estudo (prevalência de Experiências Psicóticas - EPs), guiou o cálculo do tamanho amostral. Supondo uma prevalência de experiência psicóticas equivalente a 8% na população em geral (Van Os, et al. 2009), para uma precisão de 2% e um intervalo de confiança de 95%, seriam necessárias 707 gestantes.

4.3 Critérios de inclusão

Como critério de inclusão, a gestante deveria morar na região, estar entre a 26ª e 34ª semanas de gestação (3º trimestre), estar realizando o pré-natal na Unidade de Saúde em que fora encontrada, e aceitar participar do estudo lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Critério de exclusão

O critério de exclusão adotado foi gestantes consideradas de risco, que portanto eram encaminhadas para o acompanhamento do pré-natal no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da USP.

4.5 Procedimentos Éticos

Este projeto de pesquisa é um subprojeto do Projeto 9 do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para crianças e adolescentes (INPD) - Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: Interação Gene-Ambiente e a Conectividade Neuronal, aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo de Pesquisa nº. 0054/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMSSP), no parecer nº 122/10.

4.6 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos utilizados foram aplicados por psicólogos devidamente treinados pelos coordenadores do estudo, incluindo psiquiatras e um pediatra epidemiologista. Após a realização do treinamento para aplicação dos instrumentos, foi dado início à realização das entrevistas com as gestantes, imediatamente após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

As entrevistas iniciais ocorreram nas UBSs, com duração média em torno de 30 a 60 min. As entrevistas posteriores foram realizadas nas UBSs e nas casas das gestantes, conforme a necessidade.

Medidas de fatores de risco

A descrição do perfil sociodemográfico da população estudada, foi obtida através de:

1) Questionário Socioeconômico (QSE): questionário desenvolvido e usado em estudo epidemiológico (2001) na cidade de Taubaté (cone leste paulista) para avaliação de fatores de risco (Goodman et al., 2007). (ANEXO B)

2) Densidade demográfica (DM) – cujo objetivo foi verificar o nº de moradores/nº de cômodos da casa

3) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, classificando a população em classes econômicas e não mais em classes sociais (2012).

4) Medidas de fatores de risco (FR) – levantamento breve sobre os sentimentos e comportamentos de risco das gestantes. (ANEXO C)

5) Associação de fatores biológicos: The Family History Screen (FHS) - História da Família para avaliação de Transtornos Mentais (Weissman MM. et al.2000) Este instrumento coleta informações sobre 15 transtornos psiquiátricos e comportamento suicida em informantes e seus parentes de primeiro grau. Uma vez que cada pergunta é feita apenas uma vez sobre todos os membros da família como

um grupo, o tempo de administração é de 5 a 20 minutos, dependendo do tamanho da família e da doença. O FHS representa uma coleta breve do histórico psiquiátrico ao longo da vida do informante e/ou de seus parentes de primeiro grau. Sua validade é melhor demonstrada através da Depressão Maior (EDM), dos Transtornos de Ansiedade (TA), Dependência de Substâncias (álcool e drogas), e tentativa de suicídio. Ele não substitui um histórico familiar longo se maiores detalhes diagnósticos forem necessários. (ANEXO D)

6) WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Trata-se de uma entrevista dividida em 12 sessões.

No presente estudo foram utilizadas sessões que se referem ao relacionamento com o parceiro (anterior e atual) abordando questões sobre violência psíquica, física e sexual; violência física na gestação, pelo parceiro ou pai da criança; e outras experiências de violência causadas por outras pessoas (não-parceiro) ao longo da vida. (ANEXO E)

7) WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para adultos, terceira edição.

Trata-se de um instrumento clínico de aplicação individual para avaliação da capacidade intelectual de adultos na faixa etária entre 16 e 89 anos. É composto por 14 subtestes, cada um medindo um aspecto diferente da inteligência. O WAIS-III fornece os três escores de QI tradicionais – verbal, de execução e total – além de quatro escores de índices fatoriais – compreensão, verbal, organização perceptual, memória operacional e velocidade de processamento.

8) Histórico Obstétrico e estressores durante a gestação.(ANEXO F)

9) Dados do nascimento (lactente) - condições do nascimento quanto à prematuridade, peso e medidas (cm) e apgar 1º e 5º minutos.

Avaliação de experiências psicóticas

O diagnóstico dos transtornos psiquiátricos nas gestantes, incluindo o Transtorno Psicótico, foi feita através da aplicação do instrumento de entrevista diagnóstica estruturada MINI International Neuropsychiatric Interview – M.I.N.I

(Amorim, 2000), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. A aplicação do instrumento foi realizada por psicólogos treinados. Trata-se de uma entrevista diagnóstica breve (15 a 20 min), com um treinamento rápido de 1 a 3 horas

Os transtornos que fazem parte dessa entrevista são: Episódio Depressivo Maior; Episódio Depressivo Maior com característica melancólicas; Transtorno Distímico; Risco de suicídio; Episódio Maníaco e Episódio Hipomaníaco; Transtorno de Pânico; Agorafobia; Fobia social; Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT); Dependência de Álcool; Abuso de Álcool; Dependência de substância (não álcool); Abuso de substância (não álcool); Síndrome Psicótica; Transtorno do Humor com características psicóticas; Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e Transtorno de Personalidade anti-social.

As narrativas em resposta a sessão (L) específicas para medida do transtorno psicótico foram revisadas por um psiquiatra clínico, sem conhecimento sobre outras informações clínicas ou demográficas do indivíduo (ANEXO G).

A revisão clínica teve um caráter conservador e foi baseada nas narrativas dos sintomas psicóticos registradas pelos entrevistadores, diante de uma resposta “SIM” para o sintoma investigado. Com isso, procurou-se investigar os casos com evidência de transtorno psicótico clínico.

As situações em que as narrativas sobre as experiências psicóticas tinham conteúdos hipnagógicos, hipnopômnicos ou ainda relacionadas com crenças religiosas ou induzidas pelo consumo direto de drogas ou álcool foram excluídas e não consideradas EPs.

Os questionários que não possuíam dados suficientes (anotação de relatos específicos que não caracterizassem a experiência psicótica) foram considerados negativos.

4.7 Análise estatística

Toda a análise estatística foi realizada no software STATA v. 13.

Inicialmente foi realizada análise descritiva para determinar a proporção de cada tipo de EPs. Em seguida, avaliou-se a distribuição do número de EPs na nossa amostra através de tabulação e construção de histograma do número de EPs para cada indivíduo. A partir dessa distribuição, definimos uma variável binária para a presença de pelo menos uma EP.

Prosseguiu-se então para a análise da relação entre a presença de pelo menos uma EP e as demais variáveis do estudo. Para variáveis categóricas utilizou-se tabulação cruzada e Teste Chi Quadrado (χ^2 , ou Teste Exato de Fisher). Para variáveis contínuas, foi aplicado inicialmente Teste de Comparação de Variância (*Variance-Comparison test*) para definir se existia diferença de variância estatisticamente significativa entre os grupos com e sem EPs. Para variáveis sem diferença de variância entre os grupos, aplicou-se o Teste t de Student para duas amostras de variâncias iguais (*Two-sample t test with equal variances*). Para variáveis com diferença de variância entre os grupos, aplicou-se o Teste t de Student para duas amostras de variâncias desiguais (*Two-sample t test with unequal variances*), o qual utiliza a correção de Satterthwaite nos graus de liberdade. Considerando a forte associação entre EPs e psicopatologia em geral identificada neste estudo, todas as análises investigando a associação entre EPs e fatores de risco e desfechos ao nascimento foram repetidas excluindo indivíduos com qualquer psicopatologia comórbida.

RESULTADOS

5 Resultados

5.1 Análises descritivas

A amostra foi constituída por 900 mulheres que estavam no terceiro trimestre de gestação, moradoras da região oeste e faziam pré-natal nas UBSs selecionadas no presente estudo, sendo que deste total ($N = 900$), 173 relataram algum tipo de EP: 93 (10.33%) descreveram experiências de alucinações visuais, 69 (7.67%) descreveram alucinações auditivas, 45 (5%) apresentaram pensamentos delirantes, 11 (1.22%) apresentaram irradiação de pensamento, 19 (2.11%) apresentaram intrusão de pensamento e apenas 3 (0.33%) apresentaram alucinação tátil, a qual foi relatada de modo espontâneo durante o curso da entrevista (Ver Tabela 1).

Dada a distribuição do número de EPs na nossa amostra (Ver Figura 2), optou-se por utilizar uma variável binária referente à presença de pelo menos uma EP, avaliando sua relação com fatores de risco sociodemográficos, socioeconômicos, transtornos mentais (diagnosticados durante a entrevista), histórico obstétrico, estressores durante a gravidez (incluindo relacionamento com o parceiro e sentimento em relação à gravidez), uso de tabaco e álcool durante a gestação, violência doméstica, avaliação da capacidade intelectual (cognição) da gestante e histórico familiar de transtornos mentais. Foram analisados também os dados referentes ao nascimento da criança, buscando uma validação dos efeitos da condição de vida da gestante no infante.

Figura 2 - Distribuição do número de EPs na amostra.

Tabela 1 – Questões utilizadas para avaliação de experiências psicóticas, exemplos de respostas das participantes e frequência na amostra*.

	Modelo de respostas	N (%)
Alucinação visual		93 (10.33)
Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	<p>“Via vultos”.</p> <p>“Via sombras passando na casa da mãe”.</p> <p>“Vi o padraço do marido que já morreu”.</p> <p>“Tinha sombras a seguindo em casa”.</p> <p>“Vejo vulto de criança correndo de lá pra cá”.</p> <p>“Via um homem saindo e entrando da televisão, quando tinha medo de escuro”.</p> <p>“Vultos na época em que passou dificuldades”.</p> <p>“Viu o bebê que ainda estava na sua barriga”.</p> <p>“Viu a mãe flutuando ao seu lado com chamas e uma carta de baralho”.</p> <p>“Um pouco antes do pai falecer, viu uma imagem preta rindo para ela.”</p>	
Alucinação Auditiva		69 (7.67)
Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como por ex. vozes? Estas vozes comentavam seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	<p>“Após o falecimento do pai a imagem voltou e disse: Eu tentei te avisar”.</p> <p>“Ficam me chamando”.</p> <p>“Ouço mensagens como se fosse Deus falando comigo”.</p> <p>“O padraço do marido, já falecido falava com ela”.</p> <p>“Ouve choro de crianças”.</p> <p>“As bonecas da irmã falavam para ela não ficar perto da irmã, porque senão as bonecas fariam mal a ela”.</p> <p>“Ouvii uma mulher falar um monte de coisas para ela, para ter cuidado, não fazer mal para as pessoas, dar conselhos e avisar as coisas que vão acontecer”.</p> <p>“Logo no tempo que o tio faleceu, ouviu chamarem o apelido dela algumas vezes, perguntando: - Você já não morreu? ... e as vozes paravam”.</p> <p>“Faz isso ou aquilo- voz de uma mulher, e quando fica nervosa, a voz diz:- Você fez certo”.</p> <p>“A boneca da filha começou a falar com ela e a chama-la de mamãe; a boneca estava sem pilha”.</p>	

*Valor total de indivíduos com pelo menos uma experiência psicótica: n=173.

Tabela 1 – Continuação*.

	Modelo de respostas	N (%)
Pensamentos delirantes		45 (5)
Alguma vez acreditou que alguém o (a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal?	<p>“Tenho a sensação de alguém está me vigiando a noite, às vezes estou deitada e tenho essa sensação”.</p> <p>“Sempre alguém me seguindo, mas não era nada. As pessoas achavam estranho eu falar isso”.</p> <p>“Os vizinhos falam mal do meu corpo enquanto tomo banho. Dizem que minha vagina e meus cabelos são feios”.</p> <p>“A noite tem a sensação de que alguém a está espionando”.</p> <p>“Sentia alguém dentro de casa, sempre que estava sozinha”.</p> <p>“O vizinho furou a parede para ficar vigiando ela”.</p> <p>“Quando tomava banho, acreditava que a espionavam”.</p>	
Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da TV, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	<p>“Recebia mensagens da TV para ela não se sentir tão humilhada, pois estava na casa do irmão”.</p> <p>“Aconteceu uma coisa no momento em que queria passar na faculdade, alguém disse: - Você vai passar na prova hoje! Achou estranho e desligou a TV”.</p>	
Irradiação de pensamento		11 (1.22)
Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir o pensamento de outras pessoas?	<p>“Conseguia ler os pensamentos do marido”.</p> <p>“Mudo meus pensamentos com medo que meu marido possa lê-los”.</p> <p>“As vezes as pessoas ficam olhando para ela e parece que sabem o que ela está pensando. Como agora, minha mãe parece que sabe o que estou pensando”.</p>	
Intrusão de pensamento		19 (2.11)
Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram seus ou o (a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava sendo possuído(a)?	<p>“Diabo (toma remédio) X Deus (não toma remédio). Era uma contradição entre os dois para tentar fazer com que eu não me matasse naquela época (15 anos de idade)”.</p> <p>“Já esteve possuída no dia do suicídio”.</p> <p>“Uma voz entrando na mente e falando para ela se jogar. Foi quando terminou o namoro”.</p> <p>“Já quis matar e beber o sangue do filho mais velho (até começar a ir para a Igreja)”.</p>	
Alucinação tátil		3 (0.33)
	“Homem de preto tentando enforcá-la (isso aconteceu várias vezes no dia e há um tempo atrás)”.	

*Valor total de indivíduos com pelo menos uma experiência psicótica: n=173

5.2 Fatores de risco constitutivos e sociodemográficos (Ver Tabela 2)

A idade média das gestantes entrevistadas foi de 25.55 anos (DP = 6.30). Idade mostrou uma diferença estatisticamente significativa com EP ($\chi^2 = 11.7208$; df = 5; $p = 0.039$), sendo que a idade acima de 25 anos mostrou-se como um fator protetor, com menores porcentagens de gestantes que apresentaram pelo menos uma EP nos grupos entre 25 e 29 anos (15.03%), entre 29 e 35 anos (16.76%) e acima de 35 anos (8.67%) comparado com o grupo que não apresentou nenhuma experiência psicótica (19.39%, 22.01% e 11.83%, respectivamente). Faixas etárias abaixo de 25 anos apresentaram maior proporção de gestantes com pelo menos uma EP: em menores de 18 anos, 23 (13.29%) apresentaram EP e 57 (7.84%) não apresentaram; entre 18 e 21 anos, 37 (21.39%) apresentaram EP e 117 (16.09%) não apresentaram; entre 21 e 25 anos, 43 (24.86%) apresentaram EP e 166 (22.83%) não apresentaram.

O estado civil também mostrou uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 17.0053$; df = 6; $p = 0.009$). A maioria das gestantes era amasiada (N=423), das quais 332 (45.67%) não relataram nenhuma EP e 91 (52.60%) apresentaram pelo menos uma EP. As solteiras representaram um N = 235, em que 186 (25.58%) não tiveram relatos de EP e 49 (28.32%) apresentaram pelo menos uma EP. As casadas (N=182) sem relatos de EP corresponderam a 164 (22.56%) e 18 (10.40%) apresentaram pelo menos uma EP. Das gestantes em união estável (N = 48), 13 (7.51%) apresentaram EP e 35 (4.81%) não apresentaram. Em relação às separadas, em menor número (N=5), 3 (0.41%) não apresentaram EP e 2 (1.16%) apresentaram pelo menos uma EP. As divorciadas (N = 5) e viúvas (N = 2) não relataram nenhuma EP.

Em relação à raça, os resultados mostraram apenas tendência à significância ($\chi^2 = 7.75$; df = 3; $p = 0.051$). A raça parda predominou (N = 385), onde 310 (44.10%) não relataram nenhuma EP e 75 (44.38%) apresentaram pelo menos uma EP. Na raça branca (N = 325), 271 (38.55%) não relataram nenhuma EP e 54 (31.95%) relataram pelo menos uma EP. Na raça preta (N=148), 114 (16.22%) gestantes não relataram EP e 34 (20.12%) apresentaram ao menos uma EP. As raças amarela ou indígena (N = 14) apresentaram 8 (1.14%) sem EP e 6 (3.55%) com pelo menos um relato de EP.

Religião não apresentou associação significativa ($\chi^2 = 2.35$; $df = 2$; $p = 0.31$). A maioria da amostra ($N = 734$) era católica ou evangélica.

A escolaridade mostrou diferença estatisticamente significativa com EP ($\chi^2 = 10.26$; $df = 4$; $p = 0.036$). A maioria das gestantes do estudo estavam entre os níveis de ginásio completo e superior incompleto ($N = 703$). Entre as analfabetas ou com primário incompleto ($N = 21$), o resultado foi de 18 (2.48%) sem relato de EP e 3 (1.73%) com pelo menos uma EP. Entre as mulheres com primário completo ou ginásio incompleto ($N = 149$), 111 (15.29%) não apresentaram relatos de EP, enquanto que 38 (21.97%) relataram pelo menos uma EP. Das gestantes com ginásio completo ou colegial incompleto ($N = 356$), 279 (38.43%) não apresentaram EP e 77 (44.51%) apresentaram pelo menos uma. Entre as mulheres com colegial completo ou superior incompleto ($N = 347$), 296 (40.77%) não apresentaram EP e 51 (29.48%) apresentaram pelo menos uma EP. No grupo de gestantes com ensino superior completo ($N = 26$), 22 (3.03%) não apresentaram nenhuma EP e 4 (2.31%) apresentaram ao menos uma.

Em relação à ocupação não se obteve resultados estatisticamente significativos ($\chi^2 = 4.30$; $df = 3$; $p = 0.230$). Pouco mais de um terço da amostra ($N = 371$) estava empregada; 357 estavam desempregadas e apenas 78 nunca trabalharam.

A naturalidade da gestante apresentou associação significativa ($\chi^2 = 9.3225$; $df = 4$; $p = 0.054$). A maioria era proveniente do município de São Paulo ($N = 503$), onde 393 (54.28%) não relataram nenhuma EP e 110 (64.71%) relataram pelo menos uma EP. Em seguida, encontram-se os migrantes da região norte ou nordeste ($N = 341$), com valores iguais a 293 (40.47%) para as mulheres que não apresentaram relatos de EP, e 48 (28.24%) em que houveram relatos de pelo menos uma EP. Entre as migrantes do Sudeste (exceto São Paulo capital) e Sul ($N = 44$), 33 (4.56%) não apresentaram EP e 11 (6.47%) apresentaram ao menos uma EP. Migrantes do Centro-Oeste eram minoria ($N = 5$), 4 (0.55%) não relataram EP e apenas uma (0.59%) apresentou EP. Apenas uma mulher provinha de outro país e não relatou EP.

O tempo da gestante em São Paulo apresentou associação significativa ($\chi^2 = 6.7481$; $df = 3$; $p = 0.080$). A maioria das mulheres nasceu em São Paulo ($N = 501$),

das quais 392 (54.67%) não relataram EP e 109 (65.27%) relataram ao menos uma EP. Das mulheres há mais de 5 anos em São Paulo (N = 265), 223 (31.10%) não apresentaram EP e 42 (25.15%) apresentaram ao menos uma. Das mulheres que vivem entre 1 a 5 anos em São Paulo (N = 95), 83 (11.58%) não relataram nenhuma EP e 12 (7.19%) relataram ao menos uma EP. Do grupo de mulheres há menos de um ano em São Paulo (N = 23), 19 (2.65%) não apresentaram nenhuma EP e 4 (2.40%) apresentaram ao menos uma EP.

O tipo de casa onde a gestante vivia mostrou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 14.7794$; $df = 3$; $p = 0.002$). As casas de alvenaria predominaram (N = 866); das mulheres que viviam nesse tipo de moradia, 707 (97.92%) não relataram EP e 159 (92.98%) apresentaram pelo menos uma EP. Para os outros tipos de casa, os valores não apresentaram significância estatística. Das gestantes que viviam em casa de madeira (N = 25), 14 (1.94%) não apresentaram EP e 11 (6.43%) apresentaram ao menos uma EP. Moradias de madeirite e outros tipos de casa representaram apenas uma gestante cada.

As mulheres que moram com o marido ou companheiro ($\chi^2 = 1.2171$; $df = 1$; $p = 0.270$) corresponderam à maioria da amostra e 535 (74.00%) não apresentaram relatos de EP, e 118 (69.82%) tiveram pelo menos uma EP. Em relação à ocupação do marido ($\chi^2 = 17.05$; $df = 3$; $p = 0.001$), em que a maioria estava empregado, os valores correspondentes foram de 626 (89.94%) e 139 (85.80%) para as mulheres que não apresentaram relatos de EP e para as que apresentaram pelo menos uma EP respectivamente. No que diz respeito à classificação socioeconômica, os resultados mostraram significância ($\chi^2 = 7.18$; $df = 1$; $p = 0.007$). As classes C, D e E totalizaram 734 mulheres, das quais 598 (81.02%) não relataram EP, enquanto que 155 (89.60%) relataram pelo menos uma EP. Das classes A e B (N = 156), 138 (18.98%) não apresentaram EP e 18 (10.40%) apresentaram ao menos uma EP.

A avaliação da capacidade intelectual (QI), medida através da Escala de Inteligência WAIS-III, correspondeu a um terceiro momento do acompanhamento das mulheres que foram incluídas no estudo (9 meses após o nascimento da criança), portanto o total da amostra foi menor (N= 517), correspondendo a uma perda de

42,56%. Não foi encontrada associação significativa entre QI e a presença de EP na gravidez ($t = -0.33$; $df = 515$, $p = 0.74$). (Ver Tabela 3)

Tabela 2 – Características constitutivas e sociodemográficas em mulheres com e sem EP*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Idade			11.7208 (5)	0.039
Menos de 18 anos	57 (7.84)	23 (13.29)		
Entre 18 e 21 anos	117 (16.09)	37 (21.39)		
Entre 21 e 25 anos	166 (22.83)	43 (24.86)		
Entre 25 e 29 anos	141 (19.39)	26 (15.03)		
Entre 29 e 35 anos	160 (22.01)	29 (16.76)		
Mais de 35 anos	86 (11.83)	15 (8.67)		
Estado civil			17.0053 (6)	0.009
Solteira	186 (25.58)	49 (28.32)		
Casada	164 (22.56)	18 (10.40)		
Separada	3 (0.41)	2 (1.16)		
Divorciada	5 (0.69)	0 (0)		
Viúva	2 (0.28)	0 (0)		
União Estável	35 (4.81)	13 (7.51)		
Amasiada	332 (45.67)	91 (52.60)		
Raça			7.75(3)	0.051
Branca	271 (38.55)	54 (31.95)		
Preta	114 (16.22)	34 (20.12)		
Parda	310 (44.10)	75 (44.38)		
Amarela ou indígena	8 (1.14)	6 (3.55)		
Religião			2.35(2)	0.31
Católica	390 (53.79)	82 (47.40)		
Evangélica	207 (28.55)	55 (31.79)		
Outras	128 (17.66)	36 (20.81)		
Escolaridade			10.26(4)	0.036
Analfabeta ou com primário incompleto	18 (2.48)	3 (1.73)		
Primário completo ou ginásio incompleto	111 (15.29)	38 (21.97)		
Ginásio completo ou colegial incompleto	279 (38.43)	77 (44.51)		
Colegial completo ou superior incompleto	296 (40.77)	51 (29.48)		
Superior completo	22 (3.03)	4 (2.31)		
Ocupação			4.30(3)	0.230
Empregada	312 (45.55)	59 (37.11)		
Desempregada há menos de 12 meses	230 (33.58)	62 (38.69)		
Desempregada há mais de 12 meses	81 (11.82)	24 (15.09)		
Nunca trabalhou	62 (9.05)	14 (8.81)		
Naturalidade			9.3225 (4)	0.054
São Paulo	393 (54.28)	110 (64.71)		
Norte ou Nordeste	293 (40.47)	48 (28.24)		
Sudeste (exceto SP) ou Sul	33 (4.56)	11 (6.47)		
Centro Oeste	4 (0.55)	1 (0.59)		
Outro país	1 (0.14)	0 (0)		

Tabela 2 – Continuação*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Tempo mãe em SP			6.7481 (3)	0.080
Nascida	392 (54.67)	109 (65.27)		
Menos de 1 ano	19 (2.65)	4 (2.40)		
Entre 1 e 5 anos	83 (11.58)	12 (7.19)		
Mais de 5 anos	223 (31.10)	42 (25.15)		
Tipo de casa			14.7794(3)	0.002
Alvenaria	707(97.92)	159(92.98)		
Madeira	14(1.94)	11(6.43)		
Madeirite	0(0.00)	1(0.58)		
Outros	1(0.14)	0(0.00)		
Mora com marido			1.2171(1)	0.270
Não	188(26.0)	51(30.18)		
Sim	535(74.00)	118(69.82)		
Ocupação pai			17.05(3)	0.001
Empregado	626(89.94)	139(85.80)		
Desempregado há menos de 12 meses	55 (7.90)	11 (6.79)		
Desempregado há mais de 12 meses	14 (2.01)	8 (4.94)		
Nunca trabalhou	1 (0.14)	4 (2.47)		
ABEP			7.18(1)	0.007
Classe CDE	589(81.02)	155(89.60)		
Classe AB	138(18.98)	18(10.40)		

*Respostas válidas entre 841-900.

Tabela 3 – Perfil da capacidade intelectual das gestantes com e sem EP**.

	Sem EP N (%)	Com EP N (%)	Sem EP Média (DP)	Com EP Média (DP)	Sem EP (IC 95%)	Com EP (IC 95%)	t (df)	p-value
WAIS – Índices Fatoriais	412 (79.69)	105 (20.30)	89.98 (10.19)	90.36 (11.01)	88.99-90.97	88.22-92.49	-0.33 (515)	0.74

**517 respostas válidas.

5.3 Transtornos mentais (ver tabela 4)

Em relação à presença de transtornos mentais, identificados através do MINI durante a entrevista, muitos mostraram relação significativa com a presença de EP na gravidez. Episódio depressivo, episódio depressivo recorrente, risco de suicídio moderado ou alto, dependência de álcool, síndrome psicótica atual, síndrome psicótica ao longo da vida e transtorno de personalidade antissocial ao longo da vida apresentaram valor de $p < 0.001$. Episódio maníaco ou hipomaníaco ($p = 0.009$), risco de suicídio baixo ($p = 0.001$), transtorno de ansiedade ($p = 0.001$), transtorno obsessivo-compulsivo ($p = 0.013$), transtorno de estresse pós-traumático ($p = 0.006$), dependência de substâncias ($p = 0.005$) também apresentaram associação significativa. Os transtornos alimentares foram os únicos que não apresentaram associação significativa com EP ($p = 0.873$).

Tabela 4 – Frequência de transtornos mentais diagnosticados pelo M.I.N.I durante o terceiro trimestre de gestação nos grupos de mulheres com e sem sintomas psicóticos*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Episódio depressivo	170 (23.38)	75 (43.35)	28.13 (1)	<0.001
Episódio depressivo recorrente	100 (13.76)	50 (28.90)	23.08 (1)	<0.001
Mania/Hipomania	49 (6.75)	22 (12.72)	6.84 (1)	0.009
Risco Suicídio baixo	93 (12.79)	40 (23.12)	11.84 (1)	0.001
Risco Suicídio moderado	8 (1.10)	10 (5.78)	15.62 (1)	<0.001
Risco Suicídio alto	31 (4.26)	25 (14.45)	24.85 (1)	<0.001
Transtorno de Ansiedade	215 (29.70)	75 (43.35)	11.90 (1)	0.001
Transtorno Obsessivo Compulsivo	27 (3.71)	14 (8.09)	6.16 (1)	0.013
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	17 (2.34)	11 (6.36)	7.49 (1)	0.006
Dependência de Álcool **	12 (1.65)	11 (6.36)	12.43 (1)	<0.001
Dependência de Substâncias**	14 (1.93)	10 (5.78)	7.99 (1)	0.005
Síndrome Psicótica	2 (0.28)	27 (15.61)	105.34 (1)	<0.001
Síndrome Psicótica ao longo da vida	18 (2.48)	62 (35.84)	192.06 (1)	<0.001
Transtornos alimentares**	5 (0.69)	1 (0.58)	0.03 (1)	0.873
Transtorno de Personalidade Antissocial ao longo da vida	10 (1.38)	10 (5.78)	12.48 (1)	<0.001

*Respostas válidas entre 896-900. **Na amostra não houve nenhum caso positivo para os diagnósticos de abuso de álcool ou substâncias nem anorexia nervosa.

5.4 Histórico obstétrico (Ver tabela 5)

Em relação ao número de gestações, incluindo a atual, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 11.7533$; $df = 3$; $p = 0.008$). Pouco mais de um terço da amostra estava na primeira gestação ($N = 383$), das quais 315 (43.39%) não apresentaram nenhuma EP, enquanto que 68 (39.31%) apresentaram pelo menos uma EP. No grupo de mulheres que estavam na segunda gestação ($N = 250$), 202 (27.82%) não apresentaram EP e 48 (27.75%) apresentaram ao menos uma EP. Das mulheres que estavam na terceira gestação ($N = 137$), 118 (16.25%) não relataram EP e 19 (10.98%) relataram pelo menos uma. No grupo com mais de 3 gestações ($N = 129$), 91 (12.53%) não apresentaram nenhuma EP e 38 (21.97%) apresentaram ao menos uma EP.

O número de partos normais ($\chi^2 = 2.6541$; $df = 2$; $p = 0.265$), partos cesáreos ($\chi^2 = 0.8159$; $df = 2$; $p = 0.665$), abortos ($\chi^2 = 0.8309$; $df = 2$; $p = 0.660$), filhos nascidos vivos ($\chi^2 = 1.2371$; $df = 2$; $p = 0.539$) e filhos vivos atuais ($\chi^2 = 1.2926$; $df = 2$; $p = 0.524$) não demonstraram uma diferença estatisticamente significativa com EP. Por outro lado, o número de filhos nascidos mortos mostrou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 12.8305$; $df = 2$; $p = 0.002$). O grupo de mulheres com nenhum filho nascido morto foi a grande maioria ($N = 876$), das quais 714 (98.35%) não relataram EP e 162 (94.19%) relataram ao menos uma EP. Das mulheres com histórico de um filho nascido morto ($N = 18$), 11 (1.52%) não apresentaram EP, enquanto 7 (4.07%) apresentaram ao menos uma. Dentre as que tinham histórico de 2 ou mais filhos nascidos mortos ($N = 4$), 1(0.14%) não relatou EP e 3 (1.74%) relataram ao menos uma EP.

Tabela 5 – Histórico obstétrico*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Número de gestações**			11.7533 (3)	0.008
Uma	315 (43.39)	68 (39.31)		
Duas	202 (27.82)	48 (27.75)		
Três	118 (16.25)	19 (10.98)		
Quatro ou mais	91 (12.53)	38 (21.97)		
Partos normais			2.6541 (2)	0.265
Nenhum	462 (63.72)	97 (57.06)		
Um	144 (19.86)	39 (22.94)		
Dois ou mais	119 (16.41)	34 (20.00)		
Partos cesáreos			0.8159 (2)	0.665
Nenhum	585 (80.69)	132 (77.65)		
Um	113 (15.59)	31 (18.24)		
Dois ou mais	27 (3.72)	7 (4.12)		
Abortos			0.8309 (2)	0.660
Nenhum	599 (82.39)	138 (79.77)		
Um	106 (14.58)	30 (17.34)		
Dois ou mais	22 (3.03)	5 (2.89)		
Filhos nascidos mortos			12.8305 (2)	0.002
Nenhum	714 (98.35)	162 (94.19)		
Um	11 (1.52)	7 (4.07)		
Dois ou mais	1 (0.14)	3 (1.74)		
Filhos nascidos vivos			1.2371 (2)	0.539
Nenhum	351 (48.28)	76 (43.93)		
Um	218 (29.99)	54 (31.21)		
Dois ou mais	158 (21.73)	43 (24.86)		
Filhos vivos atuais			1.2926 (2)	0.524
Nenhum	352 (48.42)	75 (43.60)		
Um	220 (30.26)	57 (33.14)		
Dois ou mais	155 (21.32)	40 (23.26)		

*Respostas válidas entre 895-900. **Incluindo gestação atual.

5.5 Estressores durante a gravidez (Ver Tabela 6)

O tempo de relacionamento com o parceiro não demonstrou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 7.5956$; $df = 4$; $p = 0.108$). Por outro lado, os sentimentos em relação à gravidez ($\chi^2 = 19.3579$; $df = 4$; $p = 0.001$), mostraram diferença estatisticamente significativa com EP. Dentre as mulheres que relataram sentimentos positivos ($N = 403$), 344 (47.45%) não apresentaram EP e 59 (34.30%) apresentaram ao menos uma EP. No grupo que relatou estresse passageiro ($N = 206$), 165 (22.76%) não relataram EP e 41 (23.84%) relataram pelo menos uma. Dentre aquelas que relataram estresse moderado ($N = 105$), 81 (11.17%) não apresentaram EP enquanto que 24 (13.95%) apresentaram ao menos uma EP. No grupo que relatou estresse significativo a ponto de considerar aborto ($N = 183$), 135 (18.62%) não apresentaram EP e 48 (27.91%) apresentaram pelo menos uma EP. Em relação ao fumo atual, obteve-se diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 12.0519$; $df = 3$; $p = 0.007$). 736 mulheres nunca fumaram, das quais 609 (84.00%) não relataram EP e 127 (73.41%) relataram ao menos uma EP. 12 mulheres fumaram uma ou duas vezes durante a gestação, das quais 10 (1.38%) não apresentaram EP e 2 (1.16%) apresentaram pelo menos uma EP. 31 mulheres fumaram “de vez em quando” durante a gravidez, das quais 23 (3.17%) não relataram EP e 8 (4.62%) relataram ao menos uma EP. 119 mulheres fumaram quase todos os dias da gestação, das quais 83 (11.45%) não apresentaram EP e 36 (20.81%) apresentaram pelo menos uma EP. Consumo de cigarro no 1º trimestre ($\chi^2 = 7.2150$; $df = 1$; $p = 0.007$), 2º trimestre ($\chi^2 = 9.8821$; $df = 1$; $p = 0.002$), 3º trimestre ($\chi^2 = 5.0986$; $df = 1$; $p = 0.024$) e fumo passivo durante a gestação ($\chi^2 = 20.3625$; $df = 1$; $p < 0.001$) também mostraram associação significativa com EP.

Em relação ao uso de bebida alcoólica durante a gestação, nem o uso atual ($\chi^2 = 26.842$; $df = 3$; $p = 0.443$) nem o uso no 3º trimestre ($\chi^2 = 1.8025$; $df = 1$; $p = 0.179$) mostraram diferença estatisticamente significativa com EP. O consumo de bebida alcoólica no 1º trimestre mostrou apenas tendência à significância ($\chi^2 = 3.7044$; $df = 1$; $p = 0.054$). O consumo de bebida alcoólica no 2º trimestre mostrou relação significativa com EP ($\chi^2 = 5.0720$; $df = 1$; $p = 0.024$). Das mulheres que

relataram consumo de álcool no 2º trimestre (N = 129), 95 (13.23%) não apresentaram EP e 34 (20.00%) apresentaram ao menos uma EP.

Tanto violência física ($\chi^2 = 34.0924$; $df = 1$; $p < 0.001$) quanto violência sexual ($\chi^2 = 10.4924$; $df = 1$; $p = 0.001$) mostraram associação significativa com EP na gravidez. Dentre as mulheres que relataram violência física (N = 281), 195 (26.82%) não apresentaram EP enquanto 86 (49.71%) apresentaram ao menos uma EP. Dentre as mulheres que relataram violência sexual (N = 75), 50 (6.88%) não apresentaram EP e 25 (14.45%) apresentaram pelo menos uma EP.

Tabela 6 – Estressores durante a gravidez*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Tempo de relacionamento			7.5956(4)	0.108
Menos de 1 ano	133 (18.37)	43 (25.15)		
De 1 a 5 anos	316 (43.65)	70 (40.94)		
De 5 a 10 anos	153 (21.13)	37 (21.64)		
Mais de 10 anos	105 (14.50)	15 (8.77)		
Sem relacionamento estável	17 (2.35)	6 (3.51)		
Sentimentos na gravidez			19.3579(4)	0.001
Sentimentos positivos	344 (47.45)	59 (34.30)		
Estresse passageiro	165 (22.76)	41 (23.84)		
Estresse moderado	81 (11.17)	24 (13.95)		
Estresse significativo/ considerou aborto	135 (18.62)	48 (27.91)		
Fumo atual			12.0519(3)	0.007
Não fuma/fumou	609 (84.00)	127 (73.41)		
1 ou 2 vezes na gestação	10 (1.38)	2 (1.16)		
De vez em quando	23 (3.17)	8 (4.62)		
Quase todos os dias	83 (11.45)	36 (20.81)		
Cigarro 1º trimestre			7.2150(1)	0.007
Não	617 (85.58)	132 (77.19)		
Sim	104 (14.42)	39 (22.81)		
Cigarro 2º trimestre			9.8821(1)	0.002
Não	645 (89.46)	138 (80.70)		
Sim	76 (10.54)	33 (19.30)		
Cigarro 3º trimestre			5.0986(1)	0.024
Não	666 (92.50)	149 (87.13)		
Sim	54 (7.50)	22 (12.87)		
Fumo passivo			20.3625(1)	<0.001
Não	510 (71.83)	88 (53.66)		
Sim	200 (28.17)	76 (46.34)		

*Respostas válidas entre 874-900.

Tabela 6 – Continuação*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi ² (df)	p-value
Bebida atual			26.842(3)	0.443
Não bebeu/ bebe	527 (72.59)	116 (67.05)		
1 ou 2 vezes na gestação	127 (17.49)	37 (21.39)		
De vez em quando	68 (9.37)	18 (10.40)		
Quase todos os dias	4 (0.55)	2 (1.16)		
Bebida 1º trimestre			3.7044(1)	0.054
Não	591 (82.31)	129 (75.88)		
Sim	127 (17.69)	41 (24.12)		
Bebida 2º trimestre			5.0720(1)	0.024
Não	623 (86.77)	136 (80.00)		
Sim	95 (13.23)	34 (20.00)		
Bebida 3º trimestre			1.8025(1)	0.179
Não	667 (93.03)	153 (90.00)		
Sim	50 (6.97)	17 (10.00)		
Violência Física			34.0924 (1)	<0.001
Não	532 (73.18)	87 (50.29)		
Sim	195 (26.82)	86 (49.71)		
Violência Sexual			10.4924 (1)	0.001
Não	677 (93.12)	148 (85.55)		
Sim	50 (6.88)	25 (14.45)		

*Respostas válidas entre 874-900.

5.6 Condições do nascimento (Ver Tabelas 7 e 8)

Os dados dessa seção foram coletados no 2º mês após o nascimento do bebê. Nenhuma das variáveis mostrou associação estatisticamente significativa com EP durante a gravidez.

A média de semanas de gestação foi 38.81 (DP = 1.70) para as mulheres sem relato de EP e 38.84 (DP = 1.90) para aquelas com pelo menos uma EP. A média do peso (kg) do filho ao nascer foi 3.22 (DP = 0.51) para as que não apresentaram EP e 3.18 (DP = 0.48) para as que apresentaram ao menos uma EP. A média do comprimento (cm) do filho ao nascer foi 48.19 (DP = 3.08) para as gestantes que não apresentaram EP e 47.88 (DP = 3.59) para as gestantes com pelo menos uma EP. A média do Apgar de 1º minuto foi de 8.54 (DP = 1.36) para mulheres sem EP e 8.5 (DP = 1.51) para mulheres com pelo menos uma EP. A média do Apgar de 5º minuto foi 9.55 (DP = 0.73) para as gestantes sem EP e 9.56 (DP = 0.83) para as gestantes com ao menos uma EP.

Tabela 7 - Condições do nascimento (dados colhidos 2 meses após o nascimento da criança)* - parte I.

	Sem EP N (%)	Com EP N (%)	Sem EP Média (DP)	Com EP Média (DP)	Sem EP IC 95%	Com EP IC 95%	t (df)	p-value
Semanas de Gestação	618 (80.47)	150 (19.53)	38.81(1.70)	38.84 (1.90)	38.67- 38.94	38.53- 39.14	-0.22 (766)	0.83
Peso ao nascimento (kg)	631 (80.59)	152 (19.41)	3.22 (0.51)	3.18 (0.48)	3.18-3.26	3.10-3.25	1.01 (781)	0.31
Medida ao nascimento (cm)	595 (81.17)	138 (5.18)	48.19 (3.08)	47.88 (3.59)	47.95- 48.44	47.28- 48.49	0.93 (186.587)	0.35
Apgar 1º min	567 (80.65)	136 (19.34)	8.54 (1.36)	8.5 (1.51)	8.43-8.66	8.24-8.75	0.34 (701)	0.74
Apgar 5º min	569 (80.70)	136 (5.11)	9.55 (0.73)	9.56 (0.83)	9.49-9.61	9.42-9.70	-0.09 (188.066)	0.93

*Respostas válidas entre 703-900.

Tabela 8 – Condições do nascimento (dados colhidos 2 meses após o nascimento da criança)* - parte II.

Dados do nascimento	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi 2 (df)	p-value
Sexo			0.0002(1)	0.988
Masculino	305 (47.96)	73 (48.03)		
Feminino	331 (52.04)	79 (51.97)		
Tipo parto			1.4978(1)	0.221
Normal	358 (56.38)	94 (61.84)		
Cesáreo	277 (43.62)	58 (38.16)		
Fórceps			0.0014(1)	0.970
Não	250 (78.86)	59 (78.67)		
Sim	67 (21.14)	16 (21.33)		
Gêmeo			0.7482(1)	0.387
Não	625 (98.43)	151 (99.34)		
Sim	10 (1.57)	1 (0.66)		
Chorou			2.8480(1)	0.091
Não	94 (15.24)	31 (20.95)		
Sim	523 (84.76)	117 (79.05)		
Prematuro			0.3940(1)	0.530
Não	587 (92.88)	138 (91.39)		
Sim	45 (7.12)	13 (8.61)		
Complicação no parto			0.1251(1)	0.724
Não	450 (82.12)	101 (83.47)		
Sim	98 (17.88)	20 (16.53)		
Alta hospitalar com a mãe			0.4305(1)	0.512
Não	99 (15.59)	27 (17.76)		
Sim	536 (84.41)	125 (82.24)		
Intercorrência no nascimento			1.65(1)	0.20
Não	421 (67.47)	91 (61.90)		
Sim	203 (32.53)	56 (38.10)		

*Respostas válidas entre 392-788.

5.7 Histórico familiar de transtorno mental – FHS (Ver Tabela 9)

Os dados dessa seção foram coletados 18 meses após o nascimento da criança.

Dos resultados apresentados nesta entrevista, foram selecionados os itens considerados de maior risco para avaliar a presença das EPs, e que foram positivados por algum membro da família em questão.

As questões que apresentaram diferença estatisticamente significativa com EPs, referem-se à presença de sintomas psicóticos ($\chi^2 = 15.0602$; $df = 1$; $p < 0.001$), comportamento antissocial ($\chi^2 = 7.1010$; $df = 1$; $p = 0.008$), comportamento disruptivo ($\chi^2 = 8.4856$; $df = 1$; $p = 0.004$), tentativa de suicídio ($\chi^2 = 22.9576$; $df = 1$; $p < 0.001$) e prejuízo funcional ($\chi^2 = 5.0348$; $df = 1$; $p = 0.025$). Uso de álcool e drogas ($\chi^2 = 1.5935$; $df = 1$; $p = 0.207$) e tratamento em saúde mental ($\chi^2 = 2.1980$; $df = 1$; $p = 0.138$) não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

Tabela 9 - FHS - Family History Screening*.

	Sem EP (n=727) N (%)	Com EP (n=173) N (%)	Chi² (df)	p-value
Sintomas psicóticos			15.0602 (1)	<0.001
Não	223 (72.64)	37 (49.33)		
Sim	84 (27.36)	38 (50.67)		
Álcool e outras drogas			1.5935 (1)	0.207
Não	113 (36.22)	22 (28.57)		
Sim	199 (63.78)	55 (71.43)		
Comportamento antissocial			7.1010 (1)	0.008
Não	177 (57.10)	30 (40.00)		
Sim	133 (42.90)	45 (60.00)		
Comportamento disruptivo			8.4856 (1)	0.004
Não	172 (56.21)	29 (37.66)		
Sim	134 (43.79)	48 (62.34)		
Alguém já tentou suicídio			22.9576(1)	<0.001
Não	272 (87.74)	50 (64.94)		
Sim	38 (12.26)	27 (35.06)		
Tratamento saúde mental			2.1980 (1)	0.138
Não	167 (54.22)	34 (44.74)		
Sim	141 (45.78)	42 (55.26)		
Prejuízo funcional			5.0348(1)	0.025
Não	249 (80.32)	52 (68.42)		
Sim	61 (19.68)	24 (31.58)		

*Respostas válidas entre 381-393.

5.8 Análises descritivas ajustadas para as comorbidades que poderiam explicar as EPs.

Seguindo a mesma linha de raciocínio feito anteriormente, em que fora verificada a frequência das EPs na amostra ($N = 900$) e ajustadas aos fatores de risco acima mencionados, foi realizada uma segunda análise, ajustando para as comorbidades que poderiam explicar as EPs. As comorbidades desconsideradas foram: EDM atual e recorrente, episódio hipomaníaco e maníaco atual, dependência de álcool e dependência de substâncias atual, síndrome psicótica atual e ao longo da vida, e transtornos do humor com características psicóticas atual e ao longo da vida, totalizando ($N = 324$) 36.4% da amostra.

Assim, sem as comorbidades, tivemos 575 mulheres gestantes, onde 51 apresentaram ao menos uma EP e 7 mulheres gestantes duas EPs, totalizando $N = 58$ (10.09%) com pelo menos uma EP.

Os resultados em relação às características sociodemográficas, que passaram a ter associação significativa foram a religião ($\chi^2 = 13.2913$; $df = 2$; $p = 0.001$) e a naturalidade da gestante ($\chi^2 = 12.9732$; $df = 4$; $p = 0.011$). Em relação à idade, ao estado civil, à escolaridade, e ao tipo de casa, estes deixaram de ter associação significativa, conforme demonstrado respectivamente ($\chi^2 = 8.1939$; $df = 5$; $p = 0.146$ / $\chi^2 = 8.0172$; $df = 6$; $p = 0.237$ / $\chi^2 = 6.0032$; $df = 4$; $p = 0.199$; $\chi^2 = 3.7188$; $df = 2$; $p = 0.156$).

No que diz respeito aos transtornos mentais diagnosticados pelo MINI, os transtornos de ansiedade ($\chi^2 = 0.9134$; $df = 1$; $p = 0.339$) e o TEPT ($\chi^2 = 0.2252$; $df = 1$; $p = 0.635$) deixaram de ter associação significativa. Para o transtorno de ansiedade $N = 130$, 114 (22.05%) não apresentaram relatos de EP e 16 (27.59%) apresentaram pelo menos uma EP. No caso do TEPT com $N = 2$, desse total, nenhuma apresentou relato de EP.

Em relação ao histórico obstétrico, deixaram de apresentar diferença estatisticamente significativa o número de gestações ($\chi^2 = 4.7372$; $df = 3$; $p = 0.192$) e o número de filhos nascidos mortos ($\chi^2 = 3.5945$; $df = 2$; $p = 0.166$).

Na análise relacionada ao estressores durante a gestação, deixaram de apresentar significância os sentimentos relacionados à gravidez ($\chi^2 = 3.9488$; $df = 3$; $p = 0.267$) e o fumo atual ($\chi^2 = 6.0181$; $df = 3$; $p = 0.111$). O uso do cigarro no primeiro, segundo e terceiro trimestre, respectivamente ($\chi^2 = 1.48989$; $df = 1$; $p = 0.222$ / $\chi^2 = 0.0001$; $df = 1$; $p = 0.991$ / $\chi^2 = 0.2708$; $df = 1$; $p = 0.603$), também deixaram de ter associação significativa.

O uso de bebida alcóolica apresentou associação significativa no que se refere ao uso atual ($\chi^2 = 8.6343$; $df = 3$; $p = 0.035$) e o uso da bebida no primeiro trimestre da gestação ($\chi^2 = 5.1805$; $df = 1$; $p = 0.023$), enquanto que o uso da bebida no segundo trimestre tendenciou a deixar de apresentar significância ($\chi^2 = 2.7144$; $df = 1$; $p = 0.099$).

Em relação às condições do nascimento, passou a ter associação significativa, somente o peso ao nascimento ($N = 494$) onde, 445 (90.08%) e média igual a 3.23 ($DP = 0.02$) não apresentaram nenhum relato de EP, e 49 (9.91%) e média igual a 3.06 ($DP = 0.07$) apresentaram pelo menos uma EP.

No histórico familiar deixou de apresentar significância o prejuízo funcional ($\chi^2 = 1.1319$; $df = 1$; $p = 0.287$).

DISCUSSÃO

6 Discussão

No presente estudo, buscamos estimar a prevalência e avaliar a validade de constructo de experiências psicóticas na gestação em uma amostra comunitária urbana. De acordo com as avaliações realizadas por meio do M.I.N.I. (Amorim, 2000) para identificação de EPs através do autorrelato das gestantes, a taxa de prevalência foi de 19.22%, confirmando a estimativa de que as EPs são frequentes durante a gestação e encontram-se em número maior que a estimativa para os transtornos psicóticos (Van Os, 2009).

Verificando os tipos mais frequentes de EPs relatadas neste estudo, as alucinações visuais e auditivas foram as mais comuns, seguidas pelos delírios, (considerados sintomas positivos característicos dos transtornos psicóticos). Estes eventos associam-se a outros transtornos, como depressivo e os transtornos de ansiedade (Krabbendam L, & Van Os J, 2005; Krabbendam et al., 2005), e ainda a situações mais graves, como por exemplo, exposição à uma situação de trauma e/ou violência (Bak et al., 2005).

A maioria das mulheres gestantes nasceram no município de São Paulo (cidade mais populosa do estado e do país, com 11.581.798 habitantes – Fundação SEADE, 2015), ficando expostas desde o nascimento ao ambiente urbano. Este por sua vez, é um ambiente que contribui para as desigualdades sociais, econômicas, e à facilidade de acesso às drogas, como cannabis (Van Os, 2004; Dominguez et al., 2010). Em consequência disso ou associado a estes aspectos, surgem dificuldades de relacionamentos familiares e exposição às situações de violência, gerando instabilidade emocional e afetando desta forma a saúde mental, e em especial, das mulheres gestantes, população especialmente vulnerável, podendo responder com diversas manifestações de psicopatologia, inclusive EPs (Spauwen et al., 2006). A interação entre os eventos de vida estressantes com a predisposição genética, possuem um impacto importante na manifestação das EPs. Estas manifestações clínicas indicam vulnerabilidade emocional e cognitiva, associadas transversalmente a diversos quadros psicopatológicos, que em um subgrupo de indivíduos pode

evoluir para um quadro psicopatológico mais grave, como a esquizofrenia (Scherr et al., 2012).

Somando-se a urbanicidade, outros fatores de risco sociodemográficos apontados na etiologia da esquizofrenia estiveram associados a EPs no presente estudo.

Entre eles, destacam-se gestantes jovens, nível de escolaridade, estado civil, tipo de moradia e classificação socioeconômica.

Existe uma concordância apontada nos estudos sobre a incidência das EPs na população em geral, onde a urbanicidade é um indicativo de efeito, porém não se descarta o efeito da influência genética (interação gene-ambiente) que tem o seu impacto diante de contínua e repetida exposição ao ambiente desde a infância até a adolescência, fazendo da urbanicidade um importante fator de risco sobre a esquizofrenia (Van Os, 2004; Krabbendam L, & Van Os J, 2005).

Em relação à idade, as mulheres gestantes que se encontravam abaixo dos 25 anos apresentaram maiores resultados nos relatos de pelo menos uma EP durante a entrevista. Nesta faixa etária, quando ocorrem processos específicos do desenvolvimento cerebral, há um maior consumo de cannabis, tabaco e bebida alcoólica, que elevam o risco de surgimento de psicopatologias (Rössler et al., 2007). Outro aspecto relevante é o impacto da vitimização, mais frequentemente vivenciado na adolescência, afetando o estado emocional com aparecimento da depressão e da ansiedade facilitando a procura pelo uso de substâncias, tanto lícitas, quanto ilícitas (Mackie et al, 2011).

Os fatores de risco relacionados ao status socioeconômico (predomínio das classes C,D e E), ao tipo de casa (maioria de alvenaria) e escolaridade, onde a maior parte possuía o ensino médio completo e superior incompleto (N=703), tiveram significância estatística para os resultados das EPs. No entanto, esses dados mostram que existe uma associação provável com a região em que residem (influência ambiental). As dificuldades socioeconômicas, as estruturas familiares, as necessidades de se adequar às adversidades da vida como um todo, moldam o comportamento e o estado emocional da população que reside na região metropolitana de São Paulo de modo geral.

A alta taxa de periculosidade, com forte influência do tráfico de drogas e sentimento constante de vulnerabilidade muito presente na região em que aconteceu o estudo, e a exposição frequente a essas situações de violência, aumentam os riscos para os transtornos mentais (Lund et al., 2010). Apesar das casas serem de alvenaria, muitas apresentam condições muito precárias (ver fotos ilustrativas nos anexos) e retratam a realidade a que a população estudada está exposta.

Em relação à raça, à naturalidade da gestante e tempo desta em São Paulo, houve uma associação significativa.

O estado civil mais evidente no presente estudo foi o amasiado (casal vive junto, porém não possui a união reconhecida judicialmente) que também teve significância para o resultado de EPs. Apesar da literatura apontar que a condição de solteira é a que possui maior peso no surgimento do sintoma psicótico, pode-se pensar na hipótese de uma provável insegurança na relação com o parceiro íntimo como um fator relevante, que somado aos demais aspectos psicossociais e ambientais relatados acima, favorece a vivência de uma situação de EPs. Segundo a OMS (2002), os estudos analisados ao redor do mundo mostraram que o perpetrador da violência afetando a mulher foi o parceiro íntimo em 69% das situações.

O grau de satisfação nas relações com os parceiros não foi avaliada, mas as mulheres gestantes que relataram terem sofrido algum tipo de violência física e sexual ao longo da vida, totalizaram 12.33% da nossa amostra.

O fato da mulher ter sofrido uma situação de violência e isso ter favorecido a presença da sintomatologia da depressão e ansiedade, e fazendo uma análise comparativa dos resultados em relação à porcentagem apresentada na nossa amostra, tanto de um quanto de outro, percebemos um equilíbrio nessa relação (12.33%, 13.88%, 8.33% respectivamente) podendo confirmar a hipótese apontada na literatura de que essa relação é verdadeira.

Pode ser discutida também a condição familiar herdada pelas mulheres estudadas, em que o estilo afetivo e da comunicação pode ser vago, fragmentado e contraditório, e o rompimento dessas relações pode ser de relevância para a

manifestação do sintoma psicótico, tanto de impacto clínico quanto subclínico (Bental RP & Fernyhough C, 2008).

Analisando o perfil do histórico familiar da saúde mental das gestantes em relação aos quadros de maior risco para o transtorno psicótico, tiveram maior significância aqueles que diziam respeito aos sintomas psicóticos e aqueles com tendência ao suicídio, seguidos pelos comportamentos antissociais e comportamentos disruptivos. Houve também significância, embora em menor grau, os casos de prejuízo funcional por parte de algum parente de primeiro grau. O resultado para qualquer condição psiquiátrica no histórico familiar, favoreceu alto escore de experiências delirantes, relacionado ao alto escore de depressão e ansiedade, uso de cannabis e álcool (Varguese, 2008).

Em razão do estudo ter sido realizado no terceiro trimestre da gestação, período de maior proximidade do parto onde podem surgir alguns temores, como por exemplo, medo de sentir dor e morrer, e em se tratando de uma fase onde ocorre também o aumento das queixas físicas (Sarmiento R & Setubal MSV, 2003), esta pode ser uma fase de maior vulnerabilidade para o aparecimento de alguns transtornos mentais. Assim, de acordo com os resultados obtidos em relação aos transtornos psiquiátricos avaliados pelo M.I.N.I. no presente estudo, houve significância diagnóstica para todos os itens avaliados, com exceção dos transtornos alimentares, podendo deste modo, pensar na validade da afirmativa descrita acima.

Pouco mais de um terço da amostra estava na primeira gestação, o que também significou importante associação com as EPs. Em relação ao número de filhos nascidos mortos, embora em sua minoria, isso afetou significativamente o estado emocional da mulher gestante, conforme mostrado nos resultados do presente estudo. Além da significância maior em relação aos resultados para as EPs terem sido relacionados com a depressão e com os transtornos ansiosos, também houve significância estatística o item que avaliou o risco de suicídio, a síndrome psicótica atual e ao longo da vida e os transtornos de personalidade antisocial.

Mesmo depois de ser realizada nova análise verificando a associação entre as comorbidades com o desfecho que pudessem servir como variáveis confundidoras

para o relato de EPs, a taxa da prevalência das EPs manteve-se alta, correspondendo a 10.09% da amostra. Diante desses resultados, podemos afirmar que a somatória dos fatores ambientais, genéticos, psicológicos (estruturais e de enfrentamento) e os emocionais, contribuíram para o surgimento das presença das EPs, embora ainda não possamos afirmar qual deles especificamente tenha influenciado esse resultado.

Aqui cabe uma observação de que o início dos transtornos presentes neste estudo não necessariamente aconteceram somente na gestação, mas que provavelmente já estivessem presentes na vida da mulher desde o início do período fértil ou num passado mais remoto (Altshuler, 1998; DeVlyder, 2016). Muitas delas poderiam ter feito uso de medicamentos psicotrópicos, e que devido a uma provável suspensão dos mesmos, por receio ou por qualquer outra razão, que pudesse prejudicar o desenvolvimento do bebê, pode ter favorecido o aumento ou a intensificação de determinados sintomas nesta fase (Altshuler, 1998). O instrumento utilizado ofereceu dados diagnósticos atuais e também contribuiu com dados sobre a condição psiquiátrica da gestante ao longo da vida. Em relação aos medicamentos psicotrópicos utilizados durante a gestação, tivemos um número bem reduzido (apenas 10 gestantes – 1.11% da amostra) que fizeram uso de antidepressivos, variando a administração dos mesmos em relação ao 1º, 2º e 3º trimestres, e apenas uma gestante fez o uso durante todo o período.

Muitos estudos relatam a influência da saúde mental da gestante no desenvolvimento fetal, podendo oferecer complicações obstétricas e prejuízo no neurodesenvolvimento. Entre as complicações obstétricas citadas, como parto prematuro, pré-eclâmpsia e baixo peso ao nascer (Faisal-Cury et al., 2009), o mais comum, diz respeito ao baixo peso ao nascer, muitas vezes associado com o uso de substâncias por parte da gestante, como a nicotina (tabaco), álcool e drogas ilícitas (Murphy et al., 2001). No presente estudo, depois que os resultados foram ajustados para as comorbidades que pudessem servir como variáveis confundidoras para as EPs, o baixo peso ao nascer passou a ter significância estatística.

Limitações do estudo

Houve dificuldade por parte dos pesquisadores em sensibilizar as famílias a aderirem às avaliações de seguimento deste estudo. Esta limitação não impactou os dados coletados durante a gestação, como as EPs, mas os dados coletados subsequentemente. Desta forma, temos informações da presença de EPs apenas na gestações, sem dados sobre o seu curso ao longo do tempo.

Por se tratar de uma região menos favorecida socialmente, com frequência de violência urbana muito alta, os resultados não são representativos da cidade de São Paulo. No entanto, indicam o cenário da periferia urbana da cidade. Para a realização da avaliação de EPs, foi utilizado apenas o MINI. Por se tratar de uma entrevista diagnóstica aplicada por psicólogos treinados e sendo permitido aos mesmos explorar melhor as questões clínicas, diminuiu-se a probabilidade de respostas “falso positivo”. Além disso, a revisão posterior das narrativas por psiquiatra clínico, aumenta a validade das experiências consideradas positivas.

CONCLUSÃO

7 Conclusão

Este estudo, realizado em uma região urbana da cidade de São Paulo, com altos índices de vulnerabilidade social, indica que a prevalência de EPs em gestantes é alta, afetando cerca de 1 em 6 mulheres. A presença de EPs associa-se fortemente com psicopatologia geral e com amplos fatores de risco, muitos dos quais associam-se à esquizofrenia, como urbanicidade, idade jovem, uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (cannabis), desvantagem socioeconômica, baixo nível de escolaridade, exposição à situações de violência e histórico familiar de doenças psiquiátricas.

Neste sentido, a presença de EPs pode se constituir em um importante indicador de risco a ser avaliado em ambientes clínicos durante a gestação. Estudos futuros que possam investigar a sua utilidade para definição de intervenções são necessários. Além disso, estudos futuros que também investiguem o curso de EPs após o período gestacional e a sua associação com desfechos de saúde nas mulheres e em seus filhos são necessários para caracterizar a sua relevância clínica e epidemiológica.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Mãe responsável pela criança
Entrevista e coleta de Dados

Mãe: _____

Filho (a): _____

**NOVAS FERRAMENTAS NA COMPREENSÃO DO DESENVOLVIMENTO
 INFANTIL: A INTERAÇÃO GENE-AMBIENTE E A CONECTIVIDADE NEURONAL**

Você está sendo convidada como voluntária para participar de uma pesquisa sobre Desenvolvimento Infantil, *realizada pela Universidade de São Paulo – USP- nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito do Butantã.*

Se você concordar em participar, será convidada a responder questões sobre seus sentimentos e comportamentos, os comportamentos e sentimentos de seu filho (ou filha) no dia a dia, quando vier ao Posto para consultas de rotina de pré-natal e de pediatria. Através destas conversas, poderemos identificar bem cedo se houver atraso no desenvolvimento de seu filho (ou filha) e assim agir de forma rápida. No primeiro ano de vida de seu filho estas conversas acontecerão de 3 em 3 meses, durante aproximadamente 20 minutos. No segundo ano de vida, serão a cada 6 meses, com duração de 30 minutos. No terceiro ano de vida de seu filho (ou filha) será um única vez, dividida em 2 encontros com duração de 1 hora cada. Você também responderá algumas questões sobre seus próprios sentimentos, durante a gestação, no 2º mês de vida de seu filho (a), no primeiro e no terceiro anos de vida de seu filho (a). Se nestes encontros (entrevistas), problemas emocionais ou de comportamento forem identificados, você será avisada por um membro de nossa equipe de pesquisa para que possa procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu bairro, no Hospital Universitário da USP ou no Hospital das Clínicas.

Para podermos avaliar se seu filho (filha) tem uma possibilidade aumentada de ter atraso no desenvolvimento, iremos fazer um exame genético através da saliva. A saliva de seu filho (filha) será coletada através de um tipo de “chupeta”, quando ele (a) estiver com 2 meses de idade. Para um exame completo, nesta mesma época coletaremos a sua saliva e a saliva do pai de seu filho (filha) através de um frasco. As salivas serão armazenadas no Laboratório de Patologia Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, a identificação das amostras será feita através de números, ficando sua identidade e a de sua família completamente protegidas. Este procedimento poderá gerar certo desconforto pra você e sua família, porém é mínimo.

A qualquer momento você poderá decidir se quer ou não ter acesso aos resultados dos exames genéticos realizados em você e em seu filho (a) e retirá-los.

Caso seja detectada alguma síndrome genética, que são muito raras, em que haja necessidade de orientação, você e seu filho (ou filha) serão encaminhados para orientações específicas com especialistas no Instituto de Biociências da USP.

Só nos casos que encontrarmos atraso no desenvolvimento iremos fazer uma investigação mais profunda, através do exame de Ressonância Magnética, que é uma “fotografia” do cérebro. Esse exame não é prejudicial ao seu filho (filha), não tem radiação nem precisa de medicação. *Não há nenhum risco para seu filho (filha).* Você e sua família receberão orientações, sobre como colaborar na estimulação de seu filho (a). Se detectarmos (percebermos) algum problema, ele (a) será encaminhado (a) para a Unidade Básica de Saúde de seu bairro, para o Hospital Universitário da USP ou para o Hospital das Clínicas da FMUSP.

É importante ressaltar que você é livre para recusar a participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper sua participação e de sua família a qualquer momento, mesmo no decorrer da pesquisa, sem precisar justificar. Sua participação é voluntária e a recusa ou a desistência em participar não acarretará em qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que você e sua família recebem do serviço de saúde do município.

Esta pesquisa vai ajudar os profissionais de saúde a conhecer melhor sobre Desenvolvimento Infantil. Não haverá despesas pessoais para participar da pesquisa e, também não haverá ganho financeiro relacionado à sua participação. Os dados levantados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e sua identidade, assim como a de seu filho (a) será preservada. Os profissionais da Unidade Básica de Saúde de seu bairro não terão acesso às suas respostas nos questionários nem aos resultados dos exames, suas informações são totalmente sigilosas, só os componentes da equipe da pesquisa terão acesso a elas. Após você responder aos questionários, suas respostas serão transformadas em códigos, de forma que nem você nem suas respostas serão identificadas.

É necessário que você autorize o acesso a outras informações clínicas, anotadas em prontuário, bem como a resultados de exames (caso haja necessidade em se complementar dados), o armazenamento e arquivamento dos dados colhidos (seus e de sua família) incluindo os genéticos, que serão utilizados de acordo com hipóteses do presente estudo e outras informadas pela literatura, desde que seja aprovado pelo CEP e pela CONEP e que se busque contato para autorização futura.

Em qualquer etapa deste estudo, a qualquer momento, você poderá telefonar para os responsáveis pela pesquisa e tirar suas dúvidas. A Dra. Sandra J. E. F. Grisi, responsável pela pesquisa, pode ser encontrada no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na Rua Dr. Éneas de Carvalho Aguiar, 647 Cerqueira César, telefone (11) 3069 8803. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da Pesquisa, pode entrar em contato com O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar, telefone (11) 3069 6442 ramais 16, 17, 18 ou 20; Fax: (11) 3069 6442 ramal 26; e-mail: cappesq@hcnet.usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua general Jardim, 36 Vila Buarque, 1º andar. Telefone (11) 3397 2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Para entrar em contato com a equipe do Projeto Butantã através dos telefones: 3069 2179 ou 3069 6977 e pelo e-mail: projeto-butanta@gmail.com, ou pelo telefone: _____ . Falar com _____ ou _____ .

Termo de Consentimento Livre e Pós- Esclarecido

Declaro que fui suficientemente esclarecido e que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, a forma como se dará a coleta e armazenamento dos dados, incluindo os genéticos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: a Interação Gene Ambiente e a Conectividade Neuronal”.

_____ Data ____/____/____

Assinatura da mãe

_____ Data ____/____/____

Assinatura do profissional, membro da equipe de pesquisa

ANEXO B

QSE - Questionário socioeconômico

QSE1. - Você tem planos para se mudar no próximo ano: (1) Sim (0) Não

QSE1a. Se sim, qual o provável novo endereço _____

QSE2. Estado Civil: (1) Solteira (2) Casada (3) Separada (4) Divorciada (5) Viúva (6) União Estável (7) Amasiada

QSE3. Raça/Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (entre branca e preta) (4) Amarela (Asiática) (5) Indígena

QSE4. Religião: (1) Católico (2) Protestante (3) Judaica (4) Espírita (5) Evangélico (6) A teu (7) Outra (8) Não tem

QSE 4a. Frequência: (1) não frequenta (2) só em festas religiosas (3) 1 vez por mês (4) 1 vez por semana ou mais

QSE 5. Escolaridade da mãe:

- (0) Analfabeta/Primário incompleto (analfabeta/3ª Série Fundamental)
- (1) Primário Completo/Ginasial Incompleto (Até 4ª Série Fundamental)
- (2) Ginásial Completo/Colegial Incompleto (Fundamental Completo)
- (4) Colegial Completo/Superior Incompleto (Médio Completo)
- (8) Superior Completo (Superior Completo)

QSE6. Ocupação Pai da criança: _____ *(mesmo que desempregado)*

QSE 6a. Se desempregado, há: (0) Empregado (1) de 0 a 60dd (2) de 2m a 6 m (3) de 6m a 12m (4) mais de 12 m (5) Nunca trabalhou **QSE6b. 2 Horas de Trabalho:** _____

QSE6c. Natural de: (1) São Paulo (2) Norte (3) Nordeste (4) Sudeste (exceto SP) (5) Sul (6) Centro Oeste (7) outro País

QSE6d. Em São Paulo há: (0) Nascido (1) menos de 1 ano (2) entre 1 a 5 anos (3) entre 5 e 10 anos (4) mais de 10 anos

QSE7. Ocupação Mãe da criança: _____ *(mesmo que desempregada)*

QSE7a. Se desempregada, há: (0) Empregado (1) de 0 a 60dd (2) de 2m a 6 m (3) de 6m a 12m (4) mais de 12 m (5) Nunca trabalhou **QSE7b. Horas de Trabalho:** _____

QSE7c. Realiza Esforço Físico: (1) Sim (0) Não

QSE7d. Tem contato com produtos químicos ? (1) sim (0) não

QSE7e. Qual: _____

QSE7f. Natural de: (1) São Paulo (2) Norte (3) Nordeste (4) Sudeste (exceto SP) (5) Sul (6) Centro Oeste (7) outro País

QSE7g. Em São Paulo há: (0) Nascida (1) menos de 1 ano (2) entre 1 a 5 anos (3) entre 5 e 10 anos (4) mais de 10 anos

QSE8. Casa feita de: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Madeirite (4) Outros _____

ANEXO C

Fatores de risco (FR)

FR1. Quando você descobriu estar grávida, quanto tempo de relacionamento (contando namoro, casamento ou morando junto) você tinha com o pai de seu/sua filho/a?
 (1) Menos de 1 ano (2) de 1 a 5 anos (3) de 5 a 10 anos (4) mais de 10 anos
 (5) Não tinha relacionamento estável (99) Não sabe

FR2. Que sentimentos foram despertados em você na ocasião da descoberta da gestação?
 (1) Predominância de Sentimentos Positivos
 (2) Estresse passageiro ou leve associado à descoberta da gestação
 (3) Estresse moderado associado à descoberta da gestação
 (4) Estresse significativo associado à dificuldades em aceitar a gestação
 (5) Um aborto foi seriamente considerado
 (99) Não sabe

FR3. Você fuma ou fumou durante a gestação?
 (0) Não fuma/fumou
 (1) 1 ou 2 vezes durante a gestação
 (2) Fuma/fumou de vez em quando
 (3) Quase todos os dias
 (99) Não sabe

FR3a. Se, *de vez em quando*, mais ou menos quantos cigarros por semana?
 _____ cigarros/sem (99) Não sabe

FR3b. Se, *quase todos os dias*, quantos cigarros por dia?
 _____ cigarros/dia (99) Não sabe

FR3c. Se fumou em algum momento, em que trimestre isso aconteceu?

FR3c1. 1º trimestre (primeiros 3 meses)	(1) Sim (0) Não (99) Não sabe
FR3c2. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês)	(1) Sim (0) Não (99) Não sabe
FR3c3. 3º Trimestre (a partir do 7º mês)	(1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR4. Tirando você, alguém fuma/fumou dentro de casa durante esta gestação?
 (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5. Durante a gestação você bebeu ou bebe algum tipo de bebida que continha álcool?

(0) Não bebeu ou bebe (1) Bebeu/bebe uma ou duas vezes durante a gestação (2) Bebeu/bebe apenas de vez em quando (3) Bebeu/bebe quase todos os dias

Referência: 1 dose é igual a 1 lata de cerveja, meia taça de vinho, 1 dose de destilados (whisky, vodka, batida)

FR5a. Se, *de vez em quando*, quantas doses por semana? _____ doses/semana (99) Não sabe

FR5b. Se, *quase todos os dias*, quantas doses por dia? _____ doses/dia (99) Não sabe

FR5c. Se bebeu em algum momento, em que trimestre isto aconteceu?

FR5c1. 1º trimestre (primeiros 3 meses) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5c2. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5c3. 3º Trimestre (a partir do 7º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6. Durante a gestação você usa ou usou algum tipo de medicamento?

(1) Sim (0) Não (99) Não sabe

Se sim, quais?

FR6a. Medicamento1: _____ Motivo _____

FR6b. Medicamento2: _____ Motivo _____

FR6c. Medicamento3: _____ Motivo _____

FR6d. Medicamento4: _____ Motivo _____

FR6e. Medicamento5: _____ Motivo _____

FR6a1. Em que trimestre isto aconteceu?

FR6a1a. 1º trimestre (primeiros 3 meses) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6a1b. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6a1c. 3º Trimestre (a partir do 7º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR7. Precisou ir ao hospital durante a gestação: (1) Sim (2) Não **FR7a.** Motivo: _____

FR8. Precisou fazer repouso durante a gestação: (1) Sim (0) Não **FR8a.** Motivo: _____

FR9. Teve alguma queda durante a gestação: (1) Sim (0) Não

FR9a. Se sim, bateu a barriga (1) Sim (0) Não

FR10. Teve sangramento durante a gestação: (1) Sim (0) Não **FR10a.** Motivo: _____

FR11. Teve alteração da Pressão Arterial durante a gestação: (1) Sim (2) Não

FR11a. Maior alteração da Pressão: _____

ANEXO D

FHS – Family History Screen

Agora vou te fazer algumas perguntas referentes à sua família.

FHS A. Qual seu nome completo? _____

FHS A.1. Qual sua idade? _____

FHS B. Por favor, quero que você me fale o nome de sua mãe e de seu pai, biológicos. Os nomes e idades de todos os seus irmãos, inclua você nesta lista.

	Nome	Idade (ou idade qdo da morte)	Sexo M= 1 F= 2 Não Sei = 99	Falecido Não = 0 Sim = 1	Mesma Mãe Não = 0 Sim = 1	Mesmo Pai Não = 0 Sim = 1	Gêmeo Não = 0 Sim = 1 Não sei = 99	Mora na mesma casa que você Não = 0 Sim = 1 Não sei = 99
Mãe Biológica 1			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Pai Biológico 1			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Mãe Biológica 2			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Pai Biológico 2			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Irmão 1			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 2			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 3			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 4			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 5			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 6			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 7			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 8			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 9			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Irmão 10			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99

FHS C. Por favor, me fale o nome completo e idade de todos os seus filhos, me diga também o nome do pai deles.

	Nome	Idade (ou idade qdo da morte)	Sexo M= 1 F= 2 Não Sei = 99	Falecid o Não = 0 Sim = 1	Mesma Mãe Não = 0 Sim = 1	Mesmo Pai Não = 0 Sim = 1	Gêmeo Não = 0 Sim = 1 Não sei = 99	Mora na mesma casa que você Não = 0 Sim = 1 Não sei = 99
Filho 1			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 2			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 3			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 4			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 5			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 6			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 7			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Filho 8			1 2 99	0 1	0 1	0 1	1 0 99	1 0 99
Pai Biológico 1			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Pai Biológico 2			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99
Pai Biológico 3			1 2 99	0 1			1 0 99	1 0 99

FHS 1. Alguém da lista às vezes fica triste, para baixo ou deprimido na maior parte do tempo por duas semanas ou mais? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 1.1** Quem?

FHS 2. Alguém da lista já teve períodos de vários dias ou mais em que perdeu o interesse na maioria das coisas que habitualmente gostava, como no trabalho, nas atividades de lazer OU nos relacionamentos pessoais? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 2a.** Quem?

FHS 2.1. [Se sim para 1 ou 2] Essa pessoa já ficou por um período se sentindo muito cansada, com menos energia, com alteração do sono, sem conseguir dar conta dos afazeres habituais ou com diminuição da capacidade de concentração nesse período? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 2.2. [Se sim para 1, 2] Esses momentos ocorreram **APENAS** após a morte de uma pessoa próxima? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 3. Alguém da lista já ficou por um período se sentindo extremamente feliz ou “para cima” ou “alto astral”? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 3a.** Quem?

FHS 3.1 [Se sim para 3] Eu quero dizer “para cima” de tal forma que as pessoas ficaram muito preocupadas com ele ou que isso tenha interferido no desempenho de suas responsabilidades habituais? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 4. Alguém na lista já ficou por um período mais ativo ou falante que o normal? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 4a.** Quem?

FHS 4.1 [Se sim para 4] Eu quero dizer **EXTREMAMENTE** mais ativo ou falante, de tal forma que as pessoas ficaram preocupadas com essa pessoa ou que isso tenha interferido no desempenho de suas responsabilidades habituais? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 5. Alguém da lista já teve um **ataque de medo ou pânico**, que durou em torno de 20 minutos, em que de repente sentiu dificuldade de respirar, tremores, tontura, sentiu seu coração batendo forte e rápido OU pensou que poderia perder o controle, morrer ou enlouquecer? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 5a.** Quem?

FHS 5.1 [Se sim para 5] Essa pessoa teve vários ataques como esse, que aconteciam de uma hora para outra e foram seguidos de um medo de que um novo ataque pudesse acontecer? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 6. Alguém da lista ficou muito preocupado, nervoso ou ansioso **QUASE TODOS OS DIAS POR SEIS MESES OU MAIS**, com coisas com as quais as outras pessoas não se preocupariam tanto? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 6a.** Quem?

FHS 7. Alguém da lista alguma vez já ficou com muito medo de sair de casa sozinho, estar no meio de uma multidão, ir a lugares públicos, viajar sozinho, viajar para longe de casa, estar em locais onde não poderia fugir, escapar ou obter ajuda? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 7a.** Quem?

FHS 7.1 [Se sim para 7] Essa pessoa sempre teve tanto medo dessas situações que não conseguiu enfrentá-las OU sentiu um intenso mal estar quando as enfrentou; OU ainda, procurou estar acompanhado para enfrentá-las? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 8. Alguém da lista já ficou com muito medo de altura ou de lugares altos, animais, piscina, lago, tempestades, sangue, ferimentos, dentista, médico ou de tomar injeção? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 8a.** Quem?

FHS 9. Alguém da lista já sentiu muito medo ou muita timidez em situações sociais, como conhecer novas pessoas, ir a festas, sair com um pretendente, ou usar um banheiro público? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 9a.** Quem?

FHS 10. Alguém da lista já sentiu muito medo e desconforto quando tinha que fazer algo em frente a um grupo de pessoas, como dar uma palestra ou fazer um discurso com medo de ser humilhado ou estar no centro das atenções? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 10a.** Quem?

FHS 10.1 [Se sim em 9 ou 10] Essa pessoa ficava tão envergonhada e com medo a ponto de **NÃO CONSEGUIR FAZER** as coisas que a incomodavam? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

“Eu sei que você sabe isso, mas eu tenho que lembrá-la que TODAS estas questões são sobre SE qualquer uma das pessoas listadas no começo TEM ou TEVE esses problemas. Você gostaria de acrescentar alguma informação anterior que você esqueceu?”

FHS 11. Alguém da sua lista já se sentiu incomodado (a) por uma necessidade das coisas estarem perfeitas ou exatas OU já teve preocupações com simetria, em fazer coisas repetidas vezes até que os objetos estejam arrumados ou simétricos? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS11a.** Quem?

FHS 11.1 [Se SIM para 11] Essa pessoa gastava muito tempo com “manias” de arrumação ou organização? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 12. Alguém da sua lista já sentiu muito medo de estar doente? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS12a. Quem?

FHS 12.1 [Se SIM para 12] Essa pessoa precisou lavar ou limpar excessivamente, ou de uma maneira ritualizada, seu próprio corpo ou objetos? Já teve mania de limpeza? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 13. Alguém da sua lista já se sentiu incomodado (a) por preocupações ou medos de que algo muito ruim possa acontecer? E quanto a ter pensamentos impróprios de conteúdo sexual ou religioso?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 13a.** Quem?

FHS 13.1 [Se SIM para 13] Essa pessoa precisou fazer alguma coisa repetidas vezes, tais como rezar ou confessar, para se afastar destes pensamentos de agressão, sexuais ou religiosos?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS14 Alguém da sua lista já chegou a guardar ou colecionar **MUITAS** coisas ou objetos?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 14a.** Quem?

FHS 15. Alguém da lista parece ter dificuldades em distinguir a diferença entre fantasia e realidade?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 15a.** Quem?

FHS 16. Alguém da lista já apresentou comportamentos que parecem estranhos, bizarros ou sem sentido?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 16a.** Quem?

FHS 17 Alguém da lista já ouviu vozes ou teve visões que outras pessoas não podiam ver ou ouvir?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 17a.** Quem?

FHS 18 Alguém da lista já acreditou em coisas que eram muito estranhas OU que não era verdade, por exemplo, que pessoas estavam conspirando contra ele(a) ou que programas de TV mandavam mensagens especiais somente para eles? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 18.** Quem?

FHS 19 [Se sim para 17 ou 18] Não incluindo experiências com álcool e drogas ou experiências religiosas que sejam comuns na religião dessa pessoa ou uma criança pequena que tenha um amigo invisível. Fora isto, a pessoa claramente e frequentemente ouvia vozes e tinha visões OU acreditava em coisas que eram muito estranhas ou que não era verdade? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

“Eu sei que você sabe isso, mas eu tenho que lembrá-la que TODAS estas questões são sobre SE qualquer uma das pessoas listadas no começo TEM ou TEVE esses problemas. Você gostaria de acrescentar alguma informação anterior que você esqueceu?”

FHS 20. Alguém da lista já teve um período em que bebia muito? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 20a. Quem?

FHS 20.1 [Se SIM para 20] A pessoa teve problema com bebida ou achavam que ela tinha problema com bebida? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 21 Alguém da lista teve um período da vida em que usou regularmente drogas ilícitas?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 21a.** Quem?

FHS21. 1 [Se SIM para 21] A pessoa teve problema com drogas ou as pessoa achavam que ela tinha problema com drogas? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 22. Alguém da lista já foi colocado atrás das grades, ou preso, ou julgado culpado de um crime, que não seja dirigir embriagado? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 22a.** Quem?

As próximas questões são sobre problemas que crianças e jovens às vezes têm. Já que nós queremos saber se alguém da lista já teve problemas ao longo de sua vida toda, por favor, lembra-se de pensar se os adultos tiveram o problema quando eram crianças, assim como se as crianças o tem tido.

FHS 23 Quando criança, alguém da lista teve dificuldade em tarefas de leitura, escrita ou matemática?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 23a.** Quem?

FHS 24 Quando criança, alguém da sua lista teve dificuldade para falar ou compreender o que lhe era dito?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 24a.** Quem?

FHS 25 Quando criança, alguém da sua lista teve medo para se separar de seus pais ou de outras pessoas com quem era muito apegado, com medo de ir à escola ou a outros lugares sem essas pessoas?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 25a.** Quem?

FHS 25.1 [Se SIM para 25] Muito mais que a maioria das crianças da mesma idade dele?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 26. Quando criança, alguém da sua lista se sentia muito nervoso e tinha muita dificuldade para falar com pessoas que não conhecia? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 26a.** Quem?

FHS 27 Quando eram crianças, alguém da sua lista roubava, matava aulas, fugia de casa, quebrava regras?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 27a.** Quem?

FHS 27.1 [Se SIM para 27] A pessoa roubava bens VALIOSOS, matava MUITAS aulas ou quebrava MUITAS regras, mais que as outras crianças da mesma idade? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 28. Quando criança, alguém da sua lista discutia muito com os adultos, recusava-se a fazer o que os pais ou professores lhe pediam, irritava-se com facilidade, era rancoroso ou vingativo e desafiador?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 28a.** Quem?

FHS 29. Quando criança, alguém da lista era desatento e se distraía com facilidade, tinha dificuldades para manter a atenção, perdia coisas necessárias para a realização de tarefas ou se esquecia de atividades do dia-a-dia? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 29a.** Quem?

FHS 30. Quando criança, alguém da sua lista era ativo, inquieto, agitado, impaciente, estava sempre “a todo vapor”, levantando da cadeira quando deveria ficar sentado, correndo ou subindo em cima das coisas quando não deveria? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 30a.** Quem?

FHS.31. Quando criança, alguém da sua lista era impulsivo, frequentemente respondia sem chegar a ouvir a pergunta até o fim, tinha dificuldades em esperar sua vez nas atividades e se intrometia na conversa ou brincadeira dos outros? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 31a.** Quem?

FHS 31.1. [Se Sim para 31] A pessoa realmente enfrentava dificuldades com este jeito de ser, mais que os outros (meninos/meninas) da sua idade OU chegou a ter reclamações da escola sobre esse comportamento? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 32. Alguém da lista já foi suspenso ou expulso da escola? (0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 32a. Quem?

FHS 33. Alguém da lista já tentou se matar? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 33a.** Quem?

FHS 33.1 [Se sim p 33] Essa pode ser uma questão dolorosa, mas de fato se matou?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 34 Alguém da lista já consultou com um psiquiatra ou psicólogo, por causa de um algum dos problemas psicológicos ou emocionais que conversamos durante toda a entrevista?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 34a. Quem?

FHS 35 Alguém da lista já teve que ser internado em um hospital ou em algum lugar de tratamento por uma noite ou mais por causa de um algum dos problemas psicológicos ou emocionais que conversamos durante toda a entrevista? (0) Não (1) Sim (99) Não sei **FHS 35a.** Quem?

FHS 36 Já aconteceu de algum médico ter dado algum medicamento para algum dos problemas psicológicos ou emocionais comentados até agora para alguém da sua lista?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 36a. Quem?

FHS 37 Alguém da lista já teve dificuldade para dar conta de suas responsabilidades habituais como trabalhar, ir à escola ou cuidar da família ou da casa por causa de um algum dos problemas psicológicos ou emocionais que conversamos durante toda a entrevista?

(0) Não (1) Sim (99) Não sei

FHS 37a. Quem?

ANEXO E

WHO- Violência Doméstica

704	Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue com B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D).	C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)	D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?
		Sim Não	Sim Não	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas
	a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	d) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3

705	Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Não	B) Sim Não	C) Uma Poucas Muitas	D) Uma Poucas Muitas
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?				
	b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco /chacoalhão?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	e) Estrangulou ou queimou você de propósito?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3

706	Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A)	B)	C)	D)
		Sim Não	Sim Não	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas
	a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
	c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?	1 0	1 0	1 2 3	1 2 3

707	VERIFIQUE SE HOUVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA FÍSICA, VEJA A QUESTÃO 705	SIM, VIOLÊNCIA FÍSICA _____1 NÃO _____0		MARQUE NO BOX C
708	VERIFIQUE SE HOUVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA SEXUAL, VEJA A QUESTÃO 706	SIM, VIOLÊNCIA SEXUAL _____1 NÃO _____0		MARQUE NO BOX C
Ver (Fl. Ref. Box B opção 1)	JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ () ↓ N. DE VEZES QUE ENGRAVIDOU (opção 5) () () ↓ ATUALMENTE GRÁVIDA (opção 4) SIM= 1 NÃO= 0		NUNCA ENGRAVIDOU () →	→706*

709	Você disse já ter engravidado NUMERO TOTAL de vezes. Houve alguma ocasião na sua vida em que você foi espancada ou, de alguma outra forma, agredida fisicamente por um companheiro quando você estava grávida?	SIM _____1 NÃO _____2	→706*
-----	--	--------------------------	--------------

710- Isto ocorreu em uma gravidez ou em mais de uma? SE EM MAIS DE UMA- Em quantas delas você foi agredida fisicamente?

Nº DE GESTAÇÕES COM AGRESSÃO FÍSICA ()

711 - Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez? sim (1) não (0)

SE A VIOLÊNCIA FOI RELATADA EM MAIS DO QUE EM UMA GRAVIDEZ, AS PERGUNTAS SEGUINTE IRÃO SE REFERIR À ÚLTIMA OU A MAIS RECENTE GRAVIDEZ COM VIOLÊNCIA REPORTADA.

712 - Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que agrediu era o pai da criança?

Sim (1) não (0) não sabe (8)

713 - Você estava vivendo com esta pessoa quando isto aconteceu?

Sim (1) não (0) não sabe (8)

714 - Você já havia sido agredida por esta mesma pessoa antes de ficar grávida? Sim (1) → **706** não (0)

715 - Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez?

Diminuiu (1); não se alterou (0); aumentou (3); não sabe (4)

Outras Experiências de Violência

Em suas vidas, muitas mulheres vivenciam diferentes formas de violência, causadas por familiares, por outras pessoas que elas conhecem e/ou por estranhos. Se não se incomodar, gostaria de lhe perguntar, rapidamente, a respeito de algumas dessas situações. Tudo o que você disser será mantido em segredo. Posso continuar?

1001 a - Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já bateu ou agrediu você fisicamente? (PARA AS MULHERES COM PARCEIROS ATUAIS OU ANTERIORES: outra pessoa que não seja o marido/companheiro.)

SE SIM, quem fez isso com você?

EXPLORE:

Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou outra pessoa.

ninguém A ⇒ **1002**

pai.....B

padrasto.....C

outro membro da família

(homem) D

outro membro da família

(mulher)..... E

professor..... F

policial/soldado..... G

amigo da família

(homem) H

amigo da família (mulher.... I

namorado..... J

estranho..... K

alguém no trabalho..... L

padre/líder religioso..... M

outra X

1001 b) MARQUE APENAS PARA AS QUE FORAM ASSINALADAS NA 1001 a.

Quantas vezes isso aconteceu?

Uma ou duas (1) poucas vezes (2) ou muitas vezes (3)?

1002 a - Desde seus 15 anos, de algum modo, alguém já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria? (PARA AS MULHERES COM PARCEIROS ATUAIS OU ANTERIORES: outra pessoa que não seja o marido / companheiro.)

SE SIM, quem fez isso a você?

EXPLORE:

Talvez um parente? Talvez alguém na escola ou no trabalho? Um amigo ou vizinho? Um estranho ou outra pessoa?

ninguémA ⇒1003

pai.....B

padrasto.....C

outro membro da família
(homem)D

outro membro da família
(mulher).....E

professor.....F

policial/soldado.....G

amigo da família
(homem)H

amigo da família (mulher).....I

namorado.....J

estranho.....K

alguém no trabalho.....L

padre/líder religioso.....M

outraX

1002 b - MARQUE APENAS PARA AS QUE FORAM ASSINALADAS NA 1002 a.

Quantas vezes isso aconteceu?

Uma ou duas (1), poucas vezes (2), ou muitas vezes (3)?

1003 a - Antes dos 15 anos, você se lembra se alguém em sua família tocou em você sexualmente ou obrigou-a a uma atividade sexual que você não queria?

SE SIM: quem fez isso com você?

SE SIM OU NÃO, CONTINUE:

Talvez alguém na escola? Quem sabe algum amigo ou vizinho? Mais alguma outra pessoa lhe fez isso?

SE SIM, quem?

ninguém A ⇒1004

pai..... B

padrasto.....C

outro membro da família
(homem)D

outro membro da família
 (mulher).....E
 professor.....F
 policial/soldado.....G
 amigo da família
 (homem)H
 amigo da família (mulher... I
 namorado..... J
 estranho.....K
 alguém no trabalho.....L
 padre/líder religioso.....M
 outraX

MARQUE SOMENTE AQUELAS QUE FORAM ASSINALADAS NA 1003.a

- b) Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez com esta pessoa? (idade aproximada) (___)
 c) Que idade essa pessoa tinha? EXPLORE: Idade aproximada (___)
 d) Quantas vezes isso aconteceu? Uma ou duas vezes (1); Poucas vezes (2); Muitas vezes (3)

1004 - Que idade você tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez?

anos (idade aproximada)[][] ⇒1006
 nunca teve relação sexual 95

1005 - Como você descreveria sua primeira experiência sexual? Você queria, não queira mas acabou acontecendo, ou foi obrigada a fazer sexo? queria (1) não queria, mas fez (2) foi obrigada (3)

1006 - Quando você era criança, sua mãe era agredida fisicamente pelo seu pai (ou pelo marido dela, ou namorado)? sim (1) não (2) os pais não moravam juntos (3) não sabe (99)

*Para qualquer item marcado nesta questão, ir para **1008**.

1007 - Quando criança, você viu ou ouviu esse tipo de violência? SIM (1) NÃO (2) NÃO LEMBRA (99)

ESTEVE/ESTÁ CASADA/VIVENDO COM UM HOMEM/COM PARCEIRO SEXUAL REGULAR [] → 1008

NUNCA CASOU / NUNCA VIVEU COM UM HOMEM /SOLTEIRA/ SEM PARCEIRO SUXAL REGULAR [] →1011

1008 - Pelo que você sabe, a mãe de seu marido/companheiro atual ou mais recente) era agredida fisicamente ou apanhou do marido/companheiro dela?

sim (1) não (2) os pais dele não moravam juntos (3) não sabe (99)

*Para qualquer item marcado nesta questão, ir para **1010**.

1009 - O seu marido/companheiro atual ou mais recente viu ou ouviu esse tipo de violência?

sim (1) não (2) não sabe (8)

1010 - Pelo que você sabe o seu marido/companheiro (atual ou mais recente) apanhava regularmente ou era agredido fisicamente por alguém da família dele?

sim (1) não (2) não sabe (99)

1011 - Quantas irmãs você tem (nascidas da mesma mãe), com idade entre 15 e 49 anos?

irmãs entre 15 e 49 anos [] []

não tem irmãs entre 15 e 49 anos (00)

1012 - Quantas destas irmãs já foram casadas ou viveram com um companheiro?

irmãs que já tiveram companheiro [] []

nenhuma (00)

1013 - Alguma (s) de sua (s) irmã (s) já foi agredidas fisicamente ou apanhava pelo marido/companheiro dela (s)?

SE SIM, EXPLORE: quantas irmãs?

número de irmãs agredidas [] []

nenhuma (00)

não sabe (99)

ANEXO F

Histórico obstétrico e estressores durante a gestação.

DUM: Data da Última Menstruação: _____

DPP - Data Provável do Parto: _____

IG - Idade Gestacional: _____ Semanas

TG - Tipo de Gestação: (1) Única (2) Gemelar

GA - Gestações Anteriores (inclui a atual): _____ **PV** - Nº de Partos Vaginais: _____

PC - Nº de Partos Cesáreos: _____

Qual Indicação: _____

A - Nº Abortos: _____

FNV - Nº de Filhos Nascidos Vivos: _____

FVA - Filhos Vivos Atuais: _____

FNM - Nº de Filhos Nascidos Mortos: _____ Diagnóstico do Óbito: _____

CPS - Condição Prévia de Saúde: (0) Nada (1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Outras

Qual: _____

QA- Quantos quilos você ganhou do início da gestação até hoje: _____

Hospital Provável do Parto: (1) HU – USP (2) SARA (3) Outro

ANEXO G

MINI - International Neuropsychiatric Interview

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

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.30-296.36 Recurrent	F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
	Passado	☐	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	☐	nenhum	nenhum
	Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	☐	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	☐		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	☐	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	☐		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	☐	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	☐		
F AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	☐		
	Atual	☐		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	☐	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	301.7	F60.2

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 <u>OU</u> A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)	NÃO	SIM	3
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO				
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO SIM *

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR RECORRENTE**

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
A6a	OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR
com Características
Melancólicas
ATUAL**

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
	B4 É COTADA SIM?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> NÃO SIM TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL </div>		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:			Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO SIM	10
Ao longo da sua vida:			
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?			
SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:			

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

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM: b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM: b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?	→ NÃO	SIM	

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA “SIM” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
			<i>Agorafobia</i>	
			<i>Atual</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> NÃO SIM </div> <div style="text-align: center; padding: 5px;"> FOBIA SOCIAL <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> ATUAL </div>
---------------------	--

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO → passar a H4	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a H4	SIM	2
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
obsessões				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
compulsões				
H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?		→ NÃO	SIM	
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
H6 É COTADA "SIM" ?		<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> NÃO SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL </div>		

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
ESTRESSE
PÓS- TRAUMÁTICO
ATUAL**

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

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

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO SIM	1
J2	Nos últimos 12 meses:		
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO SIM	8
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL </div>	
J3	Durante os últimos 12 meses:		
a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO SIM	12
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL </div>	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE ☐
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) ☐

- K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM 2

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], frequentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO → SIM
**DEPENDÊNCIA DE
 SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO SIM
**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

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

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

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2	
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	4	
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6	
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8	
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRÍACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9	
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10	
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11	
b	SE SIM : Ouvia essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12	

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	13
	COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.			
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>			
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO «b» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «b» COTADAS “SIM” (<u>NÃO BIZARRO</u>) ?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO «a» COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES «a» COTADAS “SIM” (<u>NÃO BIZARRO</u>) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?			
			→	
		NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS “SIM” DE L1 À L7) ocorreram <u>somente</u> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?			
			→	
		NÃO	SIM	18
c	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA		

M. ANOREXIA NERVOSA

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

M1a	Qual é a sua altura ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm			
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg			
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM			1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM			2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO SIM			3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM			4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM			5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM			6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO SIM			
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO SIM			7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

ANOREXIA NERVOSA
ATUAL

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

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

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

N. BULIMIA NERVOSA

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

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM

**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL**

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

O1 a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
------	--	----------	-----	---

b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
---	--	----------	-----	---

A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR Ex, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..

→ NÃO	SIM	3
----------	-----	---

O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
----	---	----------	-----	---

DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE

O3 Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
---	--	-----	-----	---

b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
---	---------------------------	-----	-----	---

c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
---	---	-----	-----	---

d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
---	---	-----	-----	---

e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
---	---------------------------------------	-----	-----	---

f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
-----	-----

**TRANSTORNO DE
ANSIEDADE
GENERALIZADA ATUAL**

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

P1 Antes dos 15 anos:

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

→
HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1? NÃO SIM

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

P2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

REFERÊNCIAS

9 Referências bibliográficas

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. [citado 20 jul. 2010]. Disponível em: <http://www.abep.org>.

Alder j, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and Anxiety during pregnancy: a risk factors for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20:189-209.

Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*.1998;59 Suppl 2:29-33.

American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Amorim, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.

Armando M, Nelson B, Yung AR, Ross M, Birchwood M, Girardi P, Fiori Nastro P. Psychotic-like experiences and correlation with distress and depressive symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Schizophr Res*. 2010;119:258-65.

Bak M, Krabbendam L, Janseen I, de Graaf R, Vollebergh W, van Os J. Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:360-6.

Bentall RP, Fernyhough C. Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophr Bull*. 2008;34:1012-20.

Betts KS, Williams GM, Najman JM, Scott J, Alati R. Exposure to stressful life events during pregnancy predicts psychotic experiences via behavior problems in childhood. *J Psychiatr Res*. 2014;59:132-9.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33:92-102.

DeVylder JE. Pregnant and peripartum women are not at increased risk for psychotic experience at the population level: evidence from 46 countries. *Schizophr Res*. 2016;174:202-3.

Dominguez MD, Saka MC, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and subsequent clinical psychosis: a 10-year study. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1075-82.

Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São

Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12:335-43.

Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90:139G-49G.

Fisher HL, McGuffin P, Boydell J, Fearon P, Craig TK, Dazzan P, Morgan K, Doody GA, Jones PB, Leff J, Murray RM, Morgan C. Interplay between childhood physical abuse and familial risk in the onset of psychotic disorders. *Schizophr Bull*. 2014;40:1443-51.

Fisher HL, Schreier A, Zammit S, Maughan B, Munafo MR, Lewis G, Wolke D. Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophr Bull*. 2013;39:1045-55.

Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res*. 2009;169:107-12.

Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental health illness on pregnancy outcomes. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2008;3:391-401.

Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:448-56.

Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, Van Os J. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005;330:11.

Heriot-Maitland C, Knight M, Peters E. A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations. *Br J Clin Psychol*. 2012;51:37-53.

Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162:79-91.

Kaymaz N, van Os J. Extended psychosis phenotype--yes: single continuum--unlikely. *Psychol Med*. 2010;40:1963-6.

Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med*. 2011;41:1-6.

Kent A. Psychiatric disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol Reprod Med*. 2009;19(2):37-41.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W, Bak M, van Os J. Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:113-25.

Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence- conditional on genetic risk. *Schizophr Bull.* 2005;31:795-9.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet.* 2002;360:1083-8.

Lettiere A, Nakano AMS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm.* 2012;25:524-9.

Linscott RJ, van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:391-419.

Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med.* 2013;43:1133-49.

Loch AA, Wang YP, Rössler W, Tófoli LF, Silveira CM, Andrade LH. The psychosis continuum in the general population: findings from the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study. *European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2011; 261:519-27.

Lovisi GM, López JRRA, Coutinho ESF, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychol Med.* 2005;35:1485-92.

Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010;376:903-10.

Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, Swartz L, Patel V. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71:517-28.

Mackie CJ, Castellanos-Ryan N, Conrod PJ. Developmental trajectories of psychotic experiences across adolescence: impact of victimization and substance use. *Psychol Med.* 2011;41:47-58.

Mannion A, Slade P. Psychotic-like experiences in pregnant and postpartum women without a history of psychosis. *Schizophr Res.* 2014;160:118-23.

Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, Kirkbride J, Craig TK, Morgan K, Dazzan P, Boydell J, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Leff J, Fearon P. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a health population based sample. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:226-35.

Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2001;164:1567-72.

Nunes MA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *Eur J Public Health*. 2010;21:92-7.

Polanczyk G, Moffitt TE, Arseneault L, Cannon M, Ambler A, Keefe RS, Houts R, Odgers CL, Caspi A. Childhood psychotic symptoms share etiological and clinical features with adult schizophrenia : results from a representative birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:328-38.

Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:1053-8.

Quispel C, Schneider TA, Hoogendijk WJ, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP. Successful five-item triage for the broad spectrum of mental disorders in pregnancy – a validation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:51.

Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, Saxena S, Waheed W. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91:593-601I.

Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry*. 2012;17:1228-38.

Rössler W, Riecher-Rössler A, Angst J, Murray R, Gamma A, Eich D, van Os J, Gross VA. Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophr Res*. 2007;92:1-14.

Sarmento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Cienc Med*. 2003;12:261-8.

Schreier A, Wolke D, Thomas K, Horwood J, Hollis C, Gunnell D, Lewis G, Thompson A, Zammit S, Duffy L, Salvi G, Harrison G. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:527-36.

Scherr M, Hamann M, Schwerthöffer D, Frosböse T, Vukovich R, Pitschel-Wals G, Bäuml J. Environmental risk factors and their impact on the age of onset of schizophrenia: Comparing familial to non-familial schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2012;66:107-14.

Scott J, Chant D, Andrews G, Martin G, McGrath J. Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry*. 2007;190:339-43.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo [on-line]. 2015. [citado 15 ago 2015]. Disponível em: www.seade.gov.br.

Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Bermann S, Liberzon I. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol*. 2001;97:17-22.

Smeets F, Lataster T, Dominguez MD, Hommes J, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophr Bull*. 2012;38:531-42.

Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *Br J Psychiatry*. 2006;188:527-33.

Torchalla I, Linden IA, Strehlau V, Neilson EK, Krausz M. "Like a lot happened with my whole childhood": violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. *Harm Reduct J*. 2015;11:34.

Van Os J. Does the urban environment cause psychosis? *Br J Psychiatry*. 2004;184:287-8

Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009;39:179-95.

Van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010;468:203-12.

Van Os J, Linscott RJ. Introduction: the extended psychosis phenotype-relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. *Schizophr Bull*. 2012;38:227-30.

Varghese D, Scott J, McGrath J. Correlates of delusion-like experiences in a non-psychotic community sample. *Aust N Z J Psychiatric*. 2008;42:505-8.

Varghese D, Scott J, Welham J, Bor W, Najman J, O'Callaghan M, Williams G, McGrath J. Psychotic-like experiences in major depression and anxiety disorders: a population-based survey in young adults. *Schizophr Bull*. 2011;37:389-93.

Wechsler D. WAISS-III: Escala de Inteligência Wechsler para adultos. 3a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Weissman MM, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdelli H, Olfson M. Brief screening for family psychiatric history: the family History screen. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:675-82.

Whitaker RC, Orzol SM, Kahn RS. Maternal mental health, substance use, and domestic violence in the year after delivery and subsequent behavior problems in children at age 3 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:551-60.

World Health Organization (WHO). Multi-country study on women's health and domestic violence against women [Internet]. 2006. [cited 2010 jul 20]. Available from: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

APÊNDICES

FOTOS ILUSTRATIVAS SOBRE A REALIDADE DA REGIÃO
SELECIONADA PARA O ESTUDO.

FOTO 1 - Uma das principais vias de acesso para a UBS Jardim Jaqueline.

FOTO 2 - Acesso comum para circulação de pedestres no bairro.

FOTO 3 - Um exemplo da disposição das casas, modelo de construção e acesso.

FOTO 4 – Entrada principal de uma residência. Neste caso, e como em muitos outros, a entrevista acontecia na parte externa.

FOTO 5 - Mais um exemplo de moradia e qualidade de vida da população que mora nessa região.

FOTO 6 - Parte interna de uma casa.

FOTO 7 - Ilustração de viela, acesso para as casas.

FOTO 8 - Ilustração de acesso às casas.

FOTO 9 - Porta de entrada de uma residência