UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

**Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade
escolar**

Mateus Andrea Angelucci

Ribeirão Preto
2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade escolar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Toxicologia para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Toxicologia.

Orientado: Mateus Andrea Angelucci

Orientador: Erikson Felipe Furtado

Ribeirão Preto

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Angelucci, Mateus Andrea

Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade escolar. Ribeirão Preto, 2010.

85 p. : il. ; 30cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Toxicologia.

Orientador: Furtado, Erikson Felipe.

1. Álcool. 2. Gestação. 3. Sintomas psiquiátricos.
4. Idade escolar

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do aluno: ANGELUCCI, Mateus Andrea

Título: Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade escolar

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Toxicologia
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Toxicologia.

Orientador: Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pela dádiva da existência...

AGRADECIMENTOS

A minha família querida, pelo Amor que tem por mim... Palavras seriam insuficientes para expressar meus sentimentos por meus pais e meus irmãos...

Ao amigo Fábio pelo auxílio inestimável. Minha gratidão profunda...

Ao professor Erikson Furtado pelas orientações seguras e estímulos constantes ao aprendizado e pesquisa.

Aos integrantes do PAI-PAD (todos) que me orientaram e me ajudaram nos momentos difíceis, cada um a sua maneira e no momento certo.

A Maria Silvia, médica exemplar, que muito contribuiu para a minha formação profissional, pelos momentos de 'apoio e ventilação', pelos conselhos e pelas instruções sempre ponderadas.

A Lucila, sempre muito solícita e eficiente, pela dedicação ao recrutamento das mães e a organização do banco de dados.

Aos amigos da Clínica Religere e da Terra de Ismael, referências afetivas em minha vida.

Aos Amigos Espirituais, sempre presentes, que me sustentaram nos momentos de cansaço e hesitação.

EPÍGRAFE

*Veja na criança o futuro da Humanidade.
Mantenha-se por isto, solidário aos trabalhos que procurem beneficiá-la.*

C. Torres Pastorino

RESUMO

ANGELUCCI, M.A. **Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade escolar.** 2010. 85f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A exposição da gestante a drogas de abuso tem sido motivo de preocupação mundial com relação à saúde do binômio mãe-filho. A exposição fetal ao álcool constitui-se em um dos principais fatores de risco para retardo mental, defeitos congênitos e desordens do desenvolvimento neuropsicomotor, sendo a Síndrome Fetal do Álcool e os Efeitos Fetais do Álcool um conjunto de complicações clínicas resultantes desta exposição. Vários autores encontraram associação entre exposição fetal ao álcool e sintomas psiquiátricos na infância. Este é um estudo transversal tendo como objetivo principal investigar as relações entre consumo de álcool na gestação e sintomas psiquiátricos em escolares. A amostra foi constituída de 59 pares mãe-filho. As mães responderam a um instrumento de avaliação psicopatológica na infância (CBCL), uma entrevista diagnóstica semi-estruturada (K-SADS-PL) e um questionário de dados sociodemográficos e dados sobre a saúde atual e pregressa da criança. Dados referentes ao consumo de álcool na gestação foram obtidos de um estudo pregresso com os mesmos indivíduos. Foram encontradas maiores prevalências de sintomas isolados do CBCL em filhos de mães com padrão de consumo semanal de álcool na gestação, mas não maior pontuação total ou de sintomas internalizáveis ou externalizáveis. Foi encontrada maior prevalência de diagnóstico psiquiátrico atual (K-SADS-PL) nos filhos de mães com padrão de consumo semanal de álcool na gestação. Ressalta-se que novos estudos são necessários para esclarecer como outros fatores – ambientais, genéticos e psicológicos – contribuem para a gênese da psicopatologia infantil. Além disso, este estudo reforça a importância da implementação de programas nacionais de prevenção de consumo de álcool por mulheres gestantes.

Palavras-chave: Álcool. Gestação. Sintomas psiquiátricos. Idade escolar

ABSTRACT

ANGELUCCI, M.A. **Prenatal alcohol exposure and psychiatric symptoms in school-age children.** 2010. 85f. Dissertation (Master). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Prenatal exposure to drugs of abuse has been a concern worldwide regarding mother and child health. Prenatal alcohol exposure is one of the main risk factors for mental retardation, congenital defects and neurodevelopmental disorders, namely Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. Many authors found associations between prenatal exposure to alcohol and psychiatric symptoms in childhood. This study has a cross-sectional design and is aimed to investigate the relationships between prenatal alcohol exposure and psychiatric symptoms in school-age children. Fifty-nine mothers and their children were enrolled. The mothers answered to the Child Behaviour Checklist (CBCL), a semi-structured interview (K-SADS-PL) and a general social, demographic and health questionnaire. Prenatal alcohol consumption information was obtained from a previous study on the same individuals. We found a higher prevalence of isolated CBCL symptoms among children born from mothers with prenatal weekly alcohol consumption pattern. Additionally, we found a higher prevalence of psychiatric diagnoses (K-SADS-PL) among children born from mothers with prenatal weekly alcohol consumption pattern. Those results emphasize the need for new studies to clarify how environmental, genetical and psychological factors may contribute to the genesis of childhood psychopathology. Besides, this study reinforces the importance of developing a national alcohol prevention program for pregnant women.

Keywords: Alcohol. Pregnancy. Psychiatric symptoms. School age.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação das médias e desvios-padrão das pontuações de cada item do <i>Child Behaviour Checklist</i> (CBCL) de acordo com a presença ou não de padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação.	24
Tabela 2 – Padrão de consumo de álcool na gestação (número de dias, número de doses e número de episódios de <i>binge</i>), por trimestre, de acordo com a presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico atual nos filhos.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de variância
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
DALY	<i>Disability adjusted life years</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , versão IV
DST	Doença sexualmente transmissível
EDIBs	Estratégias diagnósticas e intervenções breves
IB	Intervenções breves
K-SADS-PL	<i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version</i>
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NPCP	Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI-PAD	Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
SFA	Síndrome fetal do álcool
SNC	Sistema nervoso central
SUS	Sistema Único de Saúde
T-ACE	Acrônimo para: <i>Tolerance, Annoyed, Cut-down e Eye-opener</i>
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TDO/TC	Transtorno desafiador-opositivo/transtorno de conduta
TEFA	Transtornos do espectro fetal do álcool
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract.....	ii
Lista de Tabelas	iii
Lista de abreviaturas e siglas	iv
 1. INTRODUÇÃO	 1
1.1. Álcool e saúde pública	2
1.2. Epidemiologia	3
1.3. Fatores de risco	4
1.4. Políticas públicas	5
1.5. Álcool na gestação	6
1.5.1. Epidemiologia	6
1.5.2. Teratogenicidade do álcool.....	7
1.5.3. Síndrome fetal do álcool	8
1.6. Consumo de álcool na gestação e psicopatologia infantil	11
1.7. Avaliação psiquiátrica na idade escolar	13
1.8. Principais síndromes	14
 2. OBJETIVOS	 16
2.1. Objetivo geral.....	16
2.2. Objetivo específico	16
 3. METODOLOGIA.....	 17
3.1. Delineamento do estudo	17
3.2. Amostragem	17
3.3. Critérios de inclusão	17
3.4. Critérios de não-inclusão	17
3.5. Critérios de exclusão	17
3.6. Aplicação dos instrumentos e questionários.....	17
3.7. Levantamento de dados	19
3.8. Coleta de dados.....	19
3.9. Aspectos éticos.....	20

3.10. Desconfortos e riscos esperados.....	21
3.11. Análise estatística.....	21
4. RESULTADOS	22
4.1. Caracterização da amostra.....	22
4.2. Comparação dos dados demográficos segundo a presença de diagnóstico psiquiátrico na criança	22
4.3. Estudo da associação de indicadores de consumo de álcool materno e indicadores de psicopatologia na infância	23
4.3.1. Padrão de consumo semanal de álcool versus CBCL (comportamentos).....	23
4.3.2. Uso semanal de álcool na gestação versus média da pontuação total do CBCL	30
4.3.3. Comparação das médias entre grupos T-ACE positivo e negativo versus pontuação total do CBCL.....	30
4.3.4. Comparação das médias dos grupos das mães com e sem diagnóstico da CID-10 versus pontuação total do CBCL.....	30
4.3.5. Uso semanal de álcool na gestação versus média das pontuações do CBCL de Síndrome Internalizável e Síndrome Externalizável nos filhos	30
4.3.6. T-ACE positivo (gestação) materno versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança	31
4.3.7. Diagnóstico materno (dependência de álcool e uso nocivo) pela CID-10 na gestação versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança	31
4.3.8. Padrão de uso semanal de álcool na gestação versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança	31
4.3.9. Presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico atual nos filhos versus dias de consumo de álcool, doses de álcool e episódios de <i>binge</i> nos primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação (recordatório).....	31
5. DISCUSSÃO	33
6. CONCLUSÕES	38
7. REFERÊNCIAS	39

8.	APÊNDICES.....	45
8.1.	Ofício de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	45
8.2.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	46
8.3.	Questionário aplicado às pacientes (2 ^a . fase).....	48
9.	ANEXOS.....	60
9.1.	<i>Child Behaviour Checklist (CBCL)</i>	60
9.2.	<i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) – Lista de diagnósticos</i>	69
9.3.	Questionário T-ACE.....	71

1. INTRODUÇÃO

A exposição da gestante a drogas de abuso tem sido motivo de preocupação mundial com relação à saúde do binômio mãe-filho. Inúmeras pesquisas, nos últimos anos, têm alertado para o aumento progressivo e alarmante no consumo de álcool, tabaco, maconha e outras drogas no sexo feminino e durante a gestação.

A gestação é um período delicado na vida da mulher e o feto, particularmente, fica vulnerável a diversos agravos de natureza biológica como infecções, má-nutrição materna, traumas, radiações e substâncias teratogênicas. Entre as últimas, o álcool apresenta-se como uma substância de amplo uso no mundo, cujo padrões de consumo variam de baixo risco até a dependência. O álcool possui propriedades psicoativas que se estendem da redução da ansiedade à desinibição comportamental. Ademais, apresenta toxicidade em relação a vários sistemas e órgãos, afetando mais intensamente o fígado e o sistema nervoso central (SNC). Quando ingerido durante a gestação tem passagem placentária e, desta forma, atinge facilmente o SNC em formação do feto, podendo causar alterações na neurogênese e na estrutura de outros órgãos, dependendo do estágio da embriogênese (STRATTON; HOWE; BATTAGLIA, 1996).

Mais recentemente, vários estudos encontraram associação entre exposição intraútero ao álcool e uma variedade de malformações congênitas, retardo mental, distúrbios do neurodesenvolvimento e do comportamento. Denomina-se Síndrome Fetal do Álcool (SFA) quando a apresentação dos sintomas é completa, e Transtornos do Espectro Fetal do Álcool (TEFA) quando a apresentação é parcial (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Dentre os distúrbios do comportamento, várias pesquisas demonstraram uma associação entre consumo de álcool na gestação e sintomas externalizáveis como agressividade, hiperatividade e alterações de conduta em escolares expostos (D'ONOFRIO et al., 2007; FRYER et al., 2007; SOOD et al., 2001). Tais comportamentos comprometem significativamente o desenvolvimento psicossocial e o desempenho escolar destas crianças bem como a capacidade de autonomia e o ajustamento social quando adolescentes e adultos.

Assim, dada a atualidade e a relevância clínico-epidemiológica do tema, faz-se necessário um aprofundamento nos estudos que possam contribuir para o

esclarecimento do papel dos riscos biológicos, principalmente o consumo de álcool na gestação, na gênese e na fisiopatologia dos transtornos disruptivos na infância.

1.1. Álcool e saúde pública

O álcool é considerado uma substância psicoativa que, atuando no sistema nervoso central, provoca mudanças no comportamento de quem o consome. Trata-se de uma droga do grupo das assim chamadas “drogas lícitas”, que nem por isso são mais leves, menos nocivas ou acarretam problemas menores. O fato de uma droga como o álcool ser comercializada e consumida em larga escala deve-se a diferentes fatores, principalmente aos de origem cultural e histórica. Ademais, o álcool é um potente ansiolítico e, na maioria das vezes, pode ser utilizado pelo indivíduo para amenizar estados emocionais negativos como angústia, raiva e tristeza ou evitar sintomas desagradáveis da abstinência quando um quadro de dependência está instalado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que há aproximadamente dois bilhões de pessoas em todo mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões diagnosticadas com transtornos relacionados ao uso de álcool. De uma perspectiva de saúde pública, o impacto global devido ao consumo de álcool, em relação a morbidade e mortalidade, é considerável em várias partes do mundo. O consumo de álcool provoca consequências sociais e na saúde devido a episódios de intoxicação (embriaguez), dependência de álcool e outros efeitos bioquímicos danosos. Além das doenças crônicas que podem afetar os usuários depois de muitos anos de uso pesado, o álcool contribui para consequências danosas que podem levar à morte ou incapacitar o indivíduo em uma idade relativamente jovem, resultando na perda de muitos anos de vida por morte ou invalidez. Há evidências crescentes de que, além do volume consumido, o padrão de consumo é relevante para a saúde. Em geral, existe uma relação causal entre o consumo de álcool e mais de 60 tipos de doenças e ferimentos. O álcool está associado a cerca de 20-30% de câncer de esôfago, câncer de fígado, cirrose, homicídios, ataques epiléticos e acidentes com veículos motorizados em todo o mundo (WHO, 2001).

O álcool causa 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e uma perda de 58,3 milhões (4% do total) de *Disability-Adjusted Life Years* (DALY). As injúrias não intencionais só representam cerca de um terço dos 1,8 milhões de mortes, enquanto as condições neuropsiquiátricas representam perto de 40% dos 58.300.000 DALYs.

A carga não é distribuída igualmente entre os países. O consumo de álcool é o principal fator de risco para a incidência de doenças em países em desenvolvimento, baixa mortalidade e os fatores de risco a terceira maior em países desenvolvidos (WHO, 2001).

No Brasil, o uso de álcool é um dos mais graves problemas de saúde pública, cujas repercussões negativas atingem tanto o indivíduo como também as esferas sociais e econômicas. Tal situação é agravada pelo fato de o álcool estar presente em quase todas as atividades sociais e seu consumo ser fácil e, de certa forma, estimulado pelos meios de comunicação.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado a acidentes de trânsito, violência doméstica e sexual, maior risco de transmissão de HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST), delinquência, homicídios, suicídios, queimaduras, afogamentos, quedas, morte prematura, absenteísmo, complicações clínicas e psiquiátricas decorrentes do uso agudo e crônico.

Em especial, no caso de gestantes, o consumo de álcool aumenta o risco de malformações fetais, parto prematuro, baixo peso ao nascimento, aborto e disfunções cognitivas e comportamentais no concepto (FURTADO; FABBRI, 1999).

1.2. Epidemiologia

Os estudos epidemiológicos mais abrangentes de uso de álcool na população geral foram os realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Galduróz et al. (2000) pesquisaram as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, num total de 2.411 entrevistas, estimando que 6,6% da população estavam dependentes do álcool (GALDURÓZ et al., 2000). Dois anos depois, a mesma população foi pesquisada novamente e constatou-se um aumento estatisticamente significativo para 9,4% de dependentes (GALDURÓZ et al., 2003). Outro amplo estudo domiciliar englobou as 107 cidades com mais de 200 mil habitantes correspondendo a 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% do total do Brasil. A amostra totalizou 8.589 entrevistados (CARLINI et al., 2002). O uso na vida de álcool na população total foi de 68,7%. Essa proporção se mantém mais ou menos estável para as diferentes faixas etárias, lembrando que entre os 12-17 anos, 48,3% dos entrevistados já usaram bebidas alcoólicas.

A prevalência da dependência de álcool foi de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. A prevalência de dependentes foi mais alta

nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. Fato mais preocupante é a constatação de que no Brasil houve 5,2% de adolescentes (12 a 17 anos de idade) dependentes do álcool. No Norte e Nordeste essas porcentagens ficaram próximas aos 9%. Outras informações advindas desse levantamento domiciliar foram: o uso de uma ou duas doses de bebidas alcoólicas por semana foi considerado um risco grave para a saúde por 26,7% dos respondentes. As porcentagens de pessoas que já receberam tratamentos para o uso de álcool chegaram aos 4,0% do total, sendo de 5,6% para o sexo masculino e 2,5% para o feminino. A faixa etária onde apareceram as maiores porcentagens foi aquela de pessoas com mais de 18 anos de idade. Quanto às porcentagens de complicações decorrentes do uso de álcool apareceram em maiores porcentagens para as discussões após beber, com 5,0% do total, sendo que 7,9% dos homens e 2,1% das mulheres já discutiram sob efeito do álcool. As quedas como conseqüências do uso de álcool foram à segunda colocada (3,3%) e as outras complicações estiveram em torno dos 2%.

1.3. Fatores de risco

Risco é definido como a maior possibilidade que um indivíduo ou grupo de pessoas tem de sofrer no futuro um dano em sua saúde e fatores de risco como características ou circunstâncias pessoais, ambientais e sociais dos indivíduos ou grupos associados com um aumento dessa possibilidade.

Partindo destes conceitos, o consumo abusivo de álcool tem origem multifatorial e sua gênese e desenvolvimento sofrem influência de três grupos de fatores de risco. Entre os biológicos encontram-se a predisposição genética (genótipo), história familiar de alcoolismo e exposição ao álcool na gestação. Os fatores sociais incluem, por exemplo, o fácil acesso a bebidas alcoólicas, aprovação cultural e/ou familiar, participação de grupo de pares usuários entre outros. Em relação às condições psicopatológicas encontram-se a baixa tolerância à frustração, fraco controle dos impulsos, comportamento de busca de novidades, transtornos depressivos, ansiosos e transtornos de personalidade (*borderline* e antissocial).

Estudos realizados nas últimas décadas sobre as características do uso de álcool por mulheres têm sugerido vários fatores ambientais específicos do alcoolismo feminino. Entre esses fatores se destacam: o baixo nível sócio-econômico, alcoolismo dos pais, experiências infantis negativas, uso de substâncias

pelos parceiros, comportamentos dos amigos em relação à bebida e baixa capacidade de controle dos impulsos frente às adversidades do meio (RAMOS; BERTOLETE, 1997; STEIN; CYR, 1997).

A genética, a constituição e as experiências emocionais das mulheres, seja no ambiente familiar como no meio social, contribuem para predispor ao uso problemático de álcool. As influências culturais reforçam os padrões familiares, estabelecendo predileção ao uso do álcool como meio de obter alívio para ansiedade e depressão (que ocorrem mais em mulheres do que em homens). Experiências de privação emocional podem às vezes agir como precipitantes de períodos de etilismo ou retorno ao uso de álcool por parte daquelas que abandonaram o uso da substância. Especialmente na adolescência e juventude, o álcool pode ser um recurso de automedicação para sintomas disfóricos, ansiedade social e estados depressivos (FURTADO, 1990).

1.4. Políticas públicas

No Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde elaborou a política setorial de saúde que é denominada de “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, tendo como marco teórico-político dessa o tratamento da questão das drogas como um grave problema de saúde pública. A concepção de política específica baseia-se nas ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Atenta a esta problemática, em setembro de 2002, a OMS convocou uma reunião na cidade de Alicante, Espanha, com o intuito de delinear um projeto de implementação das estratégias diagnósticas e intervenções breves (EDIBs) nos países em desenvolvimento. Entre suas deliberações, o Brasil e a África do Sul foram indicados para servir como centros de desenvolvimento deste projeto. O Brasil foi representado por dois grupos de pesquisa dedicados ao tema sendo um deles o Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O PAI-PAD conta com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, através de sua Diretoria Regional de Ribeirão Preto, e de vários Municípios dessa Região. Parte importante do projeto constitui o desenvolvimento de estratégias de

treinamento para profissionais de saúde não especialistas e o monitoramento da implementação e execução das EDIBs nos serviços.

Uma revisão sobre avaliação das intervenções breves (IB) para o uso abusivo de álcool em atenção primária à saúde concluiu, após revisar 27 estudos controlados, que em sua maioria, ficou demonstrado que as Intervenções Breves reduzem o consumo do álcool (MINTO et al., 2007).

1.5. Álcool na gestação

1.5.1. Epidemiologia

Kaskutas e Graves (2001), estudaram o consumo de álcool em 321 gestantes e concluíram que o risco baseado nos relatos espontâneos das mesmas quanto ao padrão de uso de bebidas alcoólicas pode ser na verdade muito maior que o previamente esperado (KASKUTAS; GRAVES, 2001).

Nos Estados Unidos, mais de 50% das mulheres em idade fértil consome bebidas alcoólicas e 20% destas mantém o consumo durante a gestação (CDC, 1997).

Dados levantados pelo projeto “GESTA-ÁLCOOL” do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPCP) da Universidade de São Paulo (USP), Campus de Ribeirão Preto/SP, sobre uma amostra de 450 gestantes, revelaram uma prevalência de 22,1% de gestantes com um padrão de consumo de álcool considerado de risco para o surgimento de SFA ou TEFA, sendo 9% identificadas como portadoras de síndrome de dependência ou uso nocivo de álcool. Ao mesmo tempo, o estudo detectou um baixo índice de avaliações de uso de álcool na gestação durante a realização das consultas de pré-natal (em torno de 9% apenas) (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Em um estudo realizado em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo, foram entrevistadas 445 puérperas sobre seu padrão de uso de álcool durante a gestação. Dentre as entrevistadas, 17,8% consumiram bebida alcoólica durante toda a gravidez e 15,9% consumiram até a confirmação da gravidez que ocorreu em média com 9,6 semanas; 98,7% das gestantes consumiram nos finais de semana e/ou em festas e 1,3% diariamente (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001).

Em Ribeirão Preto/SP, foram entrevistadas 150 puérperas de uma maternidade e avaliado o uso de álcool por meio do instrumento T-ACE (acrônimo para *Tolerance, Annoyed, Cut-down e Eye-opener*). Destas, 20,7% foram rastreadas pelo T-ACE como tendo feito uso de risco de álcool na gestação. O uso de álcool por estas mães esteve associado à restrição do crescimento fetal, com diminuição de comprimento, peso e perímetro cefálico dos recém-nascidos, cujas mães foram positivas no T-ACE (FREIRE et al., 2005).

Moraes, Viellas e Rieichenheim (2005) também investigaram o uso de álcool em gestantes de três maternidades públicas do Rio de Janeiro e identificaram uma prevalência de 24,1% de mães positivas para uso de álcool utilizando o T-ACE (MORAES; VIELLAS; RIEICHENHEIM, 2005).

Embora o uso de álcool e drogas na gestação seja reconhecidamente associado a prejuízos diversos para o desenvolvimento do bebê, a dimensão objetiva do problema na realidade brasileira ainda não é plenamente conhecida. No momento em que se observa um crescimento do consumo de álcool entre mulheres jovens no Brasil, especialmente nos centros urbanos, assim como um aumento do número de gestantes adolescentes, verifica-se a escassez de informações e estudos sobre o tema e de programas de intervenção (GALDURÓZ et al., 2005).

1.5.2. Teratogenicidade do álcool

O desenvolvimento do sistema nervoso central é caracterizado por uma longa e muito bem orquestrada cadeia de eventos ontogenéticos específicos, que inclui diversos processos como proliferação e migração neuronal, proliferação dendrítica, formação de sinapses, formação dos sistemas de neurotransmissores (colinérgico, catecolaminérgico, GABAérbico e glutamatérgico) e apoptose. As contínuas alterações do sistema nervoso têm consequências para a vulnerabilidade a condições adversas. Recentes estudos indicam que a exposição pré-natal ao álcool pode interferir em especial com o processo de morte celular programada. Isto significa que especialmente a exposição ao álcool durante o segundo trimestre de gestação está associada a consequências adversas para o desenvolvimento fetal (DE GRAAF-PETERS; HADDERS-ALGRA, 2006).

O transporte das substâncias químicas e hormonais pelo organismo humano efetua-se através da corrente sangüínea e no decorrer da gestação, por intermédio da circulação sangüínea materna, se realizará o transporte de nutrientes para o feto,

após passar pela placenta, mediadora tanto da nutrição, quanto da eliminação dos resíduos fetais para a circulação de retorno materna, que se constitui de um tecido que dá passagem a muitas substâncias, podendo de acordo com o tipo de substância presente na circulação materna, constituir-se em uma barreira parcial ou total. Todo o álcool ingerido atravessa a barreira placentária e o feto fica exposto à mesma concentração que a mãe. No entanto, a exposição é maior para o conceito porque o metabolismo e a eliminação são mais lentos; o líquido amniótico fica impregnado de álcool não-modificado e de acetaldeído, pois não possui a quantidade necessária de enzimas para sua biodegradação (PASSINI; AMARAL, 1994; TEOH; MELLO; MENDELSON, 1994).

A pesquisa sobre a teratogênese do álcool demonstrou que o cérebro é o órgão do corpo mais vulnerável aos efeitos da exposição pré-natal ao álcool. Este teratógeno age de diversas maneiras, dependendo do tipo de célula cerebral e o estágio de desenvolvimento do embrião ou feto, podendo provocar morte celular, interferir com funções celulares, prejudicar a formação de novas células, causar migração celular anormal e desorganização da estrutura do tecido celular, interferir com a produção de neurotransmissores e causar a formação anormal de sinapses nervosas (GOODLETT; HORN, 2001).

Estudos de imagens cerebrais identificaram alterações estruturais em várias regiões do cérebro das crianças - incluindo os gânglios da base, corpo caloso, cerebelo e hipocampo - que podem explicar os déficits cognitivos. Estudos funcionais de imagem cerebral também têm detectado alterações em crianças expostas ao álcool indicativas de déficits no processamento de informações e tarefas de memória (MATTSON; SCHOENFELD; RILEY, 2001).

1.5.3. Síndrome fetal do álcool

Os efeitos da exposição pré-natal ao álcool foram relatados pela primeira vez por Lemoine, na França (LEMOINE et al., 1968). Neste estudo, descreveram as anomalias físicas encontradas em 127 filhos de mães alcoolistas. Cinco anos depois, Jones e Smith (1973), foram os primeiros a apontarem sistematicamente a associação entre abuso de álcool na gestação e um padrão específico de defeitos congênitos que, reunidos como critérios diagnósticos, descreviam uma síndrome denominada Síndrome Fetal do Álcool (SFA) (JONES; SMITH, 1973). Desde então, diversos sistemas diagnósticos têm sido desenvolvidos com o objetivo de cobrir um

largo espectro de anomalias físicas e comportamentais decorrentes da exposição pré-natal ao álcool.

Em julho de 2004, o órgão americano Centro Nacional de Defeitos Congênitos e Desordens do Desenvolvimento do Centro de Controle e Prevenção de Doenças publicou um manual intitulado “Síndrome Fetal do Álcool: normas de referenciamento e diagnóstico” no qual lista os critérios diagnósticos da Síndrome Fetal do Álcool (BERTRAND et al., 2004), que são:

1 Dismorfias faciais

- Filtrum plano;
- Lábio superior fino;
- Fissuras palpebrais curtas (igual ou menor que o percentil 10).

2 Déficit de crescimento

- Peso e comprimento pré-natal ou pós-natal, ou ambos, menor ou igual ao percentil 10, documentado em algum momento (ajustado para idade, sexo, idade gestacional, etnia);

3 Anormalidades do SNC.

- Estruturais
 - Perímetro cefálico igual ou menor que o percentil 10 de acordo com a idade e o sexo;
 - Anormalidades do SNC clinicamente significativas observadas através de exames de imagens.
- Neurológicas
 - Problemas neurológicos que não sejam decorrentes de agravos pós-natais ou febre.
- Funcionais
 - Desempenho substancialmente abaixo do esperado para a idade, escolaridade ou circunstâncias, evidenciado por:
 - Déficit cognitivo global representado em vários domínios com performance abaixo do percentil 3 em testes psicológicos, ou
 - Déficits funcionais abaixo do percentil 16 em pelo menos 3 dos seguintes domínios:
 - déficit cognitivo;

- deficits na função executiva;
- déficits no funcionamento motor;
- problemas com atenção e hiperatividade;
- habilidades sociais;
- outros tais como deficits sensoriais, problemas de linguagem, deficits de memória, etc.

4 Exposição ao álcool na gestação

- Confirmada;
- Desconhecida.

Além dos efeitos na primeira e segunda infância, a SFA persiste com muitos efeitos em longo prazo. A maioria das crianças afetadas que foi seguida clinicamente na idade adulta apresenta dificuldades na aquisição de habilidades sociais e de autocuidados que garantam sua autonomia. Muitos adultos que não receberam cuidados e tratamento apropriados não conseguem terminar sua escolarização, apresentam dificuldades no trabalho e nos relacionamentos com família, cônjuges e amigos. Alguns podem ter problemas legais ou envolvimento com delinquência e drogas (STREISSGUTH et al., 1991).

Quando não são preenchidos todos os critérios da SFA, usa-se o termo Transtornos do Espectro Fetal do Álcool (TEFA). É um termo amplo que descreve um *continuum* de efeitos que podem ocorrer em um indivíduo cuja mãe fez uso de álcool durante a gestação. Estes efeitos podem incluir disfunções físicas, mentais, comportamentais e de aprendizado com implicações ao longo da vida. Este termo não é utilizado como diagnóstico clínico. Inclui outros termos como desordens do neurodesenvolvimento relacionados ao álcool, síndrome fetal do álcool parcial, defeitos congênitos relacionados ao álcool e efeitos fetais do álcool.

Quanto a epidemiologia, a SFA acomete cerca de 0,02 a 0,2% das crianças norte-americanas e entre 4 e 10% dos nascidos de mães dependentes de álcool (MAY; GOSSAGE, 2001).

Sampson, Streissguth e Bookstein (1997) estimam uma incidência de 4,8 crianças norte-americanas acometidas pela SFA em cada 1000 nascidos vivos (SAMPSON; STREISSGUTH; BOOKSTEIN, 1997).

Ademais, a SFA representa a ponta do *iceberg* uma vez que há um número muito maior de crianças que são expostas a baixos níveis de consumo de álcool e que podem também apresentar prejuízos no desenvolvimento. Os TEFA, termo que

engloba qualquer nível de exposição pré-natal ao álcool, afetam aproximadamente um em cada 100 nascidos vivos (SAMPSON; STREISSGUTH; BOOKSTEIN, 1997).

No Brasil, não há dados nacionais sobre a prevalência de SFA e TEFA.

1.6. Consumo de álcool na gestação e psicopatologia infantil

Enquanto estudos mais antigos sobre a toxicidade neurocomportamental associado ao consumo de álcool na gestação envolviam crianças filhas de mães dependentes de álcool, pesquisas mais recentes sugerem efeitos deletérios para crianças que foram expostas *in utero* a quantidades moderadas e mesmo baixas de álcool.

Sood et al. (2001) estudaram o efeito dose-resposta da exposição pré-natal ao álcool e alterações de comportamento em 501 crianças de 6 a 7 anos de idade. Os resultados apontaram uma correlação positiva entre exposição pré-natal ao álcool e maiores pontuações no CBCL, tanto na escala de Comportamentos Externalizáveis e Internalizáveis como também na Pontuação Total. Pontuações mais altas foram observadas nas subescalas de Comportamentos Externalizáveis e Agressivos quando havia exposição pré-natal a baixos níveis de álcool e nas subescalas de Comportamento Delinquente e Pontuação Total quando a exposição era moderada e pesada. Crianças com qualquer nível de exposição pré-natal ao álcool tiveram 3,2 vezes mais pontos na subescala de Comportamento Delinquente quando comparados a crianças não-expostas (SOOD et al., 2001).

D'Onofrio et al. (2007) publicaram um artigo original examinando a associação causal entre exposição pré-natal ao álcool e problemas externalizáveis de comportamento na prole. Para mensurar os confundidores genéticos e ambientais, avaliaram uma ampla amostra de famílias americanas utilizando medidas covariáveis e um delineamento quase-experimental. Seus resultados mostraram que a exposição ao álcool na gestação exerce um efeito causal mediado pelo ambiente no desenvolvimento de problemas de conduta na prole (D'ONOFRIO et al., 2007).

Sayal et al. (2007) conduziram um amplo estudo prospectivo e investigaram a relação entre auto-relato de quantidade e frequência de uso de álcool no primeiro trimestre de gestação e a presença de problemas comportamentais e emocionais clinicamente significativos em crianças de 4 a 8 anos. Encontraram uma associação independente entre um baixo consumo de álcool (uma dose-padrão por semana) no

primeiro trimestre com problemas emocionais em meninas de quatro anos e que persistem até os oito anos de idade (SAYAL et al., 2007).

O'Leary et al. (2010) estudaram a associação entre dose, padrão de uso e tempo de exposição ao álcool durante a gestação e problemas de comportamento em crianças a partir dos dois anos de idade. Para avaliar o comportamento infantil utilizaram o CBCL que foi aplicado aos dois, cinco e oito anos. Concluíram que moderado e alto nível de consumo alcoólico durante a gestação aumenta o risco de comportamentos internalizáveis, especialmente ansiedade/depressão e queixas somáticas (O'LEARY et al., 2010).

Alguns estudos recentes, no entanto, não encontraram relação entre exposição leve e/ou moderada pré-natal ao álcool e maior risco de psicopatologia na infância (KELLY et al., 2009; O'CALLAGHAN et al., 2007; RODRIGUEZ et al., 2009).

O estudo de coorte prospectivo de Robinson et al. (2010), sugere até mesmo um efeito protetor do consumo leve/moderado de álcool na gestação em relação ao desenvolvimento de problemas comportamentais (ROBINSON et al., 2010).

Padrões de consumo alcoólico durante a gestação tais como episódios de *binge* podem ser tão importantes quanto padrões de consumo diário e ambos conferem riscos de problemas de comportamento e de aprendizados em crianças expostas. Para mulheres, o consumo de quatro ou mais doses-padrão por ocasião, em aproximadamente duas horas, é considerado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) como um padrão de beber *binge* (NIAAA, 2004).

Sayal et al. (2009) conduziram um amplo estudo populacional e longitudinal investigando o padrão *binge* em gestantes e sua relação com problemas de comportamento em crianças. Concluíram que o consumo ocasional de quatro ou mais doses-padrão (uma dose padrão = cerca de 10 a 14 g de álcool) durante a gestação pode aumentar o risco de problemas de comportamento em crianças, principalmente hiperatividade e problemas de atenção, mesmo na ausência de um consumo diário e regular de álcool (SAYAL et al., 2009).

Em 2004, Bailey et al. examinaram os efeitos da quantidade e da frequência da exposição pré-natal ao álcool no desenvolvimento infantil. Crianças que foram expostas a padrões *binge* de consumo de álcool apresentavam-se 2,5 vezes mais propensas a ter níveis clinicamente significativos do comportamento delinquente (BAILEY et al., 2004).

Crianças expostas ao uso pesado de álcool também apresentam maiores taxas de doenças psiquiátricas quando comparadas a crianças não expostas (FRYER et al., 2007; O'CONNOR et al., 2002).

Bhatara, Loudenberg e Ellis (2006) exploraram a associação entre a prevalência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e níveis de risco à exposição alcoólica na gestação. Encontraram em um grupo de 2231 crianças com alguma desordem do espectro fetal alcoólico uma prevalência de 41% de TDAH, 17% de transtorno de aprendizagem e 16% de Transtorno Desafiador e Oposição/Transtorno de Conduta (TDO/TC). A frequência de distribuição dos casos de TDAH estava de acordo com os níveis de risco para a exposição ao álcool na gestação sendo maior no grupo de alto risco e menor no grupo de nenhum risco (BHATARA; LOUDENBERG; ELLIS, 2006).

1.7. Avaliação psiquiátrica na idade escolar

Instrumentos padronizados têm sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes. É grande a quantidade e a variedade de instrumentos existentes. Os instrumentos de avaliação de crianças têm algumas peculiaridades em relação àqueles de avaliação de adultos. Assim, por exemplo, não se pode deixar de considerar que a criança é um ser em desenvolvimento, isto é, apresenta características diferentes dependendo da idade. Para contemplar esse fato, os instrumentos de avaliação utilizados na infância devem, muitas vezes, apresentar versões específicas para diferentes faixas etárias. Há instrumentos com diferentes finalidades, sendo possível, de modo padronizado, apenas identificar problemas de saúde mental, efetuar o diagnóstico psiquiátrico do quadro em questão, mensurar o desenvolvimento infantil (em menores de três anos), a inteligência, a adaptação social, a personalidade e dinâmica emocional, entre outras (DUARTE; BORDIN, 2000).

Um dos instrumentos de avaliação de comportamento infantil mais citado na literatura é o CBCL, que tem sido considerado um dos instrumentos mais eficazes para quantificar as respostas de pais e mães em relação ao comportamento dos filhos. Trata-se de um questionário composto de 138 itens que deve ser respondido pelos pais de crianças na faixa etária de seis a 18 anos, para que estes forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais de seus filhos (ACHENBACH, 2001). Do total de itens, 20 deles destinam-se à avaliação da

competência social da criança, enquanto 118 são relativos à avaliação de seus problemas de comportamento. Devido ao seu rigor metodológico, esse inventário é utilizado em diversas culturas, já foi traduzido para 61 línguas e existem estudos publicados em 50 diferentes línguas, demonstrando, assim, um grande valor em pesquisas e utilidade na prática clínica. No Brasil, a adaptação do CBCL foi feita por Bordin, Mari e Caeiro (1995) e o inventário foi dividido em duas partes, destinadas, respectivamente, à avaliação da competência social e de problemas de comportamento (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995). O instrumento inclui oito escalas de síndromes: isolamento; queixas somáticas; ansiedade/depressão; problemas sociais; problemas do pensamento; problemas de atenção; problemas sexuais; comportamento de quebrar regras; e comportamento agressivo, podendo ser utilizado para avaliação de indicadores de distúrbio que correspondam a qualquer uma dessas oito escalas.

Se o objetivo é avaliar sintomas psiquiátricos mais específicos, ou seja, relacionados a determinadas condições clínicas, como o TDAH e TDO, pode-se recorrer a questionários que utilizam os critérios da *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) e que são usados para rastreio, avaliação da gravidade e frequência de sintomas e acompanhamento de tratamento, podendo ser respondidos por pais e/ou professores.

Quando a finalidade é a formulação de diagnósticos psiquiátricos (e não apenas a identificação de conjuntos de sintomas), são muitos os instrumentos padronizados existentes. Dentre os mais utilizados merece atenção o K-SADS, disponível em três versões: K-SADS-E (epidemiológica), K-SADS-PL (diagnósticos atuais e ao longo da vida) e K-SADS-P IVR (diagnósticos nos últimos 12 meses, incluindo medida de gravidade dos sintomas). Trata-se de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos pais e à criança, cuja aplicação deve ser realizada por psiquiatra experiente na área da infância e adolescência, pois o julgamento clínico é também utilizado para gerar os resultados (DUARTE; BORDIN, 2000). Foi projetada por Kaufman (KAUFMAN et al., 1997) e validada no Brasil (BRASIL, 2003).

1.8. Principais síndromes

Achenbach e Edelbrock (1978) classificaram os sintomas psiquiátricos na infância e adolescência em 'internalizáveis' e 'externalizáveis' (ACHENBACH; EDELBROCK, 1978). O construto dos problemas de comportamento externalizáveis

refere-se a um grupo de problemas de comportamento que se manifestam no comportamento observável (objetivo) e reflete a reação da criança ao ambiente externo. Estes sintomas consistem em comportamentos disruptivos, hiperativos e agressivos.

Em contraste, crianças podem desenvolver problemas de comportamento internalizáveis como esquiva social, ansiedade, inibição e sintomas depressivos, problemas que mais estão relacionados ao mundo interno da criança do que ao mundo externo (ACHENBACH, 2001).

2. OBJETIVOS

Considerando-se o exposto, os objetivos propostos para a presente pesquisa são:

2.1. Objetivo geral

- Investigar as relações entre consumo de álcool na gestação e sintomas psiquiátricos em escolares.

2.2. Objetivo específico

- Verificar possíveis associações entre variáveis indicadoras de consumo materno de álcool (padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação, T-ACE, diagnóstico de dependência ao álcool ou uso nocivo e recordatório do consumo de álcool durante a gestação) e variáveis indicadoras de psicopatologia nos filhos (CBCL e sub-escalas e K-SADS-PL).

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de estudo observacional, transversal.

3.2. Amostragem

As mães participantes do estudo foram selecionadas a partir do banco de dados do projeto GESTA-ÁLCOOL (1^a. fase).

3.3. Critérios de inclusão

Foram elegíveis para o estudo todas as pacientes participantes da 1^a. fase do projeto GESTA-ÁLCOOL, coordenado pelo Prof. Dr. Erikson F. Furtado, entre 2000 e 2001.

3.4. Critérios de não-inclusão

Não foram incluídas no estudo as pacientes que se recusaram a participar do estudo ou aquelas que não foram localizadas para a entrevista ou ainda que não tiveram condições de comparecer à entrevista.

3.5. Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo as pacientes que assim o solicitaram, a qualquer momento do estudo.

3.6. Aplicação dos instrumentos e questionários

A fim de atender os objetivos do estudo foram utilizados dois instrumentos de avaliação psicopatológica na infância (CBCL e K-SADS-PL), aplicados no presente estudo, e um instrumento de rastreamento do consumo de álcool pela mãe durante a gestação (T-ACE), além do recordatório de uso de álcool (na gestação e atual) e da presença de diagnóstico materno de dependência de álcool ou uso nocivo de álcool (durante a gestação).

Os instrumentos de avaliação aplicados nas mães foram:

- Questionário de levantamento das condições sócio-demográficas, informações sobre saúde geral e desenvolvimento neuropsicomotor da criança, uso de álcool ou outras drogas (na vida e durante a gestação) (Apêndice 8.3).
- T-ACE, aplicado na gestação (1^a. fase do estudo) (Anexo 9.3).
- CBCL 4-18 anos (Anexo 9.1).
- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) (Anexo 9.2).

O CBCL (ACHENBACH, 2001) é o instrumento mais utilizado mundialmente para identificar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações dos pais que inclui 118 itens e já foi traduzido em 55 idiomas. Há versões para crianças de 18 meses a 5 anos (CBCL/2-3) e para crianças de 4 a 18 anos (CBCL/4-18). Ele avalia duas grandes áreas sindrômicas compostas de sintomas psiquiátricos, a saber: grupo dos sintomas externalizáveis (agressividade, hiperatividade, delinquência) e grupo dos sintomas internalizáveis (queixas ansiosas e depressivas, queixas somáticas e esquiva social). Há ainda um grupo que não pertence a nenhum dos anteriores que avalia competência social, alteração do pensamento e desatenção). O CBCL apresenta boa consistência interna, o que permite uma avaliação global e favorece o diagnóstico clínico acurado. O princípio de construção do CBCL foi totalmente empírico, baseado no tratamento estatístico (análise fatorial) de uma lista de queixas na área de saúde mental, freqüentemente presentes em prontuários médicos. A versão brasileira do CBCL (4-18 anos) é denominada "Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência" tendo sido validado no Brasil (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995).

O K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semi-estruturada projetada por Kaufman et al. (1997) e validada no Brasil por Brasil, em 2003, para avaliar episódios de psicopatologia no momento atual e no passado, em crianças e adolescentes segundo os critérios do DSM III e DSM IV. Perguntas e critérios objetivos são fornecidos para pontuar cada um dos sintomas (BRASIL, 2003).

Sokol, Martier e Ager (1989) desenvolveram o T-ACE (acrônimo obtido das palavras inglesas: *Tolerance*, *Annoyed*, *Cut down* e *Eye opener*), um questionário breve, aplicável em um a dois minutos de conversação e utilizado na rotina dos serviços de ginecologia e obstetrícia. Além de viabilizar a detecção de gestantes que possuem consumo alcoólico de risco em serviços obstétricos e ginecológicos

mostrou-se eficiente apresentando uma especificidade de 89% e sensibilidade de 69% (SOKOL; MARTIER; AGER, 1989). Pontuação igual ou superior a 2 pontos indicam uma alta suspeição para um consumo alcoólico de risco durante a gestação, compondo o grupo caso positivo. O T-ACE já foi adaptado e validado para o Brasil (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007).

3.7. Levantamento de dados

Este estudo é um subprojeto derivado do projeto principal intitulado INFANTO-ÁLCOOL, o qual corresponde ao seguimento (*follow-up*) da mesma amostra do projeto GESTA-ÁLCOOL, iniciado em 1999 (FABBRI; FURTADO; LAPREGA, 2007; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005), cujo objetivo é investigar as relações entre os fatores biológicos de risco durante a gestação para o embrião e o processo de desenvolvimento infantil e condições psicopatológicas. Contempla vários sub-projetos, incluindo o projeto de doutoramento (em andamento) de Luciana Inácia Alcântara, do Programa de Saúde Mental da FMRP-USP, intitulado “Consumo de álcool na gestação e sua relação com o desenvolvimento cognitivo dos filhos na idade escolar”.

As pessoas que participaram das várias etapas do projeto foram: Prof. Dr. Erikson F. Furtado, coordenador do Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia (NPPCP); psicóloga Luciana Inácia de Alcântara, aluna de doutorado; Enfermeira Larissa Horta Esper, colaboradora de pesquisa; Lucila Marques dos Reis, assistente administrativa do NPCP/PAI-PAD e Maria Lúcia Trevilato, secretária do SACP-HC-FMRP-USP.

3.8. Coleta de dados

O período de levantamento de dados teve a duração de um ano. Toda a coleta foi feita no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, dividida em três etapas.

Na primeira etapa as mães foram informadas do estudo através de cartas enviadas pela assistente administrativa do PAI-PAD, Lucila M. Reis, aos endereços que constavam da amostra do projeto GESTA-ÁLCOOL.

Das 449 correspondências enviadas, 294 foram devolvidas devido a endereço incorreto, incompleto ou inexistente e 175 mães foram contactadas por telefone para participarem da 2^a. etapa.

Na 2^a. etapa, as mães foram novamente contactadas por telefone por uma entrevistadora independente (Enfermeira Larissa Horta Esper, colaboradora de pesquisa) e orientadas a comparecerem ao Hospital das Clínicas com seus filhos para as entrevistas.

Das mães contactadas, 126 se recusaram ou não tiveram condições de participar do estudo, justificadas pelo custo do transporte e pela impossibilidade de se ausentar do trabalho nos horários das entrevistas.

Cinquenta e nove mães concordaram em participar do estudo e foram agendados dias e horários para as entrevistas no Hospital das Clínicas (3^a. etapa).

Na 3^a. etapa, as mães foram entrevistadas pelo pesquisador, enquanto os filhos foram submetidos a testes psicológicos pela psicóloga e doutoranda Luciana I. Alcântara (resultados não utilizados neste estudo). As mães foram devidamente informadas quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido.

Inicialmente as mães responderam sozinhas (auto-aplicação) ao CBCL. O pesquisador permaneceu na sala esclarecendo eventuais dúvidas relacionadas a algum aspecto do instrumento. Em seguida, foi aplicado o questionário de levantamento das condições sócio-demográficas e o K-SADS-PL.

As mães e as crianças foram dispensadas e orientadas quanto às devolutivas das avaliações. As crianças identificadas pelos instrumentos como positivas para psicopatologia foram encaminhadas aos Serviços de Saúde Mental especializados para iniciarem seguimento psicológico e psiquiátrico.

3.9. Aspectos éticos

A informante (mãe) foi consultada e informada sobre a pesquisa, conforme procedimentos descritos no item acima. Foram selecionadas aquelas que concordaram em participar da mesma, expresso através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 8.2), redigido conforme os princípios da Resolução nº. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos – Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP como parte do projeto maior denominado INFANTO-ÁLCOOL (Apêndice 8.1).

O pesquisador responsável e seus colaboradores declararam-se comprometidos a cumprir e zelar pelo cumprimento dos direitos dos sujeitos da pesquisa, garantindo a estes a privacidade e sigilo dos seus dados pessoais, o direito a informação continuada sobre o estudo, o encaminhamento para auxílio de saúde quando for necessário, o ressarcimento das despesas que os sujeitos tenham necessariamente que despendar para o atendimento as consultas da pesquisa, a garantia do direito de indenização por dano relacionado a pesquisa, como é previsto em lei, e a garantia de publicação dos resultados da pesquisa, além dos direitos e garantias devidamente expressas no corpo da Resolução nº. 196/96.

3.10. Desconfortos e riscos esperados

O único provável desconforto talvez seja o relacionado ao tempo extra que as mães tiveram que despendar com a realização das entrevistas.

3.11. Análise estatística

Os dados categóricos foram expressos como número e percentual, enquanto os dados contínuos foram expressos como média $\pm$ desvio-padrão. Os participantes foram divididos em grupos para comparação. As variáveis categóricas foram comparadas pelo teste do qui-quadrado, e as variáveis contínuas, pelo teste U de Mann-Whitney (2 grupos) ou por análise de variância (ANOVA, para 3 ou mais grupos). Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

Ao todo, 59 mulheres foram entrevistadas entre janeiro e novembro de 2009. Destas, 32 (54,2%) eram brancas, 23 (39%) eram pardas e 3 (5,1%) eram negras.

Quanto ao estado civil destas mulheres, 14 (23,7%) eram solteiras ou separadas, 28 (47,5%) eram casadas, um (1,7%) era viúva e 16 (27,1%) viviam em união estável.

Em relação ao número de filhos, 28 (47,5%) mulheres tinham dois filhos, 12 (20,3%) tinham três filhos, sete (11,9%) tinham um filho e 11 (18,7%) tinham de quatro a oito filhos.

No que concerne à convivência dos pais biológicos dos filhos estudados, 17 (28,8%) mulheres não viviam com o pai biológico e 41 (69,5%) mulheres viviam com o pai biológico.

Segundo a renda familiar, 38 (64,4%) mulheres possuíam renda familiar mensal de até R\$ 1.500,00 e 21 (35,6%) mulheres possuíam renda de R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00.

Com relação a idade dos filhos, 49 (83,1%) tinham oito anos, dois (3,4%) tinham nove anos, um (1,7%) tinha sete anos e um (1,7%) tinha 10 anos.

4.2. Comparação dos dados demográficos segundo a presença de diagnóstico psiquiátrico na criança

Das 37 mulheres que tinham renda familiar atual de até R\$ 1.500,00, foram encontrados 22 (60%) filhos com diagnóstico psiquiátrico, no entanto, no grupo das 20 mulheres que tinham renda familiar entre R\$ 1.500,00 e R\$ 3.000,00, foram encontrados dois (10%) filhos com diagnóstico psiquiátrico ($p < 0,001$).

Das 39 mulheres que tinham renda familiar na gestação de até R\$ 1.500,00, foram encontrados 17 (43%) filhos com diagnóstico psiquiátrico, ao passo que no grupo das 18 mulheres que tinham renda familiar na gestação entre R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00, foram encontrados sete (38%) filhos com diagnóstico psiquiátrico. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,73$).

Das 59 mulheres entrevistadas, houve uma perda de 30 (51%) respostas quanto à prática de alguma religião. Das 18 mulheres que declararam praticar uma

religião, cinco (27,8%) mulheres tinham filhos com diagnóstico psiquiátrico, enquanto que das 11 mulheres que declararam não ter religião, seis (54,5%) mulheres tinham filhos com diagnóstico psiquiátrico. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,14$).

Com relação à escolaridade paterna atual, obtida através do relato da mãe, 33 pais que possuíam o ensino fundamental tiveram 14 (42,4%) filhos com diagnóstico psiquiátrico, 21 pais que possuíam o ensino médio tiveram oito (38,1%) filhos com diagnóstico psiquiátrico e um pai tinha um (100%) filho com diagnóstico psiquiátrico. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,46$).

Segundo a escolaridade materna atual, 25 mães que possuíam o ensino fundamental tiveram 13 (52%) filhos com diagnóstico psiquiátrico, ao passo que 29 mães que possuíam o ensino médio tiveram 10 (34,5%) filhos com diagnóstico psiquiátrico. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,4$).

4.3. Estudo da associação de indicadores de consumo de álcool materno e indicadores de psicopatologia na infância

4.3.1. Padrão de consumo semanal de álcool versus CBCL (comportamentos)

A média da pontuação total do CBCL dos filhos, obtido da entrevista com as mães, foi de $45,8 \pm 28,2$. A média da pontuação da síndrome internalizável do CBCL dos filhos, obtido da entrevista com as mães, foi de $11,1 \pm 7,8$. A média da pontuação da síndrome externalizável do CBCL dos filhos, obtido da entrevista com as mães, foi de $12,4 \pm 9,2$.

A pontuação de cada item do CBCL de acordo com a presença de padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Comparação das médias e desvios-padrão das pontuações de cada item do *Child Behaviour Checklist* (CBCL) de acordo com a presença ou não de padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação.

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade	1,000 ± 0,866	0,64 ± 0,61	0,20
Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais	-	0,02 ± 0,15	0,66
Argumenta muito	1,440 ± 0,882	0,85 ± 0,75	0,04*
Não consegue terminar as coisa que começa	1,110 ± 0,928	0,96 ± 0,83	0,61
Há poucas coisas que lhe dão prazer	0,780 ± 0,972	0,57 ± 0,68	0,65
Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/penico	0,440 ± 0,882	0,02 ± 0,15	0,01*
É convencido, conta vantagem	0,440 ± 0,726	0,28 ± 0,50	0,54
Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo	1,440 ± 0,882	0,83 ± 0,84	0,05
Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)	0,560 ± 0,726	0,36 ± 0,64	0,34
É agitado, não pára quieto	1,330 ± 0,866	1,28 ± 0,80	0,80
Fica grudado nos adultos, é muito dependente	1,110 ± 0,782	0,70 ± 0,75	0,13
Queixa-se de solidão	0,670 ± 0,866	0,26 ± 0,49	0,12
Parece estar confuso, atordoado	0,330 ± 0,707	0,17 ± 0,43	0,52
Chora muito	0,560 ± 0,726	0,45 ± 0,69	0,59
É cruel com os animais	0,330 ± 0,500	0,04 ± 0,20	<0,05*
É cruel, maltrata as pessoas	0,220 ± 0,667	0,06 ± 0,32	0,39
Fica no ‘mundo da lua’, perdido nos próprios pensamentos	1,000 ± 0,866	0,74 ± 0,85	0,38

(continua)

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
(continuação)			
Machuca-se de propósito ou tentou suicidar-se	-	0,04 ± 0,29	0,66
Exige que prestem atenção nele	1,000 ± 0,866	0,83 ± 0,70	0,56
Destrói as próprias coisas	0,670 ± 1,000	0,43 ± 0,74	0,55
Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas	0,330 ± 0,707	0,23 ± 0,60	0,60
É desobediente em casa	1,110 ± 0,782	0,74 ± 0,74	0,18
É desobediente na escola	0,560 ± 0,882	0,45 ± 0,65	0,89
É difícil para comer (não quer se alimentar direito)	0,890 ± 1,054	0,49 ± 0,66	0,32
Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes	0,560 ± 0,726	0,26 ± 0,57	0,11
Falta de arrependimento, não se sente culpado apos ter se comportado mal	0,440 ± 0,882	0,32 ± 0,59	0,95
Fica com ciúmes facilmente	1,330 ± 0,707	1,04 ± 0,75	0,28
Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares	0,440 ± 0,882	0,47 ± 0,62	0,55
Tem medo de certos animais, situações ou lugares	1,000 ± 1,000	0,49 ± 0,66	0,13
Tem medo da escola	-	0,04 ± 0,29	0,66
Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo	0,560 ± 0,882	0,30 ± 0,62	0,37
Tem ‘mania de perfeição’, acha que tem que fazer tudo certinho	0,560 ± 0,726	0,47 ± 0,69	0,67
Acha que ninguém gosta dele	0,780 ± 0,833	0,49 ± 0,72	0,27
Acha que os outros perseguem-no	0,220 ± 0,441	0,13 ± 0,34	0,46
Sente-se desvalorizado, inferior	0,440 ± 0,527	0,28 ± 0,54	0,24
(continua)			

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
(continuação)			
Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes	0,440 ± 0,882	0,34 ± 0,60	0,96
Entra em muitas brigas	0,560 ± 0,726	0,23 ± 0,52	0,10
É alvo de gozações frequentemente	0,220 ± 0,441	0,34 ± 0,64	0,74
Anda em más companhias	0,110 ± 0,333	0,04 ± 0,29	0,19
Escuta sons e vozes que não existem	0,220 ± 0,667	0,09 ± 0,41	0,40
É impulsivo, age sem pensar	0,330 ± 0,707	0,68 ± 0,66	0,10
Prefere ficar sozinho a ficar na companhia de outros	0,560 ± 0,726	0,17 ± 0,48	0,02*
Mente ou engana os outros	0,780 ± 0,833	0,36 ± 0,64	0,09
Rói unhas	1,220 ± 0,667	0,49 ± 0,69	<0,05*
É nervoso ou tenso	1,000 ± 0,866	0,72 ± 0,80	0,34
Tem ‘tique nervoso’, cacoete	0,330 ± 0,707	0,04 ± 0,20	0,05
Tem pesadelos	0,670 ± 0,707	0,28 ± 0,54	0,05
As outras crianças ou adolescentes não gostam dele	0,220 ± 0,667	0,13 ± 0,34	0,98
Tem prisão de ventre, intestino preso	0,440 ± 0,882	0,26 ± 0,53	0,75
É apreensivo, aflito ou ansioso demais	1,110 ± 0,782	0,81 ± 0,71	0,26
Tem tonturas	-	0,09 ± 0,28	0,36
Sente-se excessivamente culpado	0,110 ± 0,333	0,09 ± 0,28	0,80
Come exageradamente	0,670 ± 0,866	0,36 ± 0,61	0,28
Sente-se cansado demais sem motivo	0,330 ± 0,707	0,43 ± 0,68	0,61
Está gordo demais	0,330 ± 0,707	0,19 ± 0,50	0,55
Tem dores (por nervoso)	0,220 ± 0,667	0,15 ± 0,42	0,96
Tem dores de cabeça (por nervoso)	0,670 ± 0,707	0,49 ± 0,72	0,37
Tem náuseas, enjôos (por nervoso)	0,110 ± 0,333	0,02 ± 0,15	0,18
(continua)			

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
(continuação)			
Tem problemas com os olhos (por nervoso)	-	0,06 ± 0,32	0,53
Tem problemas de pele (por nervoso)	0,330 ± 0,707	0,06 ± 0,25	0,11
Tem dores de estômago ou de barriga (por nervoso)	0,330 ± 0,707	0,38 ± 0,64	0,71
Tem vômitos (por nervoso)	-	0,09 ± 0,28	0,36
Tem outras queixas (por nervoso)	-	0,04 ± 0,20	0,53
Ataca fisicamente as pessoas	0,110 ± 0,333	0,13 ± 0,34	0,89
Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo	0,780 ± 0,667	0,40 ± 0,61	0,07
Mexe nas partes íntimas em público	0,220 ± 0,667	0,06 ± 0,25	0,56
Mexe demais nas partes íntimas	0,220 ± 0,667	0,02 ± 0,15	0,17
Não vai bem na escola	0,890 ± 0,928	0,72 ± 0,85	0,59
É desajeitado, desastrado	0,670 ± 0,866	0,62 ± 0,80	0,88
Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos	0,670 ± 1,000	0,53 ± 0,69	0,93
Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos	0,780 ± 0,833	0,60 ± 0,71	0,53
Recusa-se a falar	0,890 ± 0,928	0,30 ± 0,55	0,03*
Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)	0,560 ± 0,882	0,19 ± 0,50	0,15
Foge de casa	0,110 ± 0,333	0,02 ± 0,15	0,18
Grita muito	1,000 ± 0,866	0,57 ± 0,74	0,13
É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém	1,000 ± 1,000	0,38 ± 0,53	0,06
Vê coisas que não existem	-	0,09 ± 0,35	0,44
(continua)			

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
(continuação)			
Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele	0,220 ± 0,441	0,38 ± 0,57	0,46
Põe fogo nas coisas	0,110 ± 0,333	0,09 ± 0,35	0,63
Tem problemas sexuais	-	0,04 ± 0,29	0,66
Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas	0,670 ± 0,866	0,55 ± 0,65	0,82
É muito tímido	0,440 ± 0,726	0,53 ± 0,65	0,62
Dorme menos que a maioria das crianças e adolescentes	0,220 ± 0,667	0,45 ± 0,62	0,18
Dorme mais que a maioria das crianças e adolescentes durante o dia e/ou a noite	0,780 ± 0,833	0,38 ± 0,61	0,12
É desatento, distrai-se com facilidade	0,890 ± 1,054	0,79 ± 0,83	0,85
Tem problemas de fala	0,220 ± 0,667	0,19 ± 0,54	0,93
Fica com o olhar parado, 'olhando o vazio'	0,670 ± 0,866	0,34 ± 0,60	0,24
Rouba em casa	-	0,06 ± 0,32	0,53
Rouba fora de casa	0,220 ± 0,667	0,06 ± 0,32	0,39
Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada	1,000 ± 0,866	0,45 ± 0,69	0,04*
Tem comportamento estranho	0,220 ± 0,667	0,09 ± 0,35	0,58
Tem idéias estranhas	0,220 ± 0,667	0,11 ± 0,38	0,75
É mal humorado, irrita-se com facilidade	0,890 ± 0,782	0,49 ± 0,62	0,12
Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos	0,560 ± 0,882	0,38 ± 0,61	0,71
Fica emburrado facilmente	1,670 ± 0,500	1,02 ± 0,71	0,01*
É desconfiado	0,890 ± 0,928	0,30 ± 0,51	0,03*
Xinga ou fala palavrões	0,670 ± 0,707	0,38 ± 0,68	0,15
Fala que vai se matar	-	0,11 ± 0,43	0,44
(continua)			

Comportamento	Padrão de consumo semanal de álcool durante a gestação		p
	Presente	Ausente	
(conclusão)			
Fala ou anda dormindo	0,440 ± 0,726	0,23 ± 0,56	0,27
Fala demais	1,220 ± 0,833	1,34 ± 0,70	0,71
Gosta de ‘gozar da cara’ dos outros	0,890 ± 0,928	0,40 ± 0,58	0,11
É esquentado, tem acessos de raiva	0,560 ± 0,726	0,34 ± 0,60	0,31
Pensa demais em sexo	-	0,02 ± 0,15	0,66
Ameaça as pessoas	0,220 ± 0,667	0,04 ± 0,29	0,18
Chupa o dedo	-	0,17 ± 0,56	0,36
Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco	-	0,04 ± 0,20	0,53
Tem problemas com o sono	-	0,11 ± 0,31	0,31
Mata aula	0,220 ± 0,667	0,04 ± 0,20	0,37
É pouco ativa, movimenta-se vagosamente ou falta-lhe energia	0,330 ± 0,707	0,32 ± 0,63	0,97
É infeliz, triste ou deprimido	0,440 ± 0,726	0,06 ± 0,25	0,01*
É barulhento demais	0,780 ± 0,833	0,85 ± 0,78	0,78
Usa drogas (exclui álcool e tabaco)	-	0,02 ± 0,15	0,66
Estraga ou destrói coisas públicas	-	0,04 ± 0,29	0,66
Faz xixi na roupa durante o dia	0,560 ± 0,882	0,09 ± 0,35	0,01*
Faz xixi na cama	0,330 ± 0,707	0,19 ± 0,54	0,46
Fica choromingando, fazendo manha	0,890 ± 0,782	0,43 ± 0,62	0,06
Gostaria de ser do sexo oposto	-	0,04 ± 0,29	0,66
É retraído, não se relaciona com os outros	0,110 ± 0,333	0,15 ± 0,36	0,76
É muito preocupado	0,330 ± 0,500	0,28 ± 0,50	0,66
Outros problemas	-	0,04 ± 0,29	0,66

Legenda: * significa $p < 0,05$.

4.3.2. Uso semanal de álcool na gestação versus média da pontuação total do CBCL

Das 46 mães que não tiveram uso semanal de álcool na gestação, a média da pontuação total do CBCL nos filhos foi de $41,1 \pm 24,3$, enquanto que das nove mães que relataram uso semanal de álcool na gestação a média foi de $60,7 \pm 36,0$. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,046$).

4.3.3. Comparação das médias entre grupos T-ACE positivo e negativo versus pontuação total do CBCL

Das 42 mães que apresentaram T-ACE negativo, a média da pontuação total do CBCL nos filhos foi de $44,4 \pm 28,4$, enquanto que das 15 mães que apresentaram T-ACE positivo a média foi de $49,8 \pm 28,3$. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,53$).

4.3.4. Comparação das médias dos grupos das mães com e sem diagnóstico da CID-10 versus pontuação total do CBCL

Das 50 mães que não apresentaram diagnóstico da CID-10, foi encontrado uma média na pontuação total do CBCL de $44,8 \pm 27,3$, ao passo que das sete mães que apresentaram diagnóstico da CID-10 a média foi de $53 \pm 35,7$. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,48$).

4.3.5. Uso semanal de álcool na gestação versus média das pontuações do CBCL de Síndrome Internalizável e Síndrome Externalizável nos filhos

Das 46 mães que não faziam uso semanal de álcool, foi encontrado uma média na pontuação de Síndrome Internalizável nos filhos de $9,9 \pm 6,4$, enquanto que das nove mães que faziam uso semanal de álcool foi encontrada uma média de $14,3 \pm 9,4$. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,26$).

Das 46 mães que não faziam uso semanal de álcool, foi encontrado uma média na pontuação de Síndrome Externalizável nos filhos de $11,1 \pm 8,4$, enquanto que das nove mães que faziam uso semanal de álcool foi encontrada uma media de $17,2 \pm 11,8$. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,20$).

4.3.6. T-ACE positivo (gestação) materno versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança

Das 42 mães que tinham T-ACE positivo na gestação, foram encontradas 15 (35,7%) crianças com diagnóstico psiquiátrico atual, enquanto que das 15 mães que tinham T-ACE negativo na gestação foram encontradas nove (60%) crianças com diagnóstico psiquiátrico atual. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,10$).

4.3.7. Diagnóstico materno (dependência de álcool e uso nocivo) pela CID-10 na gestação versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança

Das 51 mães que não tinham diagnóstico na gestação, foram encontradas 20 (39,2%) crianças com diagnóstico psiquiátrico atual, ao passo que das seis mães que tinham diagnóstico na gestação foram encontradas quatro (66,7%) crianças com diagnóstico psiquiátrico atual. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,19$).

4.3.8. Padrão de uso semanal de álcool na gestação versus diagnóstico psiquiátrico atual da criança

Das 46 mães que não tinham um padrão de uso semanal de álcool na gestação, foram encontradas 16 crianças (34,8%) com diagnóstico psiquiátrico, enquanto que das nove mães que tinham um padrão de uso semanal de álcool na gestação foram encontradas sete (77,8%) crianças com diagnóstico psiquiátrico atual. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,017$).

4.3.9. Presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico atual nos filhos versus dias de consumo de álcool, doses de álcool e episódios de *binge* nos primeiro, segundo e terceiro trimestres da gestação (recordatório)

Os resultados do número de dias, número de doses e número de episódios de *binge* de acordo com a presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico atual nos filhos encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Padrão de consumo de álcool na gestação (número de dias, número de doses e número de episódios de *binge*), por trimestre, de acordo com a presença ou ausência de diagnóstico psiquiátrico atual nos filhos.

	Diagnóstico psiquiátrico atual								
	1º. Trimestre			2º. Trimestre			3º. Trimestre		
	Presente	Ausente	p	Presente	Ausente	p	Presente	Ausente	p
Número de dias	6,0 ± 12,6	4,7 ± 15,9	0,74	5,8 ± 16,9	3,7 ± 15,8	0,62	5,5 ± 18,7	3,8 ± 15,8	0,70
Número de doses	1,9 ± 3,9	0,8 ± 2,1	0,15	1,6 ± 1,40	2,9 ± 13,9	0,65	1,8 ± 5,4	0,6 ± 2,1	0,24
Número de episódios de <i>binge</i>	3,4 ± 12,3	3,3 ± 15,7	0,98	4,0 ± 16,3	5,5 ± 20,6	0,78	4,3 ± 18,3	3,0 ± 15,7	0,78

5. DISCUSSÃO

Este é primeiro estudo brasileiro que utilizou diferentes instrumentos de avaliação psicopatológica na infância e também diversos instrumentos de mensuração de consumo alcoólico na gestação. Uma das limitações deste estudo é sua baixa força amostral para verificação de associações, devido a um número insuficiente de sujeitos.

A amostra deste estudo foi caracterizada por uma maioria de mulheres brancas, casadas, com uma média de dois filhos, que viviam com o pai biológico do filho estudado e possuíam uma renda familiar mensal de até R\$ 1.500,00.

Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres que tinham renda mensal atual de até R\$ 1.500,00 e presença de diagnóstico psiquiátrico (K-SADS-PL) nos filhos. O fato de a criança pertencer a classes sociais desfavorecidas não implica, por si mesmo, no desenvolvimento de problemas psiquiátricos. São os múltiplos fatores de risco associados a esta condição que, sofrendo um efeito cumulativo, determinam o desenvolvimento de condutas desadaptadas ou sintomas psiquiátricos e, entre esses fatores podem ser citados os fatores ambientais, culturais, familiares e genéticos. A hipótese de interação entre fatores ambientais e genéticos é reforçada pelos achados de FURTADO et al. (2002), que encontraram alta prevalência de adoecimento psiquiátrico em filhos de pais alcoolistas (FURTADO; LAUCHT; SCHMIDT, 2002).

Dessa forma, os fatores de risco, quando em associação interativa, constituem-se em mecanismos de risco, aumentando a probabilidade ou desencadeando um desfecho desenvolvimental negativo para o indivíduo. Quando muitas situações de risco se associam, elas dificultam o cumprimento da agenda desenvolvimental, a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais. Deve-se ter em conta, além disso, que estes fatores diferem de uma família para outra, de forma que, nem todas as famílias pertencentes a uma classe social mais baixa se caracterizam pelos mesmos padrões de conduta (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Entretanto, quando se considera a renda mensal durante a gestação esta diferença desaparece. Isto pode ser resultado de mudanças de nível sócio-

econômico das pacientes entre uma avaliação e outro (intervalo de 8 a 9 anos) levando, portanto, a uma possível redução dos fatores de risco associados.

Quanto à prática de uma religião pelas mães, não foi demonstrada associação significativa com diagnóstico psiquiátrico na infância. Moreira-Almeida et al. (2006), exploraram a associação entre religiosidade e saúde mental e concluíram em sua revisão que há evidências suficientes disponíveis na literatura para se afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado a melhor saúde mental, apesar dos mediadores desta associação ainda serem objetos de investigação (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006). SILVA et col., 2009, ao investigarem a relação entre a prática religiosa, sintomas psiquiátricos e consumo alcoólico em gestantes do SUS encontraram médias menores nas pontuações de sintomas depressivos e de uso do álcool em comparação às não praticantes (SILVA; RONZANI; FURTADO, 2009). Em nosso estudo, infelizmente, houve uma perda de 51% de respostas no quesito prática religiosa, e, desta forma, torna-se difícil qualquer conclusão sobre o peso deste complexo fator na gênese na gênese dos distúrbios psiquiátricos na infância.

Também não houve associação estatisticamente significativa entre escolaridades paterna e materna atual e presença de diagnóstico psiquiátrico nos filhos. A baixa escolaridade dos pais constitui-se um fator de risco psicossocial para os filhos, que associados a outros fatores, aumentam a probabilidade destes apresentarem condições psiquiátricas. Esta ausência de associação pode ser explicado por fatores protetores que reduzem este risco.

Quando são comparadas as pontuações médias de comportamentos do CBCL nos filhos de acordo com a presença ou ausência de padrão de consumo semanal de álcool, foram encontradas pontuações médias significativamente maiores ($p < 0,05$) entre os filhos de mães que tinham padrão de consumo semanal de álcool nos seguintes comportamentos: (a) argumenta muito, (b) defeca na calça ou fora do vaso, (c) é cruel com os animais, (d) prefere ficar sozinho, (e) rói unhas, (f) recusa-se a falar, (g) junta coisas que não precisa, (h) fica emburrado, (i) é desconfiado, (j) é infeliz ou deprimido e (h) faz xixi na roupa durante o dia.

Além disso, foram encontradas pontuações médias maiores, porém, não estatisticamente significativas (valor p limítrofe) no grupo dos filhos de mães que tinham padrão de consumo semanal de álcool nos seguintes itens: (a) não se concentra, (b) tem tique nervoso, cacoete e (c) tem pesadelos.

Apesar de ter havido diferenças na análise por comportamentos isolados, a comparação da pontuação total, internalizável e externalizável do CBCL entre os filhos de mulheres com ou sem padrão de consumo semanal de álcool e entre mulheres com e sem diagnóstico de dependência ao álcool ou uso nocivo não confirmou diferenças estatisticamente significativas apesar de as crianças filhas de mães com padrão semanal de consumo de álcool na gestação apresentarem claramente médias mais elevadas nos escores do CBCL, sugerindo que a ausência de significância estatística decorra de uma alta variação interna no grupo, fruto de uma amostra com baixo número de indivíduos no grupo afetado. Mattson e Riley (2000), demonstram que os dados de estudos que examinam o CBCL em relação à exposição pré-natal ao álcool têm sido inconsistentes (MATTSON; RILEY, 2000). Jacobson et al. (2006), no entanto, apontam o CBCL obtido dos professores como um instrumento de maior confiança para detectar efeitos adversos da baixa-moderada exposição ao álcool (JACOBSON et al., 2006).

Quando analisamos o consumo de álcool materno (recordatório quantitativo) e a presença de diagnóstico psiquiátrico na criança (K-SADS-PL) também não encontramos diferenças significativas nos três trimestres analisados. A coleta retrospectiva de dados a respeito do consumo de álcool durante a gestação está sujeita a fatores que podem comprometer a qualidade do recordatório, tais como, (a) dificuldade da mãe em lembrar-se precisamente da quantidade de álcool consumido durante a gestação após 8–9 anos da mesma e (b) tendência a minimizar a quantidade de álcool consumida durante a gestação em função da desaprovação social do consumo de bebida alcoólica pela gestante. Em nosso estudo, os resultados positivos para a associação em estudo foram obtidos somente com os dados objetivos coletados durante a gestação (padrão de consumo semanal), mas não com dados obtidos retrospectivamente. Este achado reforça a importância de, ao desenhar-se novos estudos sobre o tema, valorizar-se a coleta de informações acerca do consumo de álcool ainda durante a gestação.

Com relação aos episódios de *binge* materno, este estudo não demonstrou diferenças significativas entre o grupo de filhos que tinha e o grupo de filhos que não tinha diagnóstico psiquiátrico atual. Nulman et al. (2004), no entanto, demonstraram uma associação entre episódios de *binge* durante o primeiro trimestre de gestação e desinibição comportamental nos filhos (NULMAN et al., 2004). Sayal et al. (2009) encontraram um risco significativamente aumentado de problemas de

comportamento, principalmente hiperatividade e desatenção, em pré-escolares filhos de mães que apresentaram episódios de *binge* durante o segundo e terceiro trimestres de gestação (SAYAL et al., 2009). Bailey et al. (2004), demonstraram um risco aumentado de pontuações menores de Quociente de Inteligência e comportamento delinquente em escolares expostos a episódios de *binge* durante a gestação (BAILEY et al., 2004). Há outros potenciais confundidores que podem explicar as diferenças entre os resultados do nosso estudo e os resultados dos estudos supracitados, tais como características específicas de cada população estudada, variação na quantidade de álcool consumida em cada episódio de *binge*, metabolismo materno do álcool e vulnerabilidades biológicas peculiares dos filhos.

Analisamos o consumo de álcool pelo T-ACE e a presença de diagnóstico psiquiátrico atual da criança (K-SADS-PL) e não encontramos diferenças estatisticamente significativas. O grupo de mães positivas para o T-ACE foi maior do que o grupo encontrado de mães com padrão semanal de consumo de álcool na gestação, sugerindo que o T-ACE, embora sendo um instrumento muito sensível, apresenta baixa especificidade, com isso dificultando a identificação de associações estatísticas mais consistentes.

Quando analisamos o diagnóstico de dependência ao álcool e uso nocivo da mãe (gestação) não obtivemos diferenças estatisticamente significativas com a presença de diagnóstico psiquiátrico nos filhos (K-SADS-PL).

No entanto, a prevalência de diagnóstico psiquiátrico atual da criança (K-SADS-PL) foi significativamente maior no grupo de mulheres que tinham padrão de consumo semanal de álcool avaliado no 3º. trimestre (77,8% versus 34,8%). Este é o principal resultado deste estudo, que confirma a relação entre consumo regular de álcool, em padrão semanal, durante a gestação, com a presença de diagnóstico clínico psiquiátrico na idade escolar, numa relação de pouco mais que duas vezes superior a frequência de casos positivos no grupo exposto ao álcool, quando comparado ao grupo não exposto ao álcool em padrão semanal, durante a gestação.

A associação entre consumo de álcool na gestação e psicopatologia na infância tem sido demonstrada em vários trabalhos (FRYER et al., 2007; SOOD et al., 2001) mas não pôde ser reproduzida em diversos outros (KELLY et al., 2009; ROBINSON et al., 2010; RODRIGUEZ et al., 2009).

Apesar de alguns trabalhos não demonstrarem prejuízos na prole de mulheres que consumiram álcool, a OMS recomenda que a gestante se abstenha de qualquer consumo de álcool durante a gestação.

Possíveis explicações para tais resultados conflitantes na literatura incluem: (a) variações na metodologia empregada, (b) diferenças de tamanho amostral, (c) utilização de diferentes instrumentos de mensuração de consumo alcoólico materno e de avaliação psicopatológica na infância, (d) número limitado de co-variáveis e (e) diferenças sócios-culturais das populações estudadas.

Em nosso estudo a única variável de mensuração de consumo materno de álcool que foi associada à psicopatologia na infância foi o padrão de consumo semanal de álcool (coletado no 3º. trimestre da gestação).

A disparidade observada nos resultados quando comparados através dos diferentes instrumentos pode gerar questionamentos acerca dos instrumentos mais adequados para a população brasileira que apresenta particularidades sócio-culturais distintas de outros países.

6. CONCLUSÕES

Na população estudada houve associação entre consumo de álcool durante a gestação (avaliado no 3º. trimestre) e a presença de sintomas psiquiátricos isolados (CBCL) e diagnóstico psiquiátrico (K-SADS-PL) nos filhos aos 8 anos de idade. Entretanto, novos estudos são necessários para esclarecer como outros fatores – ambientais, genéticos e psicológicos – contribuem para a gênese da psicopatologia infantil. O Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia/PAI-PAD vem dedicando-se a realização de novos estudos sobre fatores de risco e modelos de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologias, envolvendo o estudo de comorbidades psiquiátricas, marcadores biológicos, métodos diagnósticos e de rastreamento.

Além disso, este estudo reforça a importância da implementação de programas nacionais de prevenção de consumo de álcool em mulheres gestantes.

7. REFERÊNCIAS

ACHENBACH TM. **Manual for the Child Behavior Checklist/ 6 and 18 2001 profile**. Burlington: University of Vermont; 2001.

ACHENBACH TM, EDELBROCK CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. **Psychol Bull**. 1978;85(6):1275-301.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Substance Abuse and Committee on Children With Disabilities: Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders. **Pediatrics**. 2000;106(2 Pt 1):358-61.

BAILEY BN, DELANEY-BLACK V, COVINGTON CY, AGER J, JANISSE J, HANNIGAN JH, et al. Prenatal exposure to binge drinking and cognitive and behavioral outcomes at age 7 years. **Am J Obstet Gynecol**. 2004;191(3):1037-43.

BERTRAND J, FLOYD RL, WEBER MK, O'CONNOR M, RILEY EP, JOHNSON KA, et al. **Fetal Alcohol Syndrome: Guidelines for Referral and Diagnosis**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

BHATARA V, LOUDENBERG R, ELLIS R. Association of attention deficit hyperactivity disorder and gestational alcohol exposure: an exploratory study. **J Atten Disord**. 2006;9(3):515-22.

BORDIN IAS, MARI JJ, CAEIRO MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. **Rev ABP-APAL**. 1995;17(2):55-66.

BRASIL HHA. **Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version): estudo de suas propriedades psicométricas** [Tese de Doutorado]. São Paulo: UNIFESP; 2003.

CARLINI EA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO SA. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil - 2001**. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional. Brasília; 2002.

CDC. Centres for Disease Control and Prevention. Alcohol consumption among pregnant and childbearing-aged women: United States, 1991 and 1995. **MMWR**. 1997;46:346-50.

D'ONOFRIO BM, VAN HULLE CA, WALDMAN ID, RODGERS JL, RATHOUZ PJ, LAHEY BB. Causal inferences regarding prenatal alcohol exposure and childhood externalizing problems. **Arch Gen Psychiatry**. 2007;64(11):1296-304.

DE GRAAF-PETERS VB, HADDERS-ALGRA M. Ontogeny of the human central nervous system: what is happening when? **Early Hum Dev**. 2006;82(4):257-66.

DUARTE CS, BORDIN IAS. Instrumentos de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr**. 2000;22(supl II):55-8.

FABBRI CE, FURTADO EF, LAPREGA MR. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(6):979-84.

FREIRE TM, MACHADO JC, MELO EV, MELO DG. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Rev Bras Ginec Obstetrícia**. 2005;27(7):376-81.

FRYER SL, MCGEE CL, MATT GE, RILEY EP, MATTSON SN. Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure. **Pediatrics**. 2007;119(3):e733-41.

FURTADO EF. **Dependência química e psiquiatria infanto-juvenil: um desafio atual**. São Paulo: Frôntis Editorial; 1990.

FURTADO EF, FABBRI CE. Consumo materno de álcool e outras substâncias psicoativas e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. **Medicina (Ribeirão Preto)**. 1999;32(Supl 1):53-8.

FURTADO EF, LAUCHT M, SCHMIDT M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. **Rev Psiq Clín**. 2002;31(2):71-80.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, FONSECA AM, CARLINI EA. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: CEBRID; 2005.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO SA, CARLINI EA. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo – 1999.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2000.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, NAPPO SA, CARLINI EA. Comparações dos resultados de dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Estado de São Paulo nos anos de 1999 e 2001. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 2003;52(1):43-51.

GOODLETT CR, HORN KH. Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. **Alcohol Res Health.** 2001;25(3):175-84.

JACOBSON SW, CARR LG, CROXFORD J, SOKOL RJ, LI TK, JACOBSON JL. Protective effects of the alcohol dehydrogenase-ADH1B allele in children exposed to alcohol during pregnancy. **J Pediatr.** 2006;148(1):30-7.

JONES KL, SMITH DW. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet.** 1973;2:999-1001.

KASKUTAS LA, GRAVES K. Pre-pregnancy drinking: how drink size affects risk assessment. **Addiction.** 2001;96(8):1199-209.

KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, RAO U, FLYNN C, MORECI P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.** 1997;36(7):980-8.

KAUP ZOL, MERIGHI MAB, TSUNECHIRO MA. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Rev Bras Ginec Obstetrícia.** 2001;23(9):575-80.

KELLY Y, SACKER A, GRAY R, KELLY J, WOLKE D, QUIGLEY MA. Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? **Int J Epidemiol.** 2009;38(1):129-40.

LEMOINE P, HAROUSSEAU H, BORTEYRU JP, MENUET JC. Children of alcoholic parents: abnormalities observed in 127 cases [French]. **Ouest Med.** 1968;21:476-82.

MATTSON SN, RILEY EP. Parent ratings of behavior in children with heavy prenatal alcohol exposure and IQ-matched controls. **Alcohol Clin Exp Res.** 2000;24(2):226-31.

MATTSON SN, SCHOENFELD AM, RILEY EP. **Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).** 2001 [atualizado 2001; citado 18 de abril de 2010]; Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/185-191.htm>.

MAY PA, GOSSAGE JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. **Alcohol Res Health.** 2001;25(3):159-67.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília; 2003.

MINTO EC, CORRADI-WEBSTER CM, GORAYEB R, LAPREGA MR, FURTADO EF. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiol Serv Saúde.** 2007;16(3):207-20.

MORAES CL, VIELLAS EF, RIEICHENHEIM ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. **Journal of Studies on Alcohol.** 2005;66(2):165-73.

MOREIRA-ALMEIDA A, LOTUFO NETO F, KOENIG HG. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.** 2006;28(3):Epub: Aug 10, 2006.

NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health. NIAAA Council Approves Definition of Binge Drinking. **NIAAA Newsletter.** 2004;Winter(3):3.

NULMAN I, ROVET J, KENNEDY D, WASSON C, GLADSTONE J, FRIED S, et al. Binge alcohol consumption by non-alcohol-dependent women during pregnancy affects child behaviour, but not general intellectual functioning; a prospective controlled study. **Arch Womens Ment Health.** 2004;7(3):173-81.

O'CALLAGHAN FV, O'CALLAGHAN M, NAJMAN JM, WILLIAMS GM, BOR W. Prenatal alcohol exposure and attention, learning and intellectual ability at 14 years: a prospective longitudinal study. **Early Hum Dev.** 2007;83(2):115-23.

O'CONNOR MJ, SHAH B, WHALEY S, CRONIN P, GUNDERSON B, GRAHAM J. Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. **Am J Drug Alcohol Abuse.** 2002;28(4):743-54.

O'LEARY CM, NASSAR N, ZUBRICK SR, KURINCZUK JJ, STANLEY F, BOWER C. Evidence of a complex association between dose, pattern and timing of prenatal alcohol exposure and child behaviour problems. **Addiction.** 2010;105(1):74-86.

PASSINI RJ, AMARAL L. Intoxicações: exposição ativa a substâncias tóxicas. In: Neme B, editor. **Obstetrícia Básica**. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1994.

PINHEIRO SN, LAPREGA MR, FURTADO EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**. 2005;39(4):593-8.

RAMOS SP, BERTOLETE JM. **Alcoolismo Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

ROBINSON M, ODDY WH, MCLEAN NJ, JACOBY P, PENNELL CE, DE KLERK NH, et al. Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to child behavioural development: a prospective cohort study. **BJOG**. 2010;117(9):1139-50.

RODRIGUEZ A, OLSEN J, KOTIMAA AJ, KAAKINEN M, MOILANEN I, HENRIKSEN TB, et al. Is prenatal alcohol exposure related to inattention and hyperactivity symptoms in children? Disentangling the effects of social adversity. **J Child Psychol Psychiatry**. 2009;50(9):1073-83.

SAMPSON PD, STREISSGUTH AP, BOOKSTEIN FL. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. **Teratology**. 1997;56:317-26.

SAPIENZA G, PEDROMÔNICO MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol Estud**. 2005;10(2):209-16.

SAYAL K, HERON J, GOLDING J, ALATI R, SMITH GD, GRAY R, et al. Binge pattern of alcohol consumption during pregnancy and childhood mental health outcomes: longitudinal population-based study. **Pediatrics**. 2009;123(2):e289-96.

SAYAL K, HERON J, GOLDING J, EMOND A. Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. **Pediatrics**. 2007;119(2):e426-34.

SILVA SC, RONZANI TM, FURTADO EF. Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. **HU Revista (Juiz de Fora)**. 2009;35(2):111-8.

SOKOL RJ, MARTIER SS, AGER JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. **Am J Obstet Gynecol**. 1989;160(4):863-8; discussion 8-70.

SOOD B, DELANEY-BLACK V, COVINGTON C, NORDSTROM-KLEE B, AGER J, TEMPLIN T, et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose-response effect. **Pediatrics**. 2001;108(2):E34.

STEIN MD, CYR MG. Women and substance abuse. **Medical Clinics of North America**. 1997;81(4):979-98.

STRATTON K, HOWE C, BATTAGLIA F. **Fetal Alcohol Syndrome**. Washington, DC: National Academy Press; 1996.

STREISSGUTH AP, AASE JM, CLARREN SK, RANDELS SP, LADUE RA, SMITH DF. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. **JAMA**. 1991;265(15):1961-7.

TEOH SK, MELLO NK, MENDELSON JH. Effects of drugs of abuse on reproductive function in women and pregnancy. In: Watson RR, editor. **Addictive Behavior in Women**. 1^a ed. Totowa: Humana Press; 1994. p. 437-73.

WHO. **World Health Organization. The World Health Report 2001: mental health: new understanding, new hope**. Geneva; 2001.

8. APÊNDICES

8.1. Ofício de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE PESQUISA EM NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2009

Ofício nº 3494/2009
CEP/SPC

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM DESENVOLVIMENTO, SAÚDE GERAL E PSICOPATOLOGIA NOS FILHOS”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 297ª Reunião Ordinária realizada em 19/10/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8609/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

PROF. DR. ERIKSON FELIPE FURTADO

Luciana I. de Alcântara/Mateus Andrea Angelucci (Colaboradores)

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

8.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Consumo de álcool na gestação e sua relação com desenvolvimento, saúde geral e psicopatologia na idade pré-escolar

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Prof. Dr. Erikson F. Furtado - CRM-SP 82.645

Endereço: Hospital das Clínicas da FMRP-USP, Av. dos Bandeirantes 3900, Campus da USP, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP – CEP: 14049-900

1- JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

O desenvolvimento da criança depende de muitos fatores. Algumas crianças podem ter problemas de saúde física ou mental que irão dificultar sua integração e desenvolvimento escolar. É importante conhecer e identificar cedo esses problemas. Alguns desses problemas podem ter relação com o período da gestação, ou também com a saúde dos pais. Hábitos comuns podem interferir com a saúde do feto durante a gestação, como p. ex., o uso de alguns remédios, cigarro ou bebida, assim como provavelmente também o estresse vivido pela mãe durante a gestação, parto e período pós-parto. O nosso objetivo é verificar a relação entre o consumo de bebidas que contenham álcool, mesmo em pequenas quantidades, durante a gravidez e o seu efeito sobre o desenvolvimento dos filhos na época do início de sua vida escolar, verificando também a influência de outros fatores, como a saúde geral dos pais, a presença de estresse e a saúde geral da criança do nascimento até a idade escolar.

2- PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS

Você e seu filho irão participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas que se assemelham a uma consulta pediátrica de rotina. Seu filho será examinado e passará por um teste para avaliar sua maturidade mental. As respostas fornecidas serão anotadas em uma ficha, que será mantida sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. Vamos lhe pedir para nos fornecer uma pequena quantidade de saliva do seu filho, colhida pela manhã, que iremos utilizar para medir a quantidade de um hormônio chamado cortisol, que nos auxilia a avaliar aspectos de saúde geral e estresse. Estaremos analisando fatores de risco para o desenvolvimento físico e mental da criança. O seu nome e o do seu filho serão mantidos em sigilo. As informações serão consideradas como confidenciais. Se for identificado algum problema de saúde, você será comunicado e orientado. O tempo que necessitaremos para as entrevistas e testes fica em torno de uma hora e meia e será feito no horário que possamos combinar contigo, que não interfira com os seus compromissos habituais, para que lhe entrevistemos em sala própria, de forma individual e protegida. As entrevistas e exames serão feitos pela equipe deste projeto, sem envolver mais nenhum outro profissional, de modo que as informações ficarão mantidas em anonimato e com garantia de que não serão utilizadas por mais ninguém a não ser o pesquisador acima mencionado.

3- DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS

Não há nenhum desconforto ou risco para você ou para o seu filho em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo que você e seu filho terão que gastar para responder às perguntas e exames.

4- BENEFÍCIOS

As informações obtidas serão muito úteis para podermos conhecer melhor a relação entre uso de álcool na gravidez e problemas no desenvolvimento mental de crianças pré-escolares e também para melhorar os serviços de saúde.

São esses os SEUS DIREITOS ao participar da pesquisa (cf. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde):

- 1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- 2- A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- 3- A segurança de não ser identificado e do caráter confidencial de toda informação relacionada com sua privacidade;
- 4- O compromisso de receber informação atualizada durante o estudo, mesmo que esta afete sua vontade de continuar participando;
- 5- A disponibilidade de tratamento médico e indenização a que legalmente tem direito, por parte da instituição de saúde, em caso de danos justificados, causados diretamente pela pesquisa;
- 6- Se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Termo de Consentimento:

Eu, Sr (a) _____ RG: _____

abaixo assinado, tendo recebido as informações sobre a pesquisa e sobre meus direitos acima relacionados, declaro estar ciente e devidamente esclarecido e de que consinto em participar deste estudo e autorizo a participação de meu filho _____,

Ribeirão Preto, Data: ____/____/____.

a) _____
Assinatura

(Assinatura digital, no campo ao lado, com o polegar direito, quando não puder escrever).

8.3. Questionário aplicado às pacientes (2ª. fase)

1

INFANTO-ÁLCOOL 2009 – ENTREVISTA MÃE

Identificação

1. NÚMERO ID

2. NOME DO ENTREVISTADOR:

3. DATA DA ENTREVISTA: / /

4. NOME DA MÃE:

5. DATA DE NASCIMENTO DA MÃE: / /

6. QUAL O NOME COMPLETO DA CRIANÇA*?

7. DATA DE NASCIMENTO DA CRIANÇA*: / / SEXO

**PARA ESSA PESQUISA A CRIANÇA REFERE-SE AO FILHO NASCIDO DA GESTAÇÃO OCORRIDA NO PERÍODO DA PESQUISA GESTA-ÁLCOOL (2000-2001)*

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

8. Nacionalidade ☐ 1 Brasileira ☐ 2 Estrangeira ☐ 3 Estr. Naturalizado

9. Cor da pele ☐ 1 Branca ☐ 2 Parda ou Mulata ☐ 3 Negra

10. A maior parte de sua vida você viveu no Estado de São Paulo? Não ☐ 0 Sim ☐ 1

11. A maior parte de sua vida você viveu em outro Estado Brasileiro? Não ☐ 0 Sim ☐ 1

Infanto-Álcool-entrev-MÃE-2009

História Obstétrica:

22. Nº GESTAÇÕES (IG > 20 SEM): 23. Nº ABORTOS (IG < 20 SEM):

24. Nº GESTAÇÕES GEMELARES: 25. Nº NATIMORTOS:

26. Nº PREMATUROS (IG < 37 SEM): 27. Nº BAIXO PESO (< 2500 GR):

28. TEVE ALGUM FILHO QUE FALECEU DEPOIS DE NASCER? ☐ Sim ☐ Não

28A. É A CRIANÇA DESTA PESQUISA? ☐ Sim ☐ Não

28B. CAUSA?

29. TEVE ALGUM FILHO COM MÁ-SFORMAÇÕES OU DEFEITOS DE NASCENÇA? ☐ Sim ☐ Não

29A. É A CRIANÇA DESTA PESQUISA? ☐ Sim ☐ Não

29B. CAUSA?

30. TEVE ALGUM FILHO COM DOENÇA GENÉTICA (P.EX. SÍNDROME DE DOWN)? ☐ Sim ☐ Não

30A. É A CRIANÇA DESTA PESQUISA? ☐ Sim ☐ Não

30B. CAUSA?

Desenvolvimento da criança:

31. POSIÇÃO DA CRIANÇA: ☐ É PRIMOGÊNITO ☐ SEGUNDO
☐ TERCEIRO ☐ OUTRA POSIÇÃO

32. IDADE EM QUE SORRIU: ANOS MESES
33. IDADE EM QUE SENTOU SEM APOIO: ANOS MESES
34. IDADE EM QUE APONTOU OBJETOS: ANOS MESES
35. IDADE EM QUE ANDOU SEM APOIO: ANOS MESES
36. IDADE EM QUE FALOU PALAVRAS: ANOS MESES
37. IDADE EM QUE FALOU FRASES: ANOS MESES
38. IDADE EM QUE CONTROLOU A URINA: ANOS MESES
39. IDADE EM QUE CONTROLOU AS FEZES: ANOS MESES

40. A CRIANÇA TEM PROBLEMAS DE FALA? ☐ Sim ☐ Não

41. QUAL?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

42. A CRIANÇA FAZ TRATAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA? ☐ Sim ☐ Não

43. A CRIANÇA TEM PROBLEMAS DE SAÚDE, ATUALMENTE? ☐ Sim ☐ Não

43B. QUAL?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44. A CRIANÇA FAZ TRATAMENTO DE SAÚDE, ATUALMENTE? ☐ Sim ☐ Não

Assinale abaixo, outras doenças da criança:

45. IVAS RECORRENTES?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
46. ASMA?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
47. PNEUMONIA?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
48. PROBLEMA DE CORAÇÃO?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
49. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
50. DIARRÉIA?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
51. HEPATITE/ICTERÍCIA?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
52. DOENÇA DE PELE?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
53. DIABETES?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
54. DOENÇA RENAL?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
55. ITUS RECORRENTES?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
56. PROBLEMA HORMONAL/TIRÓIDE?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
57. ANEMIAS?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
58. DOENÇAS HEMATOLÓGICAS?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
59. DORES RECORRENTES?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada
60. CEFALÉIA/ENXAQUECA?	☐ Sim	☐ Não	☐ Já foi hospitalizada

6

61. CONVULSÕES/EPILEPSIA? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
62. ACIDENTES/TRAUMATISMOS? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
63. TCE? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
64. DOENÇAS DOS NERVOS (PSQ)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
65. PARALISIAS? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
66. TONTURAS/VERTIGENS? ☐ Sim ☐ Não ☐ Já foi hospitalizada
67. TEM PROBLEMAS DE AUDIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não
68. TEM PROBLEMAS DE VISÃO? ☐ Sim ☐ Não
69. ESTÁ TOMANDO REMÉDIOS? ☐ Sim ☐ Não

70. QUAIS?

1)														
2)														
3)														
4)														

71. QUE DOSAGEM?

1)				mg		X dia	Há				meses
2)				mg		X dia	Há				meses
3)				mg		X dia	Há				meses
4)				mg		X dia	Há				meses

8

Avaliação atual de sintomas da Mãe:

78. Tem dores de cabeça frequentes? ☐ Sim ☐ Não
79. Tem falta de apetite? ☐ Sim ☐ Não
80. Dorme mal? ☐ Sim ☐ Não
81. Assusta-se com facilidade? ☐ Sim ☐ Não
82. Tem tremores na mão? ☐ Sim ☐ Não
83. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada? ☐ Sim ☐ Não
84. Tem má digestão? ☐ Sim ☐ Não
85. Tem dificuldade de pensar com clareza? ☐ Sim ☐ Não
86. Tem se sentido triste ultimamente? ☐ Sim ☐ Não
87. Tem chorado mais do que de costume? ☐ Sim ☐ Não
88. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? ☐ Sim ☐ Não
89. Tem dificuldades para tomar decisões? ☐ Sim ☐ Não
90. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)? ☐ Sim ☐ Não
91. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida? ☐ Sim ☐ Não
92. Tem perdido o interesse pelas coisas? ☐ Sim ☐ Não
93. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? ☐ Sim ☐ Não
94. Tem tido idéias de acabar com a vida ☐ Sim ☐ Não
95. Sente-se cansada o tempo todo? ☐ Sim ☐ Não
96. Tem sensações desagradáveis no estômago? ☐ Sim ☐ Não
97. Você se cansa com facilidade? ☐ Sim ☐ Não
98. VOCÊ FAZ TRATAMENTO DE NERVOS (PSQ)? ☐ Sim ☐ Não

9

99. O TRATAMENTO FOI MOTIVADO DEVIDO A ALGUM DOS ITENS A SEGUIR?

- ☐ Ansiedade
 ☐ Depressão
 ☐ Conflitos conjugais
☐ Problemas com os filhos
 ☐ Transtornos alimentares
 ☐ Outros

99B. OUTRO QUAL?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

100. ALGUM DOS SEUS FAMILIARES APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

Familiars									
	Hipertensão	Diabetes	Problemas cardíacos/ circulatórios	Problemas respiratórios	Problemas gastrointestinais	DSTs / AIDS	Problemas renais	Problemas genito-urinários	Outros
a. Pai	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. Mãe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Irmãos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Marido	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Filhos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

101. AGORA, ME RESPONDA SOBRE OS HÁBITOS E DOENÇAS DE SEUS FAMILIARES. ALGUM DE SEUS FAMILIARES (PAI, MÃE, IRMÃOS, MARIDO, FILHOS, OUTROS) TEM O HÁBITO DE FUMAR, BEBER OU USAR DROGAS?

	Fumar	Beber	Usar drogas
a. Pai	☐	☐	☐
b. Mãe	☐	☐	☐
c. Irmãos	☐	☐	☐
d. Marido	☐	☐	☐
e. Filhos	☐	☐	☐
f. Outros	☐	☐	☐

Avaliação do consumo de álcool na gestação de X

AGORA, ME RESPONDA SOBRE O SEU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (POR EX.: CERVEJA, CHOPE, VINHO, PINGA, BATIDAS, E OUTROS) DURANTE O PRIMEIRO TRIMESTRE":

102. QUANTOS DIAS VOCÊ CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA? DIAS

103. QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, VOCÊ BEBEU NESSAS OCASIÕES? DOSES

104. QUANTAS VEZES VOCÊ CONSUMIU TRÊS OU MAIS DOSES? VEZES

AGORA, ME RESPONDA SOBRE O SEU CONSUMO DURANTE O SEGUNDO TRIMESTRE":

105. QUANTOS DIAS VOCÊ CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA? DIAS

106. QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, VOCÊ BEBEU NESSAS OCASIÕES? DOSES

107. QUANTAS VEZES VOCÊ CONSUMIU TRÊS OU MAIS DOSES? VEZES

AGORA, ME RESPONDA SOBRE O SEU CONSUMO DURANTE O TERCEIRO TRIMESTRE":

108. QUANTOS DIAS VOCÊ CONSUMIU BEBIDA ALCOÓLICA? DIAS

109. QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, VOCÊ BEBEU NESSAS OCASIÕES? DOSES

110. QUANTAS VEZES VOCÊ CONSUMIU TRÊS OU MAIS DOSES? VEZES

11

Perguntas	0	1	2	3	4
	Nunca	Mensalmente ou menos	2 a 4 vezes por mês	De 2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
111.Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?	☐	☐	☐	☐	☐
112.Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome num dia normal?	0 ou 1 ☐	2 ou 3 ☐	4 ou 5 ☐	6 ou 7 ☐	8 ou mais ☐
113.Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐
114.Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐
115.Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐
116.Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐
117.Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐
118.Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	Nunca ☐	Menos que 01 vez por mês ☐	Mensalmente ☐	Semanalmente ☐	Quase todos os dias ☐

12

119. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Nunca
☐	Sim, mas não no último ano
☐	Sim, durante o último ano
☐
120. Alguém ou algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?	Nunca
☐	Sim, mas não no último ano
☐	Sim, durante o último ano
☐

Informações da mãe
Sobre sintomas de X.

Marque um X sobre o quadro correspondente:
0 = não apresenta; 1 = leve/moderado; 2 = grave/óbvio

AVALIAÇÃO SINAIS FAS, SENSORIO-MOTORA E GLOBAL COGNITIVA	0	1	2
121. Dificuldade de coordenação e equilíbrio	☐	☐	☐
122. Dificuldade de articulação da fala	☐	☐	☐
123. Mutismo, não fala	☐	☐	☐
124. Parece não ouvir bem	☐	☐	☐
125. Dificuldades visuais, enxerga mal	☐	☐	☐
126. Estigmas faciais da SFA presentes (OBS.: USE ESCALA EM ANEXO)	☐	☐	☐
127. Erra ao nomear objetos (três: cadeira, mesa, sapato)	☐	☐	☐
128. Erra operações simples de identificar quantidades (um dedo, dois dedos, cinco dedos)	☐	☐	☐
129. Erra ao falar o próprio nome completo	☐	☐	☐
130. Não segura um lápis	☐	☐	☐
131. Não consegue escrever três palavras simples (vovó, bala, picolé)	☐	☐	☐
132. Erra ao desenhar a figura humana (cabeça, tronco, membros)	☐	☐	☐

COLETA DE AMOSTRA DE SALIVA:

Após encerrar a entrevista, solicitar à mãe que forneça duas amostras de saliva através do SALIVETTE, e solicitar o mesmo à criança. Perguntar sobre o interesse da mãe em dar continuidade ao estudo e caso haja necessidade agendar uma data e hora no APQU.

Data: // Hora: :

9. ANEXOS

9.1. *Child Behaviour Checklist (CBCL)*

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18"
(CBCL/6-18)

Número de identificação: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____
 dia mês ano

NOME DA CRIANÇA/ADOLESCENTE (completo): _____

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 dia mês ano

ESCOLARIDADE (série atual): _____

NÃO FREQUENTA ESCOLA: ☐

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

☐ Pai/Mãe Biológico(a)

☐ Padrasto/Madrasta

☐ Avô/Avó

☐ Pai/Mãe Adotivo(a)

☐ Outro (especificar): _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA. www.ASEBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, C.S. Paula, C.S. Duarte – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

- I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc.

☐ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

Menos Igual Mais Não sei

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um desses esportes?

Pior Igual Melhor Não sei

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, vídeo-game, etc.
(Incluir brincadeiras em grupo)
(Não incluir rádio e TV)

☐ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

Menos Igual Mais Não sei

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas atividades?

Pior Igual Melhor Não sei

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

☐ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele em cada um desses grupos?

Menor Igual Maior Não sei

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: office boy, ajudante em feira, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.
(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento)

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas funções?

☐ Nenhum

Pior Igual Melhor Não sei

a. _____

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b. _____

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c. _____

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem?
(Não incluir irmãos e irmãs)

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?
(Não incluir irmãos e irmãs)

☐ Menos que 1 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou mais

- VI. Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho:

Pior Igual Melhor

- a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ Não tem irmãos ou irmãs

- b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

☐ Não tem contato com os irmãos ou irmãs

- c. Se comporta em relação aos pais?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- d. Brinca ou trabalha sozinho?

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (esse item não se aplica à crianças que não iniciaram o ensino fundamental)

Se a criança ou adolescente não estiver freqüentando a escola, favor especificar o motivo: _____

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?
(Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

	Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a. Português ou Literatura	☐	☐	☐	☐
b. História ou Estudos Sociais	☐	☐	☐	☐
c. Matemática ou Aritmética	☐	☐	☐	☐
d. Ciências	☐	☐	☐	☐

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, etc.)
Não incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

2. Seu filho está em classe especial ou em escola especializada?

☐ Não ☐ Sim – Especifique o tipo de classe ou escola: _____

3. Seu filho já repetiu de ano?

☐ Não ☐ Sim – Especifique as séries e os motivos: _____

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola?

☐

Não

☐

Sim – Descreva-os:

Quando começaram esses problemas?

Esses problemas já se resolveram?

☐

Não

☐

Sim – Quando?

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

☐

Não

☐

Sim – Descreva:

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes. Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade 0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais Descreva: _____ _____ _____ 0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça) 0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa 0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer 0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/ penico 0 1 2 7. É convencido, conta vantagem 0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo 0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões) Descreva: _____ _____ _____	0 1 2 10. É agitado, não para quieto 0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente 0 1 2 12. Queixa-se de solidão 0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado 0 1 2 14. Chora muito 0 1 2 15. É cruel com os animais 0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas 0 1 2 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios) 0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se 0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele 0 1 2 20. Destrói as próprias coisas 0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas 0 1 2 22. É desobediente em casa 0 1 2 23. É desobediente na escola 0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito) 0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes

- 0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal

Descreva: _____

- 0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

- 0 1 2 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares

- 0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)

Descreva: _____

- 0 1 2 30. Tem medo da escola

Descreva: _____

- 0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)

- 0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho

- 0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele

- 0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem

- 0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

- 0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes

- 0 1 2 37. Entra em muitas brigas

- 0 1 2 38. É alvo de gozações frequentemente

- 0 1 2 39. Anda em más companhias

- 0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem

Descreva: _____

- 0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar

- 0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

- 0 1 2 43. Mente ou engana os outros

- 0 1 2 44. Rói unhas

- 0 1 2 45. É nervoso ou tenso

- 0 1 2 46. Tem "tique nervoso", cacoete

Descreva: _____

- 0 1 2 47. Tem pesadelos

- 0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele

- 0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso

- 0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais

- 0 1 2 51. Tem tonturas

- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado

- 0 1 2 53. Come exageradamente

- 0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo

- 0 1 2 55. Está gordo demais

56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):

- 0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)

- 0 1 2 b. Dores de cabeça

- 0 1 2 c. Náuseas, enjôos

- 0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)

Descreva: _____

- 0 1 2 e. Problemas de pele

- 0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga

- 0 1 2 g. Vômitos

- 0 1 2 h. Outras queixas

Descreva: _____

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo

Descreva: _____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas

0 1 2 61. Não vai bem na escola

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

0 1 2 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos

0 1 2 65. Recusa-se a falar

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

Descreva: _____

0 1 2 67. Foge de casa

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém

0 1 2 70. Vê coisas que não existem

Descreva: _____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas

0 1 2 73. Tem problemas sexuais

Descreva: _____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite

Descreva: _____

0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade

0 1 2 79. Tem problemas de fala

Descreva: _____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"

0 1 2 81. Rouba em casa

0 1 2 82. Rouba fora de casa

0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.

Descreva: _____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho

Descreva: _____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas

Descreva: _____

0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente

0 1 2 89. É desconfiado

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões

0 1 2 91. Fala que vai se matar

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo

Descreva: _____

0 1 2 93. Fala demais

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros

0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva

0 1 2 96. Pensa demais em sexo

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa o dedo

0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco

0 1 2 100. Tem problemas com o sono

Descreva: _____

0 1 2 101. Mata aula (cabula aula, gazeia)

0 1 2 102. É pouco ativo, movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido

0 1 2 104. É barulhento demais

0 1 2 105. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)

Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo)

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

9.2. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) – Lista de diagnósticos

FOLHA DE RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS

(a ser preenchida após o uso dos suplementos)

Nome: _____

Nº do Prontuário: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

0 = Nenhuma informação

1 = Ausente

2 = Provável

3 = Remissão Parcial

4 = Presente

Crítérios para Diagnóstico Provável

1. Atende critério para os sintomas essenciais do transtorno
2. Atende todos menos um ou, no mínimo, 75% dos critérios restantes necessários para o diagnóstico, e
3. Evidência de limitação funcional

	a	b	c	d	e	f
	Diagnóstico do episódio anterior	Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual	Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	Nº total de episódios
1 Transtorno Depressivo Maior*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
2 Traços Psicóticos	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
3 Distímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
4 Transtorno Depressivo SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
5 T. de Ajustamento com Humor Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
6 Mania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
7 Hipomania	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
8 Ciclotímia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
9 Bipolar SOE	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
10 Bipolar I	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
11 Bipolar II	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
12 T. Esquizoafetivo – Maníaco	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
13 T. Esquizoafetivo – Depressivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
14 Esquizofrenia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
15 T. Esquizofreniforme	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
16 Psicose Reativa Breve	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
17 Transtorno de Pânico	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
18 Transtorno de Ansiedade de Separação	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
19 Transtorno de Evitação da Infância	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
20 Fobia Simples	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
21 Fobia Social	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
22 Agorafobia	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
23 Transtorno de Ansiedade Excessiva	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
24 Transtorno de Ansiedade Generalizada	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
25 Transtorno Obsessivo-Compulsivo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
26 T. de Estresse Pós-Traumático	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
27 Transtorno de Estresse Agudo	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
28 T. de Ajustamento com Humor Ansioso	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
29 Enurese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
30 Encoprese	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
31 Anorexia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
32 Bulimia Nervosa	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
33 T. do Déficit de Atenção/ Hiperatividade*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
34 Transtorno de Conduta*	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
35 Transtorno de Oposição Desafiante	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____
36 T. de Ajustamento com Perturbação de Conduta	0 1 2 3 4	_____	0 1 2 3 4	_____	_____	_____

	a					b	c					d	e	f
	Diagnóstico do episódio anterior					Idade no início do primeiro episódio	Diagnóstico do episódio atual					Idade no início do episódio atual	Soma do tempo de duração de todos os episódios (em meses)	Nº total de episódios
37 T. de Ajustamento com Perturbação Mista do Humor e Conduta	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
38 Transtorno de Tourette	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
39 T. de Tique Vocal ou Motor Crônico	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
40 T. de Tique Passageiro	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
41 Abuso de Alcool	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
42 Dependência de Alcool	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
43 Abuso de Substância	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
44 Dependência de Substância	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
45 Retardo Mental	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
46 Outro Transtorno Psiquiátrico (especificar)	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____
47 Sem Transtorno Psiquiátrico	0	1	2	3	4	_____	0	1	2	3	4	_____	_____	_____

OBSERVAÇÃO: * Especificar o Subtipo

História de Tratamento (Critério: 0 = nenhuma informação; 1 = não; 2 = sim)

48.a Tratamento Ambulatorial	0	1	2	50 Antipsicóticos (Especificar)	0	1	2
48.b Idade no Primeiro Tratamento Ambulatorial	_____	51 Antidepressivos (Especificar)	0	1	2		
48.c Duração Total do Tratamento Ambulatorial (semanas)	_____	52 Sedativos ou Tranquilizantes Menores(Especificar)	0	1	2		
49.a Hospitalização Psiquiátrica	0	1	2	53 Estimulantes (Especificar)	0	1	2
49.b Idade na Primeira Internação Psiquiátrica	_____	54 Lítio (Especificar)	0	1	2		
49.c Número de Internações Psiquiátricas	_____	55 Outros (Especificar)	0	1	2		
49.d Duração Total dos Tratamentos em Internação (semanas)	_____	56 Medicação Atual (Especificar:)	0	1	2		

57.a <u>Comportamento Suicida</u>	Não	58 <u>Confiabilidade da Informação</u>					
57.b Ideação	_____	Boa	_____				
57.c Gestos	_____	Aceitável	_____				
57.d Tentativas	_____	Pouco Provável	_____				

Notas:

9.3. Questionário T-ACE

<p align="center"> UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DEPTº NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA NÚCLEO DE PESQUISA EM PSIQUIATRIA CLÍNICA E PSICOPATOLOGIA PAI-PAD PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS PARA PREVENÇÃO E ATENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E DROGAS NA COMUNIDADE <u>QUESTIONÁRIO TACE</u> </p>	
A Sra. tem bom apetite?	
O que costuma comer nas refeições principais?	
Qual a bebida de sua preferência? (Explique e pergunte se chope, cerveja – marca de bebida, pinga, conhaques, licores, bebidas fortes, batidas, uísque, remédios a base de álcool, etc...)	
<p>1. (T) – Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre” ? (em nº de doses-padrão – Obs.: 1 lata de cerveja ou 1 chope ou ½ garrafa ou 1 taça de vinho ou champanhe ou 1 cálice de aguardente ou outro destilado = 1 dose)</p> <p> ≥ 1 ≥ 2 ≥ 3 ≥ 4 (</p> <p>Tem facilidade em fazer amizades?</p>	
Relaciona-se bem com seus familiares?	
<p>2. (A) – Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber? (Ex: cônjuge, filho, pai ou mãe)</p> <p>Sim Não</p> <p>Tem trabalhado durante a gravidez?</p>	
Quais atividades você faz para descansar/relaxar?	
<p>3. (C) – Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?</p> <p>Sim Não</p> <p>A Sra. dorme bem à noite?</p>	
A que horas costuma acordar?	
<p>4. (E) – Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do “dia seguinte” (ressaca) ?</p> <p>Sim Não</p> <p>Pontos obtidos: _____ (Positivo se Total ≥ 2)</p>	

"Rastreamento T-ACE"

O instrumento submetido a validação para rastreamento do consumo de risco de álcool durante a gravidez, que representa risco para o desenvolvimento da SAF, foi traduzido dos originais de SOKOL et al (1989), complementado por revisão cuidadosa e submetido a tradução reversa (back translation), sendo posteriormente adaptado para a população a ser avaliada, e complementado com uma abordagem que possibilita a descontração da gestante ao passar de uma questão para outra, a fim de reduzir as influências de seus mecanismos psicológicos de defesa, que poderiam induzi-la diante do impacto da questão, a não fornecer uma resposta confiável durante aplicação do T-ACE, conforme consta no Anexo 1.

As quatro questões principais integrantes do questionário procuram durante a investigação e abordagem da gestante respectivamente: 1. T (Tolerance) - levantar informações sobre a tolerância; 2. A (Annoyed) investiga a existência de aborrecimento com relação as críticas de familiares e terceiros sobre o modo de beber da gestante; 3. C (Cut Down) avalia a percepção da necessidade de redução do consumo e 4. E (Eyeopener) procura informações sobre a persistência do consumo e dependência, estabelecidos pelo instrumento através de forte desejo e compulsão para beber durante a manhã.

As questões do T-ACE, que seguem em ordem de aplicação durante a investigação, constam de:

1. T - Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou mais "alegre"?
2. A - Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber? (Ex.: cônjuge, filho, pai ou mãe)
3. C - Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?
4. E - Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para se livrar do mal-estar do "dia seguinte" (ressaca)?

Cada uma das quatro questões possui uma pontuação, que varia de 0 a 2 pontos para a 1ª questão e de 0 a 1 ponto da 2ª a 4ª questão, estabelecendo-se uma pontuação total para o questionário que pode variar de 0 a 5 pontos.

A primeira questão do T-ACE avalia a tolerância, considerando como consumo diário de 28 gramas de álcool absoluto, para o risco de desenvolvimento de problemas relacionados com a Síndrome Alcohólica Fetal, assim a utilização de dois drinques padrão ou duas latas de cerveja, que são o mesmo que 28 gramas de álcool absoluto, dariam uma pontuação equivalente a ≥ 2 na 1ª questão, caracterizando a mãe como um caso positivo para o T-ACE. As demais questões complementariam a graduação do instrumento, somando pontos para finalizar a pontuação, que as gestantes receberiam após submetidas ao rastreamento. Caracterizando assim a maior ou menor probabilidade de risco para desenvolvimento da SAF, conforme a pontuação recebida.

As questões do T-ACE foram neste trabalho aplicadas intercaladamente com outras questões, que tratam sobre comportamentos durante a gestação e de alguns fatores relacionados com alimentação, mas não possuem nenhuma importância e não interferem no resultado do instrumento. Foram, porém, utilizadas para distrair e descontrair a gestante durante a entrevista, para que a mesma não despertasse seu mecanismo de defesa e assumisse uma postura de negação, omitindo informações fundamentais, que poderiam alterar os resultados do T-ACE e impossibilitar a identificação do consumo de risco para SAF nas gestantes que costumam fazer uso de bebidas alcoólicas."

Extraído de:

FABBRI, C. E. Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE). Dissertação de Mestrado. Depto. de Medicina Social, FMRP-USP: Ribeirão Preto, 2002 (pg. 22-24).