

1-INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1- IMPACTO DO AMBIENTE E DO CUIDADO PARENTAL NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é de aproximadamente 10 a 20 % nos países desenvolvidos e deve ser maior nos países em desenvolvimento (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2001).

Almeida Filho (1982) realizou, no Brasil, um estudo de prevalência em crianças moradoras de um bairro em Salvador. A taxa de prevalência para casos leves foi de 13,2% e para casos moderados e graves, de 10%. Essa prevalência foi aumentando com a idade, e crianças de 5 a 6 anos apresentaram taxa de 11,5 % para casos leves e 7,1% para moderados e graves. Na faixa etária dos 13 a 14 anos a taxa de prevalência para casos leves foi de 15% e para os moderados e graves, 9,6%.

De Paula (2005) realizou revisão da literatura de estudos sobre a prevalência de transtornos mentais em países da América Latina e encontrou que as taxas de prevalência de problemas de saúde mental obtidas com uso de instrumentos de rastreamento variaram entre 12,0% e 37,8%. Esta autora também discute o nível socioeconômico como risco para desenvolvimento de problemas de saúde mental na infância e adolescência já apontado na literatura e confirmado com dados obtidos em estudo populacional na periferia de São Paulo.

Fleitlich-Bilyk e Goodman (2001) realizaram estudo com crianças com idade de 7 a 14 anos em uma cidade na região sudoeste do Brasil, e

examinaram a associação entre problemas da saúde mental das crianças e fatores sociais como pobreza, violência familiar e doença mental nos pais. Encontraram forte associação entre pobreza, violência familiar e doença psiquiátrica materna com altas taxas de prováveis transtornos psiquiátricos na infância.

Estudos indicam que indivíduos com história familiar de transtornos psiquiátricos têm risco elevado para apresentá-los, e que os fatores genéticos e ambientais possuem papel importante para o aumento desse risco. A presença de comportamentos inadequados dos pais pode ser um dos importantes aspectos do ambiente da criança para o aumento do risco de transtornos psiquiátricos (Johnson *et al.*, 2001).

No Brasil, Almeida Filho *et al.* (1985) realizaram estudo usando o Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QMPA), o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI), e um questionário geral (dados demográficos, socioeconômicos, acesso a serviços de saúde). Os autores investigaram a presença de associação da psicopatologia das crianças com a presença de transtornos mentais nos pais, idade da mãe, do pai e da criança, tamanho da família e ocupação do chefe da família. Os resultados apontam para a presença de transtorno mental nas mães como a variável mais fortemente correlacionada com psicopatologia nas crianças. A influência da saúde mental das mães foi mais importante que a dos pais, que não teve efeitos sobre os indicadores de saúde mental infantil.

Silverman (1989) coloca que o grau de gravidade dos transtornos psiquiátricos em crianças cujos pais possuem transtorno mental pode ser

vista como uma função da intensidade, frequência, duração e gravidade da disfunção parental, da disponibilidade de cuidador saudável como alternativa e do grau de estresse psicossocial experimentado pela criança. A combinação da predisposição genética e estresse ambiental crônico fazem com que a criança tenha alto risco para apresentar algum tipo de problema.

Laucht *et al.* (2002) realizaram um estudo prospectivo sobre o desenvolvimento de crianças expostas a fatores de riscos biológicos, como complicações obstétricas, e psicossociais, como ambiente familiar desfavorável, presença de transtornos mentais nos pais, baixo nível educacional dos pais, família com mãe ou pai solteiros. Acompanharam 362 crianças e realizaram avaliações do desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional. Perceberam que o impacto dos fatores de risco precoces variou em função da qualidade da interação mãe e filho. Quanto melhor a qualidade dessa interação, mais resistentes aos efeitos desses fatores de risco as crianças se tornaram. Isso os fez pensar na qualidade da interação precoce mãe e filho como capaz de tornar a criança vulnerável ou resistente à ação dos fatores nocivos ao seu desenvolvimento.

No sentido de estudar o que torna uma criança mais vulnerável ou mais resistente aos fatores de risco aos quais é submetida, autores discutem a resiliência. Trata-se da capacidade da criança de conseguir permanecer saudável, apresentar um desenvolvimento adequado e de se adaptar apesar da presença de fatores de risco. As características que distinguem a criança resistente da vulnerável ao estresse são : 1) temperamento , habilidades cognitivas; 2) características familiares, como coesão e proximidade;

3) disponibilidade de suporte externo aos membros da família (Garmezi e Rutter, 1985).

1.2-ESQUIZOFRENIA

1.2.1-Definição e evolução

A esquizofrenia é um transtorno mental, que se caracteriza por desorganização do pensamento, embotamento afetivo, delírios, alucinações. Segundo o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), a esquizofrenia é uma perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas de fase ativa (delírios, alucinações, discurso desorganizado, sintomas negativos). Esses sintomas estão associados com a disfunção social ou ocupacional. Os sintomas característicos de esquizofrenia envolvem uma faixa de disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção, o pensamento, a linguagem e a comunicação, o afeto, a capacidade hedônica, a volição, o impulso e a atenção.

Embora critérios diagnósticos tenham se aprimorado quanto a sua objetivação e reprodutibilidade, a validade conceitual da esquizofrenia permanece em aberto. A dificuldade em identificar a esquizofrenia como entidade clínica única com marcadores patognomônicos e a gama não homogênea de sintomas e apresentações clínicas reforçam a hipótese de a esquizofrenia ser um transtorno heterogêneo (Razzouk e Shirakawa, 2001).

Ela apresenta quatro subtipos: 1) esquizofrenia paranóide tem o melhor prognóstico e envolve preocupações com delírios, alucinações, não há discurso ou comportamento desorganizado; 2) o tipo catatônico que envolve uma síndrome cujas manifestações são anormalidades posturais ou dos movimentos, mutismo, ecolalia; 3) o tipo desorganizado que é caracterizado por ter principalmente discurso e comportamentos desorganizados e afeto embotado ou inapropriado, com pior prognóstico e; 4) o tipo indiferenciado contempla todos que não preenchem os critérios para os diagnósticos acima, mas preenchem critério para esquizofrenia. A categoria esquizofrenia residual é utilizada para indivíduos que preencheram critérios diagnósticos para esquizofrenia, mas atualmente apresentam apenas sintomas negativos ou sintomas anteriores mais atenuados, mas sem delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado proeminentes ou sintomas catatônicos (Walker *et al.*, 2004).

Os sintomas da esquizofrenia são tradicionalmente divididos em positivos, como delírios e alucinações, e negativos, como retraimento social, afeto embotado, motivação pobre (Mäki *et al.*, 2005).

O início dos sintomas da esquizofrenia pode ser abrupto ou gradual, mas é usualmente precedido de disfunções comportamentais progressivas e sintomas psicóticos subclínicos, sendo esse período chamado de pródromo (Lieberman *et al.*, 2001). Hafner *et al.* (1999a) descreveram os principais sintomas identificados por pacientes antes de apresentarem o diagnóstico de esquizofrenia. Os sinais precoces do início da doença foram inquietação, depressão, ansiedade, problemas com o pensamento e concentração, falta

de auto confiança, falta de energia, lentificação, desempenho prejudicado no trabalho, retraimento social. Os sintomas depressivos e negativos foram identificados três a cinco anos antes da primeira internação.

O curso dos sintomas varia entre os pacientes, com alguns apresentando recuperação total e outros não se recuperando totalmente. Apenas 20 a 30% permanecem capazes de levar uma vida relativamente normal, sendo independentes e conseguindo manter um trabalho (Cancro, 1989; apud Walker *et al.*, 2004). A maioria apresenta um curso crônico, mais debilitante, com 30% manifestando continuamente sintomas moderados e mais da metade com prejuízos significativos durante a vida adulta. De 20 a 40% dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia ou transtornos do espectro da esquizofrenia mostraram uma melhora clínica substancial após seguimento de 5 a 6 anos em média (Mäki *et al.*, 2005).

Os determinantes de pior prognóstico da doença são o sexo masculino, início gradual, idade de início precoce, pior desempenho pré-morbido e história familiar de esquizofrenia. Além disso, a exposição a estressores ambientais pode exacerbar o curso da esquizofrenia (Walker *et al.*, 2004).

1.2.2- Epidemiologia e diferenças entre os sexos

Mari e Leitão (2000) numa revisão de vários estudos, encontraram estimativas de prevalência de esquizofrenia de 0,59%, variando de 0,6 a 3 %, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Em revisão recente da Organização Mundial da Saúde Murray e Lopez, relataram taxa de

prevalência de 0,92% para homens e 0,9% para mulheres. Assim os estudos de prevalência realizados nos últimos anos sugerem prevalência aproximada de 1%.

Häfner e Heiden (1997) em revisão da literatura sobre epidemiologia da esquizofrenia encontraram que a incidência de esquizofrenia é em torno de 1 em cada 10.000 adultos em um ano quando o diagnóstico é baseado em critérios confiáveis e restritos. Essa taxa de incidência foi estável entre vários países e culturas, e ao longo do tempo, ocorrendo em taxas comparáveis em diversas populações (Jablensky *et al.*, 1992).

Em relação à prevalência da esquizofrenia, Saha *et al.* (2005) realizaram uma revisão sistemática com 188 estudos de 46 países. Encontraram uma prevalência média por 1000 pessoas em um momento de 4,6 (1,9-10,0), para um período de 3,3 (1,3-8,2) e ao longo da vida foi de 4,0 (1,6-12,1). Encontraram maior prevalência nos migrantes dos que nos nascidos na região; a razão média foi 1,8 (0,9-6,4) e a prevalência nos países em desenvolvimento foi menor dos que nos desenvolvidos ($p=0,04$).

Na revisão sistemática sobre incidência da esquizofrenia realizada por McGrath *et al.* (2004), foi encontrada diferença entre os sexos. O sexo masculino apresentou maior incidência e foi encontrada maior incidência nas áreas urbanas que nas rurais, e maior incidência entre os migrantes. O risco para desenvolver esquizofrenia tem sido um pouco mais elevado para o sexo masculino do que para o feminino, sendo a razão de risco de incidência de 1,3 a 1,4 (Aleman *et al.*, 2003).

Mesmo com a incidência relativamente baixa (valor médio de 15,2 por 100.000 pessoas) (Mcgrath *et al.*, 2004), esse transtorno está entre as condições que provocam maiores custos e sofrimento a quem o possui, a seus familiares, e à sociedade. Isto se deve ao fato da doença geralmente começar no adulto jovem, e de que, mesmo com tratamento adequado, aproximadamente dois terços dos indivíduos afetados apresentarem sintomas persistentes ou flutuantes (American Psychiatric Association, 1994).

No Brasil, um estudo de seguimento realizado com pacientes com psicose após hospitalização também encontrou, após dois anos de seguimento, um terço dos pacientes com bom ajustamento social; e o nível educacional esteve associado à presença de sintomas psicóticos e aos níveis de ajustamento social (Menezes, 2000).

A combinação dos custos econômicos e sociais da esquizofrenia a coloca entre as dez causas principais de incapacitação, contribuindo para 2,3% de todas as causas de anos perdidos por incapacidade nos países desenvolvidos e 0,8% em países em desenvolvimento (Mueser e McGurk, 2004). Em relatório publicado pela OMS (2001), ela estava em terceiro lugar entre as causas de anos perdidos por incapacidade por problemas de saúde mental, e em sétimo quando consideradas todas as doenças, contribuindo com 2,8% das causas de incapacidade entre todas as enfermidades. Quando este cálculo foi realizado para os indivíduos com idade entre 15 e 44 anos, considerada a época de vida de maior produtividade, a esquizofrenia

ficou em terceiro lugar entre todas as doenças, contribuindo com 4,9% das causas de incapacidade.

Estudo realizado no Brasil, na cidade de São Paulo encontrou taxa de prevalência anual de esquizofrenia de seis por mil pessoas (Almeida-Filho *et al.*, 1997) e um outro estudo realizado por de Andrade *et al.* (2002), também em São Paulo, encontrou taxa de oito por mil pessoas.

O período considerado de alto risco para desenvolver esquizofrenia é dos 20 aos 39 anos. As mulheres têm idade de início da doença mais tardia (entre 23 e 35 anos) em relação aos homens (entre 18 e 25) (Gorwood *et al.*, 1995). Uma hipótese considera o estrógeno um fator protetor contra a esquizofrenia nas mulheres (Chaves, 2000). Um baixo nível de estrógeno como ocorre no puerpério e no climatério, estaria associado a um aumento da incidência de esquizofrenia. A taxa de recaída no puerpério é de 23,5 % (Davies *et al.*, 1995).

Chaves (2000) em um artigo sobre as diferenças entre os sexos na esquizofrenia afirma que estudos de seguimento mostram o sexo como importante fator preditivo no curso e evolução da doença, enquanto que as mulheres mostram melhor desempenho que os homens. A pior evolução para o sexo masculino pode estar relacionada a maior frequência de fatores associados ao pior prognóstico: personalidade pré-mórbida mais comprometida, maior probabilidade de permanecer solteiro, idade de início mais precoce, sintomas negativos mais proeminentes, pior resposta ao tratamento e alterações cerebrais estruturais. A teoria melhor documentada para justificar o início mais precoce em homens é a do estrógeno como fator

protetor nas mulheres, reduzindo a sensibilidade de receptores D2 no sistema nervoso central (Mueser e McGurk, 2004). Outra hipótese relaciona a menor velocidade do desenvolvimento cerebral intra-uterino para o sexo masculino a uma maior suscetibilidade a traumas do nascimento, o que também poderia levar a diferença na idade de início entre os sexos. Também se deve levar em consideração que além das diferenças na evolução da doença entre os gêneros, as responsabilidades e preocupações também diferem. As mulheres em geral são casadas ou separadas e tem que cuidar dos filhos (Chaves, 2000).

1.2.3 - Fertilidade das mulheres com esquizofrenia

A fertilidade das mulheres com esquizofrenia não era muito alta, mas durante as últimas décadas, as mudanças no contexto social e na farmacoterapia afetaram a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres (Miller, 1997). Com a desinstitucionalização, mais pacientes estão morando na comunidade, o que aumentou as oportunidades para encontros sexuais, aumentando a taxa de fertilidade.

Apesar disso, a maioria dos estudos encontrou fertilidade de pacientes com esquizofrenia menor que o da população geral ou que um grupo controle sem esquizofrenia (McGrath *et al.*, 1999; Haukka *et al.*, 2003; Fañanas e Bertranpeti, 1995).

Em estudo realizado em 1996, Miller e Finnerty compararam mulheres com esquizofrenia com controles sem transtornos mentais e

encontraram a mesma média de número de gestações. Para as mulheres com esquizofrenia a grande maioria das gestações não foi planejada ou desejada.

Um estudo realizado por Mc Evoy *et al.* (1983), com 23 mulheres com esquizofrenia internadas mostrou que doze dessas pacientes tinham filhos. Esse mesmo estudo mostrou que essas mulheres tinham a vida sexual limitada mais pela falta de habilidades sociais do que pela falta de interesse em sexo.

No Brasil, um estudo sobre aspectos epidemiológicos da esquizofrenia em adultos internados em um hospital de Recife encontrou número médio de dois filhos por paciente (Cavalcanti, 2000).

O aumento da fertilidade nas mulheres com esquizofrenia nas últimas décadas torna mais importante estudar e atender seus filhos. Apesar disso, os profissionais de saúde tendem a ignorar o papel dessas mulheres como mães, deixando de pensar essa questão como assunto da saúde (Ramsay, Welch e Yourd, 2001).

Para essas crianças, o fato de serem geneticamente vulneráveis e serem expostas a outros fatores de risco, faz com que a qualidade dos cuidados maternos e paternos sejam muito importantes. Essa vulnerabilidade constitucional, e os cuidados maternos e paternos inadequados ou inconsistentes podem causar risco ao desenvolvimento da criança (Miller, 1997).

1.2.4- Etiologia e Fatores de Risco para esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno com expressão fenotípica variável e etiologia complexa ainda pouco entendida, envolvendo uma grande contribuição genética interagindo com fatores ambientais (Jablensky e Kalaydjieva, 2003).

A identificação dos fatores de risco e a natureza da etiologia da esquizofrenia vem sendo gradualmente esclarecidos (Walker *et al.*, 2004). Até o momento os investigadores não foram capazes de identificar um fator que caracterize todos os pacientes. Concordam que a esquizofrenia é uma síndrome, que pode resultar de causas diferentes, ou seja, deve ter múltiplas etiologias. Além disso, em um mesmo paciente vários fatores parecem atuar para o aparecimento da doença.

A etiologia envolve a interposição entre vulnerabilidades cerebrais e fatores ambientais, mas a doença não emerge de um defeito específico em uma região cerebral, mas sim da disfunção de circuitos que compreendem muitas regiões cerebrais, sendo o processo de maturação cerebral importante neste processo (Walker *et al.*, 2004).

Os pacientes com esquizofrenia apresentam prejuízos em vários domínios da função cognitiva, não relacionados apenas com o uso de medicação antipsicótica. Estes prejuízos já são aparentes no primeiro episódio em pacientes ainda não medicados (Green *et al.*, 1999). Apresentam dificuldades para responder aos estímulos, déficit na rapidez da seleção de resposta verbal (Krieger, *et al.*, 2001), e na execução de respostas motoras (Flyckt *et al.*, 2000). Entre as funções cognitivas de nível

mais elevado, mostram prejuízos nas memórias verbal e espacial, na atenção, e nas funções executivas como raciocínio abstrato e planejamento (Kuperberg e Heckers, 2000), Apresentam dificuldades na habilidade para compreender e resolver problemas ligados às habilidades cognitivas sociais (Penn *et al.*, 1997).

Os achados de décadas de estudo das funções cognitivas na esquizofrenia mostram que os déficits associados ao transtorno não são específicos para uma modalidade sensorial particular, ou para o estágio de processamento de informação, ou para o domínio cognitivo (raciocínio abstrato, por exemplo). Ao contrário, parece que os prejuízos são generalizados, embora haja evidências que sugerem que alguns domínios, como a memória de trabalho, poderiam estar mais prejudicados do que outros (Green *et al.*, 2000). Esses déficits parecem ser inespecíficos e secundários a um ou mais dos fatores etiológicos, como, por exemplo, complicações pré e perinatais. Indivíduos que desenvolvem esquizofrenia apresentam escores mais baixos de quociente de inteligência na infância, na adolescência e no início da idade adulta (Aylward *et al.*, 1984). Prejuízo no desempenho escolar pode ser visto como um sinal pré-mórbido. Repetir o ano, ter dificuldades em terminar a escola e dificuldades sociais e comportamentais têm sido associados ao desenvolvimento posterior da esquizofrenia. Em estudo na Finlândia, crianças de 14 anos que estavam abaixo do nível escolar esperado para sua idade tiveram três vezes mais chances de desenvolver esquizofrenia do que as que estavam no ano

escolar esperado. Apenas notas escolares baixas não foram fator preditivo para esquizofrenia (Isohanni *et al.*,1998).

Os teóricos assumem que existe uma vulnerabilidade biológica para esquizofrenia, já presente no momento do nascimento, relacionada a fatores genéticos, ambientais pré-natais, e complicações obstétricas, que parecem ter implicações para o desenvolvimento cerebral do feto (Walker *et al.*, 2004). A esquizofrenia é considerada como um transtorno do neurodesenvolvimento com sua patogenia iniciando durante a gestação e no início da infância. Existe um componente familiar principalmente genético. Vários genes que contribuem para o desenvolvimento da esquizofrenia têm sido investigados. Fatores ambientais, tanto biológicos como psicossociais, também tem mostrado papel na sua etiologia. Até o momento as causas da esquizofrenia não estão completamente entendidas, mas alguns fatores de risco, principalmente os biológicos, tem sido identificados (Mäki *et al.*,2005).

1.2.4.1 Fatores Genéticos

Estudos epidemiológicos genéticos utilizando como métodos de investigação gêmeos, adoção, e história familiar, mostraram risco para esquizofrenia elevado em indivíduos com parentes biológicos com a doença.

Gottesman (1991) em uma revisão sobre os estudos de gêmeos e de adoção enfatizou o papel dos fatores genéticos para a esquizofrenia. Entre os irmãos gêmeos monozigóticos de pacientes com esquizofrenia, de 25 a 50% desenvolverão a doença. Entre os gêmeos dizigóticos, de 10 a

15% dos irmãos de pacientes também foram diagnosticados com esquizofrenia. Os quadros clínicos encontrados nos irmãos gêmeos de pacientes com esquizofrenia são variáveis, indo desde o desenvolvimento da esquizofrenia até transtorno de personalidade esquizotípico e paranóide, ou mesmo sintomas neuróticos. (Mäki *et al.*, 2005).

Heston (1966) encontrou taxas mais altas de esquizofrenia e de outros transtornos mentais nos filhos biológicos de pais com esquizofrenia, quando comparado com filhos adotados com pais biológicos sem transtornos mentais. Kete (1988) encontrou taxas maiores de esquizofrenia entre os parentes biológicos de filhos com esquizofrenia adotados do que entre os pais adotivos que os criaram. Estudos mais recentes de adoção indicaram que a influência genética interage com fatores ambientais. Tienari *et al.* (2004) encontrou maior prevalência de transtornos mentais graves em filhos adotados de pais biológicos com esquizofrenia do que no grupo controle. A vulnerabilidade genética foi principalmente expressa em associação com ambientes adotivos desfavoráveis. Para filhos adotivos criados em famílias saudáveis o índice de esquizofrenia não foi tão elevado. Esses achados são consistentes com o modelo de diátese-estresse para etiologia da esquizofrenia.

Os estudos genéticos apontam que o transtorno envolve múltiplos genes, pois o padrão de transmissão familiar não se comporta como se houvesse um *locus* genético apenas (Gottesman, 1991).

Pesquisadores utilizando genética molecular trouxeram alguma evidência do envolvimento de vários genes específicos, como o gene do

receptor de serotonina tipo 2a, o do receptor de dopamina D3, e algumas regiões nos cromossomos 6, 8, 13, e 22 (Badner e Gerson, 2002; Mowry e Nancarrow, 2001). Esses genes parecem estar envolvidos com o neurodesenvolvimento, ou seja, com a estrutura cerebral e com os sistemas de neurotransmissores, como o serotoninérgico, glutamatérgico e dopaminérgico (Craddock *et al.*, 2005).

Uma das descobertas genéticas foi a associação da deleção do cromossomo 22q11 com esquizofrenia. Aproximadamente 25% dos indivíduos com a deleção 22q preenchem critérios diagnóstico para esquizofrenia, e 2% dos indivíduos com esquizofrenia tem essa característica genética, que se expressa mais freqüentemente nos indivíduos com início precoce da doença (Basset *et al.*, 1998).

Outro ponto discutido é a importância da vulnerabilidade biológica e dos fatores externos no desenvolvimento da doença, e a magnitude da contribuição de cada um para a etiologia da esquizofrenia. O fato de a concordância para esquizofrenia em gêmeos monozigóticos não ser de 100% e o fato dos estudos com esta população indicarem taxa da esquizofrenia elevada nos filhos dos gêmeos não afetados (Gottesman e Bertelsen, 1989), sugerem o não desenvolvimento da doença por alguns indivíduos geneticamente vulneráveis. Os genótipos que não se expressam levam ao questionamento sobre quais seriam os fatores determinantes da expressão da doença em indivíduos vulneráveis.

1.2.4.2 Fatores ambientais pré-natais e pós-natais

Complicações obstétricas têm impacto no desenvolvimento do encéfalo fetal. Vários estudos mostraram que os pacientes com esquizofrenia foram mais propensos a terem apresentado uma complicação obstétrica (Dalman *et al.*, 1999; Mcneil *et al.*, 2000). Em revisão da literatura Cannon *et al.* (1997) concluíram que entre os diferentes tipos de complicações obstétricas, as durante o parto, freqüentemente associadas a hipóxia, se mostraram mais fortemente correlacionadas com a presença de esquizofrenia.

Outro fator pré-natal, relacionado ao aumento do risco para esquizofrenia, é a infecção durante a gestação. Estudos mostraram aumento da prevalência em indivíduos cujas mães tiveram gripe durante a gestação (Murray *et al.*, 1992) ou depois de serem expostos à rubéola durante a gestação (Brown *et al.*, 2001). Ainda nesta direção, estudos demonstraram maior prevalência de nascimentos no inverno de pacientes que desenvolveram esquizofrenia, época em que as infecções virais ocorrem com maior freqüência (Torrey *et al.*, 1997). A infecção materna por influenza durante a gestação tem sido associada com a presença de esquizofrenia nos filhos. Mas a evidência tem se baseado em estudos ecológicos que tem a medida de exposição imprecisa, ou na memória materna sobre ter apresentado infecção por influenza durante a gestação (Brown *et al.*, 2004).

No primeiro estudo realizado com evidência sorológica de exposição pré-natal a influenza, Brown *et al.* (2004) encontraram um aumento do risco para desenvolver esquizofrenia pela exposição à influenza, no primeiro

trimestre de gestação (OR=7,0; IC95% 0,7 a 75,3). O intervalo de confiança foi muito grande e incluiu o valor 1, podendo o resultado não ter sido confiável ou significativo.

Outro fator é desnutrição durante a gestação, mas este achado continua em debate (Mäki *et al.*, 2005).

Estudos com roedores e primatas não humanos mostram que o estresse sofrido durante a gestação pela mãe, leva a um aumento do corticóide e a problemas no desenvolvimento cerebral fetal (Weinstok, 1996). Estudos recentes indicam que lesões pós-natais ao encéfalo, como trauma crânio encefálico, também podem aumentar o risco de desenvolvimento da esquizofrenia. Uma questão importante é o quanto as complicações obstétricas e o trauma craniano após o nascimento atuam independentemente para aumentar o risco para esquizofrenia ou têm seu efeito em conjunto com a vulnerabilidade genética (Walker *et al.*, 2004). As complicações obstétricas associadas com hipóxia estão especialmente associadas ao aumento de risco para esquizofrenia, mas como na maioria dos casos não há esta associação, essas complicações devem interagir com a vulnerabilidade genética para aumentar o risco para a doença (Mueser e McGurk, 2004). Cannon *et al.* (2002) concluíram que três tipos de complicações obstétricas estão associadas ao desenvolvimento de esquizofrenia: a) complicações durante a gestação (sangramento, diabetes, incompatibilidade do fator Rh, pré-eclâmpsia), b) desenvolvimento e crescimento fetal anormal (baixo peso ao nascer, malformações congênitas,

circunferência craniana reduzida) e c) complicações decorrentes do parto (atonia uterina, hipóxia, cesariana de emergência).

Estudos com humanos mostram que eventos estressantes durante a gestação estão associados a maior risco para esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos nos filhos adultos. Foram encontrados altos índices de esquizofrenia em filhos de mulheres que perderam o marido durante a gestação (Hutunen, 1989 apud; Walker et al, 2004) e em filhos de mulheres expostas a uma invasão militar durante a gestação (Van Os e Selten, 1998).

Em um estudo de coorte na Finlândia de crianças não desejadas durante a gestação, o risco para desenvolvimento de esquizofrenia foi 2,4 vezes maior quando comparadas com as crianças desejadas (Myhrman *et al.*, 1996).

1.2.4.3 Fatores ambientais não relacionados à gestação e parto

Algumas infecções durante a infância têm sido associadas à esquizofrenia, mas com resultados discrepantes. Na Finlândia, foi encontrada associação entre infecção viral do sistema nervoso central na infância e esquizofrenia (Rantakallio *et al.* 1997) e, na Inglaterra, a esquizofrenia esteve associada à meningite e à tuberculose na infância. Em outro estudo Filandês confirmado virologicamente não foi encontrada a associação entre infecções na infância e esquizofrenia (Suvisaari *et al.*, 2003). Esta associação deve ser vista com cautela e se ela de fato for verdadeira, provavelmente apenas uma minoria dos quadros de esquizofrenia poderiam ser explicados desta forma (Jones, 1999).

A esquizofrenia tem sido associada a alterações no sistema dopaminérgico, serotoninérgico e glutamatérgico, que poderiam ser afetados também pelo abuso de substâncias. Numa revisão realizada por Arseneault et al. (2004) de cinco estudos prospectivos, o uso de *cannabis* aumentou duas vezes o risco relativo para o desenvolvimento de esquizofrenia. Se usuários de *cannabis* têm vulnerabilidade genética ou algum sintoma psiquiátrico de base o risco para desenvolver esquizofrenia pode estar aumentado (Mäki, et al., 2005). As explicações para a associação entre o uso de *cannabis* e transtornos psicóticos são : o uso de *cannabis* pode precipitar o aparecimento de psicoses em indivíduos vulneráveis; a *cannabis* pode prolongar o quadro psicótico em pessoas com diagnóstico de transtorno psicótico já estabelecido; portadores de um transtorno psicótico tem a tendência de se tornarem usuários de *cannabis* para tentar diminuir os efeitos desagradáveis das medicações que usam, ou pelas situações sociais ou estresse (Degenhardt e Hall, 2002).

1.2.4.4 Fatores Ambientais Psicossociais

Existem vários estudos apontando para a piora dos sintomas e do curso da esquizofrenia por influência de estressores ambientais. O número de eventos de vida estressantes aumentam nos meses que precedem uma recaída (Ventura et al., 1992). Além disso, os pacientes que vivem em famílias cujos membros expressam mais emoções e atitudes negativas têm maior propensão a apresentarem recaídas (Butzlaff e Hooley, 1998).

Evidências indicam que a exposição ao estresse pode também contribuir para o início de sintomas em indivíduos vulneráveis. Num estudo

que examinou a interação da presença de transtornos mentais nos pais e maus tratos à criança, os filhos de pacientes com esquizofrenia tiveram aumento significativo de problemas de comportamento se foram também vítimas de negligência ou abuso (Walker *et al.*, 1989). Filhos de pacientes com esquizofrenia tiveram maior propensão para desenvolver sintomas da esquizofrenia quando criados numa instituição, ao invés de criados por seus pais ou familiares (Walker *et al.*, 1981). Uma separação bem precoce dos pais devido à tuberculose na família com transferência para instituições de cuidados adequadas não foi preditor de esquizofrenia (Mäki *et al.*, 2003). Nesta mesma linha, crianças com pais biológicos com esquizofrenia adotadas apresentaram maior risco para esquizofrenia se sua família adotiva era disfuncional (Tienari *et al.*, 2004) ou se apresentava desvios de comunicação (Wahlberg *et al.*, 1997).

Fatores sóciodemográficos estão associados com aumento de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia. A pobreza e a classe social baixa tem sido relacionadas com a presença de esquizofrenia. Duas hipóteses foram levantadas para esta associação: a da causalidade social (condições ambientais estressantes aumentam o risco para esquizofrenia), e a da queda ou não ascensão social (a esquizofrenia prejudica as funções sociais e ocupacionais; Mueser e Mc Gurk, 2004). Dohrenwend *et al.* (1992) demonstraram que a hipótese da seleção social está mais relacionada à esquizofrenia e a da causalidade social com a depressão em mulheres, e com o comportamento anti-social e dependência a drogas em homens. Em artigo de revisão, Häfner e Heiden (1997), sugerem que a distribuição

desigual da prevalência de esquizofrenia entre classes sociais se deve ao declínio social que, com freqüência, ocorre após o início da esquizofrenia. Para eles, início mais precoce pode levar a maior estagnação social.

A conexão do nível sócio-econômico na infância com esquizofrenia ainda não está totalmente resolvida. Nível sócio econômico baixo da família de origem tem sido apontado por alguns estudos como sendo um fator de risco moderado para esquizofrenia, mas outros não encontraram associação (Bresnahan e Susser, 2003).

A urbanização também é estudada como fator de risco. Morar em locais mais urbanizados está associado a maior prevalência de esquizofrenia. Segundo Mäki *et al.* (2005), embora as razões para estes achados sejam desconhecidas algumas explicações hipotéticas são: infecções pré e pós-natais, migração seletiva, fatores genéticos e a diferença de disponibilidade de serviços psiquiátricos.

Van Os *et al.* (2003) estudaram a relação entre morar em regiões mais urbanizadas (com maior densidade demográfica) e possuir história familiar de transtorno psicótico com o risco de desenvolver um quadro psicótico. Encontram que os dois fatores: morar em locais mais urbanizados (OR= 1,57 IC: 1,30-1,89) e possuir história familiar (OR= 4,59 IC: 2,41-8,74) aumentam o risco para transtorno psicótico de forma independente. Analisada a exposição aos dois fatores de risco em conjunto, 60-70% dos indivíduos expostos aos dois fatores desenvolveram um transtorno psicótico. Esses autores discutem que algum fator ambiental que ocorra em regiões mais urbanizadas funcionaria como um potencializador do risco genético

para psicoses. Apontam ainda para os efeitos do ambiente social da criança, com altos índices de privação, baixo nível sócio-econômico, e isolamento social como possíveis fatores que interagem com a vulnerabilidade genética para psicoses em ambientes mais urbanizados. Esse achado vai de encontro com estudo de Wahlberg *et al.* (1997) de um estudo com crianças adotadas, realizado na Finlândia, segundo o qual eventos adversos na infância e na adolescência podem ser importantes para determinar a transição de genótipo para o fenótipo em relação às psicoses.

A migração também tem sido associada a maior propensão ao desenvolvimento da esquizofrenia, especialmente entre a segunda geração nascida no novo local para onde a família migrou. Foi encontrado aumento de 2,4 a 18 vezes nas taxas de esquizofrenia em indivíduos de origem africana ou caribenha morando na Inglaterra (Hickling *et al.*, 1999). Boydell *et al.* (2001) estudaram a incidência da esquizofrenia entre indivíduos não pertencentes à raça branca, em regiões onde eram minoria. A incidência da esquizofrenia aumentou significativamente com a redução da proporção de indivíduos pertencentes à minoria em determinada região, variando de 2,4 de taxa de incidência nas áreas onde as minorias formavam uma maior proporção até 4,4 nas áreas onde estavam em menor proporção. Entre algumas explicações está a de que existiria ligação entre isolamento social e esquizofrenia. Outra explicação se relaciona ao estresse em ser uma minoria num determinado ambiente social. Esse estresse poderia aumentar a predisposição para o desenvolvimento da doença em indivíduos biologicamente vulneráveis (Mueser e McGurk, 2004). O isolamento social e

a falta de suporte social para pessoas vivendo em ambientes pouco conhecidos podem ser fatores contribuintes para o aumento da incidência de esquizofrenia na população migrante (Howes *et al.*, 2004). Cantor-Graae e Selten (2005) estudaram a migração como fator de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia em uma metanálise. Encontraram uma média de risco relativo de 2,7 entre migrantes de primeira geração e 4,5 entre os de segunda geração. Concluíram ser a migração um fator de risco para esquizofrenia. Os diferentes riscos encontrados em diferentes subgrupos, como maior risco para migrantes de origem de países em desenvolvimento e de países onde a maioria é negra, sugeriram um papel para a adversidade psicossocial na etiologia da esquizofrenia. Esta pode estar relacionada ao estresse crônico da experiência de estar à margem da sociedade. Entretanto, os aspectos do ambiente que podem contribuir para o risco de esquizofrenia ainda são pouco conhecidos (Cantor-Graae e Selten, 2005).

1.2.4.5 Desenvolvimento pré-morbido

Estudos compararam crianças que posteriormente desenvolveram esquizofrenia com crianças que não desenvolveram a doença. Encontraram diferenças já no início da infância. Também mostraram anormalidades no comportamento social, sendo tais crianças menos responsivas a situações sociais, mostrando menos emoções positivas e mais expressões faciais negativas antes do primeiro ano de vida que seus irmãos. Isto poderia indicar uma manifestação precoce nas interações sociais para a

vulnerabilidade da esquizofrenia (Walker *et al.*, 1993). Apresentavam também pior ajustamento social em relação a crianças que cresceram adultos saudáveis (Done *et al.*, 1994).

A vulnerabilidade também aparecia em relação ao desenvolvimento das funções motoras. As crianças que posteriormente desenvolveram esquizofrenia apresentavam mais atrasos e anormalidades no desenvolvimento motor, incluindo déficits na aquisição de habilidades motoras como andar e manipulação bimanual (Walker *et al.*, 2004).

A personalidade esquizotípica está entre os indicadores comportamentais de risco observados em adolescentes que futuramente desenvolverão esquizofrenia. Os sintomas que a caracterizam são retraimento, anormalidade afetivas, comportamento excêntrico, idéias estranhas, e experiências sensoriais anormais. Como indicado por estudos longitudinais, 20 a 40% dos jovens com sinais esquizotípicos desenvolverão esquizofrenia (Miller *et al.*, 2002).

O modelo atual de estresse-diástese formulado para explicar a etiologia multifatorial da esquizofrenia pode ser entendido com a existência de uma vulnerabilidade genética determinando características cerebrais que influenciam sua estrutura e função. A existência da vulnerabilidade, adquirida por eventos pré-natais que alteram o neurodesenvolvimento fetal ou de eventos pós-natais, também pode comprometer a estrutura e funcionamento cerebral. Ser um indivíduo vulnerável não significa apresentar a doença naquele momento. Dois fatores são considerados importantes na interação com a vulnerabilidade constitucional para o

aparecimento da doença: maturação cerebral durante a adolescência e fatores estressantes ambientais (Walker *et al.*, 2004).

1.3-IMPACTO NA SAÚDE MENTAL E DESEMPENHO SOCIAL DE CRIANÇAS COM MÃES PORTADORAS DE ESQUIZOFRENIA: ESTUDOS COM POPULAÇÃO DE ALTO RISCO.

1.3.1- Desenvolvimento motor e neurológico

Alguns estudos associam a disfunção neuromotora precoce ao desenvolvimento da esquizofrenia. Filhos de pais com esquizofrenia tiveram maiores índices desse tipo de disfunção (Bergman *et al.*, 1997). Fish *et al.* (1992) investigaram a hipótese de um retardo do desenvolvimento motor e visuo-motor conjuntamente com atraso no crescimento ósseo predizerem o desenvolvimento da esquizofrenia. Encontraram em todos os indivíduos de alto risco que desenvolveram esquizofrenia ou um transtorno do seu espectro, sinais de atraso no desenvolvimento motor e neurológico. Em estudo Suéco com população de alto risco, foram encontrados mais desvios neurológicos em crianças do grupo de alto risco do que no grupo controle já no terceiro dia de vida (Blennow e McNeil, 1991). Marcus *et al.* (1993) avaliaram a presença de prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor em filhos de pacientes com esquizofrenia, em filhos de pais com outros transtornos mentais e em filhos de pais sem transtornos mentais. Encontraram 44% dos filhos de pacientes com esquizofrenia com um desempenho pobre, e ao mesmo tempo, 24% dos filhos de pais com outros transtornos mentais e somente 15% de filhos de pais sem transtornos

mentais com prejuízo no desenvolvimento motor e cognitivo-perceptual. Encontraram associação entre intercorrências durante a gestação e parto de filhos de pacientes com esquizofrenia e o prejuízo motor. Fizeram a hipótese que a vulnerabilidade genética para esquizofrenia é suficiente para a ocorrência da expressão desses sinais neuropsicomotores. A chance de aparecimento desses sinais, não obstante, aumenta com a presença de intercorrências na gestação e parto.

Hans *et al.* (1999) encontraram que o desempenho neuromotor pobre em crianças do grupo de alto risco ocorre principalmente com os filhos do sexo masculino. Setenta e três por cento deles tiveram desempenho ruim e apenas 15% das meninas apresentaram desempenho prejudicado. Outro achado deste estudo é que no grupo de alto risco para esquizofrenia os prejuízos neurológicos se mantiveram no decorrer do tempo em 40% dos indivíduos, enquanto no grupo controle isto não ocorreu.

No estudo realizado em Nova Iorque problemas neuromotores foram preditores de afeto embotado durante a adolescência, e identificaram 75% dos que desenvolveram psicoses do espectro da esquizofrenia na idade adulta (Erlenmeyer-Kimling, 2000; Erlenmeyer-Kimling *et al.*, 2000).

1.3.2- Funcionamento cognitivo

Yoshida *et al.* (1999) encontraram risco aumentado para apresentar o desenvolvimento cognitivo prejudicado em filhos de mulheres com esquizofrenia.

Em outro estudo, as crianças que posteriormente desenvolveram esquizofrenia tendiam a ter pior desempenho escolar do que seus pares e um quociente de inteligência menor (Jones *et al.*, 1994). Outros estudos confirmaram o quociente de inteligência menor entre crianças com alto risco para desenvolver esquizofrenia (Goodman, 1987; Byrne *et al.*, 1999), mas alguns não confirmaram esse achado (Sameroff *et al.*, 1987).

O estudo conduzido por Sameroff *et al.* (1993) observou que o baixo nível sócio-econômico e a gravidade do transtorno mental materno foram preditores mais fortes de presença de baixo QI em seus filhos do que o diagnóstico materno propriamente dito

Em estudo publicado recentemente, Henriksson e McNeil (2004) avaliaram os primeiros quatro anos de vida de filhos de mulheres com esquizofrenia. Encontraram que essas crianças tinham atraso no início do andar, disfunção visual, transtornos de aprendizado de linguagem e enurese.

As crianças com alto risco para esquizofrenia apresentaram pior pontuação em medidas para avaliar atenção no estudo conduzido por Erlenmeyer-Kimling e Cornblatt, (1992). O déficit de atenção na infância foi preditor para 58% das crianças do grupo de alto risco que desenvolveram esquizofrenia na idade adulta. Um estudo realizado em Israel também mostrou associação da presença de déficit de atenção na infância à presença de esquizofrenia na idade adulta (Mirsky *et al.*, 1995).

Outros estudos mostram alterações cognitivas em crianças em risco para esquizofrenia, como presença de transtornos do pensamento (Ott *et al.*, 2001), baixo desempenho em matemática, função executiva, memória e

capacidade de aprender prejudicadas (Byrne *et al.*, 1999). No estudo conduzido em Nova Iorque, a presença de déficit de memória de curto prazo esteve presente em 83% dos filhos de pacientes com esquizofrenia que desenvolveram a doença (Erlenmeyer-Kimling, 2000).

1.3.3-Competência Social

O prejuízo na competência social encontrado em crianças e adolescentes com risco genético para esquizofrenia, é visto como um sinal de vulnerabilidade para esquizofrenia, como mostram os estudos descritos abaixo.

Hans *et al.* (2000) compararam adolescentes filhos de pais com esquizofrenia com adolescentes filhos de pais sem transtornos mentais, e de pais com outros transtornos mentais, em relação ao seu ajustamento social. Observaram que os filhos de pais com esquizofrenia apresentaram mais problemas sociais como imaturidade, dificuldade de interagir com os pares, e de estabelecer relacionamentos principalmente heterossexuais. Não encontraram relação entre o prejuízo na competência social e a presença de alterações comportamentais, sendo a competência prejudicada mesmo em crianças sem alterações comportamentais. Concluíram que essas características poderiam apontar para uma vulnerabilidade à esquizofrenia.

Dworkin *et al.* (1991) realizaram estudo prospectivo com crianças filhas de pais com esquizofrenia e as compararam com filhos de pais com transtorno bipolar do humor e controles normais. Encontraram na adolescência pior desempenho em relação a competência social, mais

alterações do pensamento, e mais sintomas negativos em filhos de pais com esquizofrenia.

Em estudo com filhos de até 4 anos de pacientes com esquizofrenia, a competência social pobre foi um dos principais achados. Encontraram falta de amigos e pobre competência interpessoal em 21% das crianças, além da presença de algum problema do comportamento em 33% delas. Os controles, por sua vez, apresentaram 3% e 6%, respectivamente, dessas mesmas dificuldades (Henriksson e McNeil, 2004).

1.3.4-Sintomas psiquiátricos

Segundo Goodman (1987) mães com esquizofrenia e com depressão tiveram filhos com maior propensão a receber um diagnóstico psiquiátrico do que filhos de mães sem transtorno mental. Isto foi mais freqüente nas crianças mais velhas.

Weintraub (1987) descreveu em um estudo prospectivo realizado com filhos de pacientes com esquizofrenia, que as crianças de pais com esquizofrenia apresentaram prejuízos sociais, cognitivos e da atenção. Ao final do seguimento, 22,8% delas apresentaram algum tipo de transtorno mental comparadas com 9,6% do grupo controle.

Em 1999 Amminger *et al.* publicaram os resultados de um estudo realizado com população de alto risco para esquizofrenia, o “The New York High-Risk Project”. Os autores compararam a presença de esquizofrenia em filhos de pacientes com esquizofrenia, de pacientes com transtorno bipolar e

de controles sem transtornos mentais. Encontraram que 18,5% dos filhos de pacientes com esquizofrenia desenvolveram a doença na idade adulta e apenas 1,1% dos filhos do grupo controle apresentaram esse desfecho. A maior prevalência de transtornos comportamentais nas crianças que posteriormente desenvolveram esquizofrenia na idade adulta também foi maior. A análise foi controlada para uso de substâncias de abuso, um importante fator relacionado a mais problemas comportamentais na infância e ao desenvolvimento de quadros psicóticos. Comparando a presença de problemas comportamentais na infância, não encontraram diferença estatística significativa entre os grupos divididos pelo diagnóstico parental. A diferença apareceu entre os grupos divididos pela presença de transtorno mental e do tipo deste transtorno na idade adulta dos filhos de pacientes e controles. Erlenmeyer-Kimling, *et al.* (1995), observaram ainda que a prevalência de psicoses em geral foi maior nos filhos de pacientes com transtorno afetivo bipolar e com esquizofrenia, do que para filhos do grupo controle. Além disso, o transtorno esquizoafetivo apareceu com maior frequência em filhos de pacientes bipolares do que de pacientes com esquizofrenia. Estes achados fizeram os autores concluir que a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar não fazem parte do mesmo espectro e não compartilham as mesmas vulnerabilidades. Neste estudo, os autores também analisaram a presença de transtornos de personalidade do “*cluster*” A e encontraram maior prevalência nos filhos de pacientes com esquizofrenia. O transtorno de personalidade esquizotípico foi igualmente prevalente em filhos de pacientes com esquizofrenia, e em filhos de pacientes

bipolares (Erlenmeyer-Kimling, *et al.*, 1995). Este achado coloca em discussão a associação do transtorno de personalidade esquizotípico com o espectro da esquizofrenia. Os autores acreditam que se os sintomas desse transtorno forem abordados como sub-síndromes, poderia ser encontrado um grupo de sintomas mais relacionados ao espectro da esquizofrenia. Futuras pesquisas deveriam focar sinais sub-sindrômicos para tentar revelar a vulnerabilidade à esquizofrenia.

Para investigar se pacientes que desenvolvem esquizofrenia apresentam sintomas desde a infância, Rossi *et al.* (2000) realizaram estudo retrospectivo de avaliação de comportamentos da infância e adolescência de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia na idade adulta. Encontraram maior prevalência de problemas comportamentais nos pacientes que no grupo controle, formado por seus irmãos saudáveis. Os pacientes com esquizofrenia, foram divididos em dois grupos, um que apresentava escore baixo de problemas do comportamento no início da infância e apresentou aumento desse escore com o tempo, e outro grupo que já apresentava escores altos no início da infância que se mantiveram ao longo do tempo. O primeiro grupo apresentou problemas do pensamento e agressividade, enquanto o segundo mais sintomas de retraimento, ansiedade e depressão.

Mc Neil *et al.* (2003) estudaram crianças de 6 anos filhas de pacientes com história de psicose, em relação a alterações neurológicas e transtornos mentais. Encontraram 30% dos filhos de pacientes com esquizofrenia com alterações neurológicas, muito mais que o grupo controle. Compararam as crianças do grupo de alto risco com alterações neurológicas

com aquelas que não as tinham e perceberam que a prevalência de transtornos mentais, principalmente enurese e transtornos de linguagem, era maior nas crianças com alterações neurológicas.

Cannon e Mednick (1993) analisando dados de seguimento por trinta anos de filhos de pacientes com esquizofrenia encontraram que a presença de risco genético para esquizofrenia, complicações durante o parto, e resposta do sistema nervoso autônomo reduzida seriam preditores para presença de esquizofrenia com predominância de sintomas negativos, início precoce da doença e alargamento ventricular em exames de neuroimagem no adulto. Para os que desenvolveram esquizofrenia com predomínio de sintomas positivos e com início mais tardio, os autores encontraram como preditores desorganização precoce do ambiente familiar e resposta aumentada do sistema nervoso autonômico. Os adolescentes que desenvolveram esquizofrenia com sintomas negativos, apresentavam durante a adolescência passividade, falta de espontaneidade e de resposta social e isolamento. Os pacientes com sintomas positivos apresentavam durante a adolescência irritabilidade, falta de concentração, e comportamento agressivo. Os autores apontam para a possibilidade de que os dois tipos descritos de esquizofrenia sejam processos diferentes, e já com diferenças nos sintomas pré-morbidos durante a adolescência que se manteriam na idade adulta.

Parnas *et al.*, (1993) analisaram o estudo realizado na Dinamarca no qual verificaram a porcentagem de diagnóstico psiquiátrico em filhos de mulheres com esquizofrenia comparados com controles. Os filhos das mulheres com a doença apresentaram esquizofrenia (16,2%), outras

psicoses não afetivas e não orgânicas (4,6 %) e transtorno de personalidade do cluster A(21,3%), significativamente mais freqüente quando comparado aos controles (1,9%, 0,9% e 5,0%, respectivamente). Então, 43% dos filhos de mães com esquizofrenia receberam um diagnóstico do espectro da esquizofrenia no decorrer da vida. Outros estudos que investigaram a prole de mulheres com esquizofrenia mostram que de 10 a 15 % dessas crianças desenvolvem esquizofrenia e 50% outros transtornos psiquiátricos (Miller, 1997).

1.3.5- Interação entre a mãe e a criança e estabilidade do ambiente onde a criança é criada

A esquizofrenia reduz, com freqüência, a habilidade de discernir sinais não verbais, o reconhecimento de afetos pela expressão facial, e a capacidade de contornar situações sociais. Isso pode resultar na dificuldade das mulheres com esquizofrenia em cuidar das suas crianças. Essas mães são em geral menos hábeis para fomentar a interação social com as crianças e tem maior tendência a interpretar erroneamente os sinais transmitidos por elas. Comparadas com mães sem transtornos mentais, elas tocam e brincam menos com os filhos, distanciam-se excessivamente, ou mostram envolvimento inapropriado e às vezes até agressivo. Acabam promovendo menor estabilidade, e estimulação aos seus filhos (Miller, 1997). As crianças são com freqüência separadas precocemente das suas mães, por essas não serem habilitadas a cuidar delas (Davies *et al.*, 1995).

O período de separação no início da infância pode causar impacto no desenvolvimento direto da criança e também afetar a relação entre criança e mãe e dessa forma afetar o seu desenvolvimento (Kumar *et al.*, 1995).

A separação da mãe durante a infância resulta em alta incidência de sintomas psiquiátricos no adolescente e adulto jovem. Se não ocorre abuso, violência, ou falta de cuidados às necessidades básicas das crianças, elas ficam geralmente melhor se mantidas com seus pais. Por isso, a habilidade desses pacientes para cuidar dos filhos deve ser vista como um assunto importante para a promoção de saúde mental (Miller, 1997).

Goodman (1987) realizou um estudo com crianças filhas de mães com esquizofrenia, de mães com depressão e de mães sem transtorno mental. Comparou o desempenho social e intelectual das crianças e também o ambiente onde essas crianças foram educadas. Concluiu que filhos de mulheres com esquizofrenia tinham o desempenho social pior que o dos outros grupos. O desempenho social sofreu influência do diagnóstico materno e do grau de gravidade do transtorno mental materno, da menor capacidade da mãe em resolver problemas e em proporcionar um ambiente estável para a educação e criação das crianças, e da menor capacidade de fornecer estímulos a elas (Goodman, 1987).

1.3.6- Interação da vulnerabilidade genética para esquizofrenia com o ambiente

Em estudo realizado com filhos adotivos comparou-se o grupo que possuía pais biológicos com esquizofrenia com controles. Comparou-se

também o grau de desvios de comunicação entre os pais adotivos. Foi encontrada maior prevalência de transtornos de pensamento nos filhos de pais biológicos com esquizofrenia e que possuíam pais adotivos com mais desvios de comunicação. Isto demonstrou a importância da interação do risco genético com fatores ambientais (Wahlberg *et al.*, 1997). Esse mesmo estudo mostrou que, tanto no grupo de filhos de pais biológicos com esquizofrenia como no grupo controle, quanto maior a taxa de psicopatologia grave nas famílias adotivas, maior a presença de psicopatologia nos filhos adotivos. Para filhos de pais biológicos com esquizofrenia, possuir pais adotivos com psicopatologia grave leva a maior proporção de problemas quando comparadas ao grupo controle. Assim, os autores também apontam para a hipótese de a vulnerabilidade genética interagir com o ambiente onde a criança é criada (Tienari *et al.*, 1985; Tienari *et al.* 2000). Para Cannon e Mednick (1993), em estudo realizado na Dinamarca, o nível ou a qualidade de estresse associado à falta dos pais e a ser criado numa instituição resulta em maior propensão no desenvolvimento da esquizofrenia em crianças com risco genético para a doença. Demonstraram também a importância da predisposição genética e dos fatores ambientais que, ao interagirem entre si, tornam as crianças mais ou menos vulneráveis para o desenvolvimento da esquizofrenia.

2. OBJETIVOS

Avaliar crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos, que possuem mãe com diagnóstico de esquizofrenia e compará-los com um grupo, da mesma faixa etária e sexo, que não possui mãe com esquizofrenia, nos seguintes aspectos:

- 1- Presença de sintomatologia psiquiátrica/ problemas de saúde mental em geral e fatores associados a estes.
- 2- Presença de sintomas do tipo internalização e fatores associados a estes.
- 3- Competência social.

3. HIPÓTESES

Relativa à saúde mental

Haverá associação entre ser filho de mãe com esquizofrenia e maior prevalência de problemas comportamentais.

Haverá associação entre ser filho de mãe com esquizofrenia e maior prevalência de problemas do tipo internalização.

Relativa à competência social

Haverá associação entre ser filho de mãe com esquizofrenia e ter prejuízo na competência social.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal comparativo de avaliação da competência social e perfil comportamental de crianças filhas de mulheres com esquizofrenia (FME) e filhas de pacientes sem transtorno mental grave atendidas num ambulatório de ginecologia (FMG). Todas as questões avaliaram os últimos seis meses incluindo a data da entrevista.

Esse trabalho é parte de um estudo maior que inclui outras avaliações e um terceiro grupo, o dos filhos de pacientes com transtorno afetivo bipolar. O descrito nesta dissertação vai se ater às avaliações de interesse desta parte do trabalho. As demais avaliações serão apenas citadas brevemente.

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Crianças e adolescentes cuja mãe biológica é portadora de esquizofrenia (ME) segundo o DSM-IV que foram atendidas no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP no período de 1998 a 2004 ou crianças e adolescentes com mãe biológica sem transtorno mental grave atendidas no ambulatório geral de ginecologia do mesmo hospital (MG).
2. Estar na faixa etária entre 6 e 18 anos.
3. Morar na Grande São Paulo e ser possível localizar e estabelecer contato.

4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Diagnóstico materno e paterno de transtorno mental grave no grupo MG.
2. Impossibilidade da paciente ou responsável responder os questionários.

4.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Foi feito com base em dados da literatura comparando as proporções de transtornos mentais entre crianças e adolescentes cuja mãe tem esquizofrenia com as que possuem mãe sem transtornos mentais graves.

Foi localizado um trabalho na literatura que utilizou metodologia semelhante e estudou crianças e adolescentes de faixa etária semelhante à estudada no trabalho apresentado nesta dissertação.

Hans *et al.* (2000) estudaram a prevalência de transtornos mentais em filhos de pais com esquizofrenia, comparando-os com a de filhos de pacientes com outros transtornos mentais, e com a de filhos de pais sem transtornos mentais. na faixa etária dos 12 aos 18 anos. Encontraram algum tipo de transtorno mental em 67% dos filhos de pais com esquizofrenia, 53% dos filhos de pais com outros transtornos mentais e 28% dos filhos de pais sem transtornos mentais.

Nesta pesquisa pretende-se comparar a prevalência de problemas comportamentais no grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia (p_1) com a de filhos de mulheres sem transtornos mentais graves (p_2).

O cálculo da amostra se baseou nas diferenças entre as proporções de presença de algum transtorno mental para filhos de pais com esquizofrenia (que foi igual a 67% no estudo de Hans *et al.*, 2000) e para filhos de pais com outros transtornos mentais (que foi, no máximo, 53% no estudo de Hans *et al.*, 2000). Dessa forma, verificou-se que a diferença estimada entre essas proporções seria de 14% (67% - 53%). Supondo o erro tipo I (α) = 5% e o poder do teste ($1-\beta$) = 90%, estimou-se a necessidade de 226 crianças ou adolescentes em cada grupo de mães (Hulley & Cummings, 1998). Prevendo uma perda de no máximo 10% em cada grupo seriam necessárias 250 crianças e adolescentes em cada grupo. Assim, também seriam necessárias 250 mães em cada grupo.

No decorrer do estudo, quando 100 crianças foram entrevistadas (50 de cada grupo), realizou-se uma análise preliminar para verificar se as estimativas de prevalência estavam corretas, pois o cálculo foi baseado em estudo com amostra pequena.

A partir da análise realizada com estes dados, foi realizado outro cálculo do tamanho da amostra. Para este foi utilizada a variável **comportamentos do tipo internalização combinada** (CBCL*YSR) comparando os grupos de filhos de ME com filhos de MG. Para um alfa de 5% e um poder de 80%, seriam necessárias 105 crianças em cada grupo. Para um alfa de 5% e um poder de 90%, seriam necessárias 141 crianças em cada grupo.

Para detectar diferenças entre as crianças filhas de mulheres com esquizofrenia que moram ou não com a mãe, para a variável **total de**

problemas de comportamento, com alfa de 5% e poder de 80%, seriam necessárias 21 crianças em cada grupo. Esses cálculos foram realizados com a utilização do programa ST plan, versão 4.1 (1996).

4.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados nesta parte do estudo foram:

4.4.1-Entrevista para triagem.

Entrevista para verificar quais mulheres com esquizofrenia tinham filhos. Contém os seguintes itens: identificação da paciente, idade, raça, estado civil, profissão, ocupação, naturalidade, tempo de tratamento psiquiátrico, número de filhos, idade dos filhos, se moram com a mãe, se a mãe era ou é a principal cuidadora da criança. Mãe como principal cuidadora significa estar presente diariamente e ser a principal responsável pelo cuidado e educação dos filhos (anexo III).

4.4.2- Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV. Transtornos do eixo I- Versão 2,0 (SCID I/P; Structured Clinical Interview DSM-IV)

Entrevista semi-estruturada que foi desenvolvida com base nos critérios do DSM-IV para ser utilizada em pesquisa clínica por profissionais com experiência em avaliação psicopatológica (First *et al.*, 1996). O SCID contém perguntas que possibilitam avaliar informações demográficas, queixa principal, história psiquiátrica passada e presente, tratamentos anteriores, desempenho atual. Os módulos diagnósticos incluem transtornos psicóticos,

do humor, do abuso e dependência de substâncias, transtornos ansiosos, somatoformes, da alimentação, de ajustamento (Jorge, 1996).

O SCID foi aplicado com o objetivo de confirmar o diagnóstico materno de esquizofrenia, verificar data de início e curso da doença, possíveis comorbidades, e se as mulheres do grupo controle tinham algum transtorno mental.

4.4.3- Entrevista com dados demográficos e história da mãe.

Foi desenvolvida para este projeto, e foi respondida pela mãe e seus familiares (anexo IV).

4.4.4-CBCL: Child Behavior Checklist (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência)

Descrição Geral do instrumento

Questionário que avalia competência social e problemas de comportamento em indivíduos de 6 a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelo pai, mãe, ou por outros adultos que conheçam a criança no contexto familiar (Achenbach e Rescorla, 2001). As perguntas avaliam o comportamento da criança nos seis meses que antecedem a entrevista, incluindo o momento desta (anexo V).

Os 20 itens relativos à competência social referem-se ao envolvimento da criança ou jovem em diversas atividades (esportes, brincadeiras, jogos, tarefas), participação em organizações grupais (clubes, times), relacionamento com pessoas (familiares, amigos, e outras crianças

ou jovens), independência ao brincar ou trabalhar e desempenho escolar. O autor dividiu a competência social em três:

1) atividades (inclui participação e desempenho em esportes, participação e desempenho em outras atividades como brincadeiras, por exemplo, e participação e desempenho em trabalhos e tarefas);

2) sociabilidade (inclui participação e desempenho em grupos ou organizações, relacionamento com amigos, e relacionamento com familiares, e independência ao realizar suas atividades);

3) desempenho escolar (inclui desempenho nas matérias escolares, necessidade de estar em classe especial, repetência de ano, e problemas na escola).

Cada categoria tem pontuação que reflete o número de itens considerados presentes. Por exemplo, cada esporte citado equivale a um ponto, e existem opções de citar nenhum, um, dois ou três. Portanto quanto mais atividades a criança estiver envolvida, maior escore obterá em competência social, e melhor o seu desempenho em relação à competência. Além do número de atividades o instrumento compara o desempenho com as crianças ou adolescentes da mesma idade. As opções de resposta para o desempenho são pior, igual, ou melhor, recebendo respectivamente escore 0, 1 ou, 2. O mesmo ocorre para a sociabilidade e desempenho escolar, sendo que estar em classe especial e repetência de ano recebe escore 0.

Os 118 itens relativos a problemas do comportamento são descrições de comportamentos, presentes ou ausentes na vida da criança ou adolescente. O perfil comportamental é organizado em oito síndromes:

ansiedade/depressão, retraimento/depressão, queixas somáticas, problemas com contato social, problemas com pensamento, problemas com a atenção, comportamento de violação a regras, e comportamento agressivo (Bordin *et al.*, 1995; Achenbah e Rescorla, 2001).

Cada item pode ser respondido como falso (não ocorre, escore 0), mais ou menos verdadeiro (ocorre não freqüentemente, escore 1), ou verdadeiro (ocorre freqüentemente, escore 2). A soma dos escores dos itens marcados nos questionários que formam cada síndrome resulta no Escore Cru das síndromes.

A soma de todos os escores dos 118 itens do questionário resulta no Escore Cru da variável **total de problemas de comportamento**. A soma de todos os itens da competência social resulta no Escore Cru para a variável **competência social total**. Esse escore é assim denominado, pois é o escore que temos como resultado antes de qualquer trabalho estatístico.

Os itens que compõem cada síndrome foram selecionados por análise estatística e não por critérios clínicos e estão relacionados abaixo (Achenbah e Rescorla, 2001):

- 1- Síndrome **ansiedade/depressão**: chora muito; fobia simples; fobia de escola; medo de fazer ou pensar algo destrutivo; perfeccionismo; não se sente gostado; sente-se desvalorizado; nervoso ou tenso; muito ansioso ou medroso; sente-se culpado; preocupa-se com que acham dele; fala em suicídio; muito preocupado.
- 2- Síndrome **retraimento/depressão**: anedonia; prefere ficar sozinho; recusa-se a falar; reservado; tímido; anergia; tristeza; retraimento.

- 3- Síndrome **queixas somáticas**: tem pesadelos; constipação intestinal; tem tonturas; sente cansaço; sente dores inespecíficas; cefaléia; náuseas; problemas com os olhos; problemas de pele; dores abdominais ou epigastralgia; vômitos; outras queixas.
- 4- **Problemas com contato social**: muito dependente dos adultos; queixa-se de solidão; não se relaciona bem com outras crianças ou adolescentes; tem ciúmes facilmente; sente-se perseguido; machuca-se com freqüência; alvo de gozações freqüentemente; outras crianças ou adolescentes não gostam dele; é desajeitado; prefere conviver com crianças mais jovens; tem problemas de fala.
- 5- Síndrome **problemas com o pensamento**: pensamentos obsessivos; machuca-se de propósito; alucinações auditivas; tique; cutuca a própria pele; mexe em partes íntimas em público; mexe demais em partes íntimas; compulsões; alucinações visuais; dorme menos que as outras crianças; colecionismo; comportamentos estranhos; idéias estranhas; fala dormindo; problemas com o sono.
- 6- Síndrome **problemas com a atenção**: comporta-se de modo infantil; não termina o que começa; dificuldade em fixar a atenção; agitado; parece confuso; perde-se nos próprios pensamentos; impulsivo; não vai bem na escola; desatento, se distrai com facilidade; fica com olhar parado.
- 7- Síndrome **comportamento de violação de regras**: usa bebida alcoólica sem permissão; falta de arrependimento; desrespeita regras; anda em más companhias; mente; prefere crianças ou

adolescentes mais velhos; foge de casa; coloca fogo nas coisas; problemas sexuais; rouba em casa; rouba fora de casa; xinga; pensa demais em sexo; fuma; gazeteia; usa drogas; pratica atos de vandalismo.

- 8- Síndrome **comportamento agressivo**: discute muito; cruel; exige atenção; destrói suas coisas; destrói as coisas dos outros; desobediente em casa; desobediente na escola; entra em muitas brigas; ataca fisicamente as pessoas; grita muito; irrita-se com facilidade; mudanças repentinas de humor; fica emburrado facilmente; desconfiado; gosta de “gozar da cara” dos outros; esquentado; ameaça as pessoas; faz muito barulho.

Os resultados podem ser apresentados como soma **total de problemas do comportamento**, ou como síndromes individualizadas. As síndromes foram agrupadas em duas categorias maiores: **problemas do tipo externalização** (tipo *externalizing*), que é formada por sintomas das síndromes comportamento de violação as regras e comportamento agressivo, e **problemas do tipo de internalização** (tipo *internalizing*), que é formada por sintomas das síndromes ansiedade/depressão, retraimento/depressão, e queixas somáticas. O nome problemas do tipo internalização foi dado a essa síndrome, pois concentra principalmente os problemas e conflitos internos da criança, que muitas vezes não são perceptíveis por outras pessoas. O nome problemas de externalização foi dado, pois contém os problemas que envolvem principalmente conflitos com

as outras pessoas e com as suas expectativas em relação à criança (Achenbah e Rescorla, 2001.).

As escalas de problemas do tipo internalização e externalização também têm Escore Cru resultado da soma dos escores dos itens que as compõem.

O desenvolvimento desses agrupamentos de sintomas foi realizado pelo autor, que após ter o questionário pronto o aplicou em crianças e adolescentes da população geral que não eram atendidas em qualquer tipo de serviço de saúde mental (Achenbah e Rescorla, 2001).

Os resultados desse estudo populacional foram utilizados para estabelecer um intervalo de normalidade para os sintomas, com dois pontos de corte. O primeiro separa a população não clínica, ou seja, sem problemas de comportamento, da população limítrofe (com alterações comportamentais, desvios em relação à normalidade, mas sem diagnóstico clínico). O outro ponto de corte separa a população limítrofe, da com problemas clínicos.

Pontos de corte

O autor utilizou o estudo populacional descrito no item anterior para determinar os pontos de corte do instrumento que estão descritos a seguir (Achenbah e Rescorla, 2001).

I- Perfil Comportamental

Quanto maior a pontuação, mais desviante da norma é a criança.

I a- Escalas de síndromes individuais: escore T de 65 a 69 (percentil entre 93 e 98) classifica a criança como limítrofe; escore T maior que 69 (percentil acima de 98) classifica como clínica; e escore menor que 65 (percentil abaixo de 93) a classifica como não clínica.

I b- Soma total de problemas de comportamento, e soma de escalas de comportamentos de externalização e de internalização: escore T entre 60 e 63 (percentil entre 84 e 90) classifica a criança como limítrofe; acima de 63 (acima do percentil 90) classifica como clínica; e abaixo de 60 (abaixo do percentil 84), como não clínica.

II- Competência social

Quanto menor o escore, pior é a competência social da criança.

II a- Escalas individuais de **atividades, sociabilidade e desempenho escolar**: escore T entre 31 e 35 (entre percentil 2 e 7) classifica a criança como limítrofe; menor que 31 (abaixo de percentil 2), como clínica; e maior que 35 (acima do percentil 7), como não clínica.

II b- **Competência social total**: T escore entre 37 e 40 (entre percentis 10 e 16) classifica a criança como limítrofe; menor que 37 (abaixo do percentil 10), como clínica; e maior que 40 (acima do percentil 16), como não clínica.

A versão brasileira do questionário foi validada por Bordin *et al.* (1995), administrando o questionário para crianças de um ambulatório de pediatria e comparando com entrevistas realizadas por um psiquiatra infantil na mesma população.

4.4.5 YSR: (Youth Self Report)- Inventário de comportamentos auto avaliados para jovens (Achenbah e Rescorla, 2001)

Esse questionário tem estrutura semelhante e contém os mesmos itens do CBCL. É respondido pelo próprio adolescente. Foram dele excluídos necessidade de escola especial, repetência e problemas na escola, pois o autor considerou os pais melhores informantes para esses pontos. Os itens do comportamento são perguntados de forma que o adolescente entenda, e alguns itens como: encoprese, enurese, constipação intestinal, se mexe nas partes íntimas, se fica com olhar parado e se faz atos de vandalismo foram substituídos por outras perguntas. Os pontos de corte são os mesmos descritos para o CBCL. Foi traduzido por Bordin, mas ainda não foi validado no Brasil (anexo VI).

4.4.6. Entrevista sócio econômica da ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa) Critério de Classificação Econômica Brasil

Questionário desenvolvido pela ANEP (1997) que estima o poder de compra, classificando as pessoas e famílias em classes econômicas. Essa Classificação resulta da somatória de pontos obtidos nos itens: grau de instrução do chefe da família, capacidade de aquisição de bens de consumo familiar (eletrodomésticos, veículos), número de banheiros no domicílio, e número de empregados mensalistas Quanto menor o escore total, menor a

capacidade de consumo da família (anexo VII). Foram estabelecidas sete classes econômicas: A1 (30-34), A2 (25-29), B1(21-24), B2(17-20),C(11-16), D(6-10) e E(0-1).

Além dos questionários descritos, outros instrumentos foram utilizados no estudo maior do qual faz parte esta dissertação:

1- Kiddie Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged-children present and lifetime :K-SADS-PL .

2- Entrevista incluindo outros dados: história da gestação e parto, e história de doenças virais.

4- WASI-Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence-(Escala abreviada de inteligência de Wechsler).

5- Escala de Dificuldades Abreviada – EDA / Brief Impairment Scale - BIS

Esses dados não serão apresentados no presente estudo.

4.5 PROCEDIMENTO

Foi realizado um levantamento de todas as pacientes do sexo feminino, com diagnóstico de esquizofrenia atendidas no Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP de 1998 a 2004. Tais pacientes foram convidadas para uma entrevista de triagem.

Todas as pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram selecionadas para prosseguir o estudo. Se a paciente possuía mais de um filho elegível para o estudo, apenas um foi selecionado através de um sorteio, pois a avaliação foi feita em um filho de cada paciente. O sorteio foi realizado com a utilização de papéis onde foram escritos os nomes das crianças elegíveis de uma mãe, e posterior escolha aleatória do papel com o nome da criança que deveria ser incluída no estudo. O mesmo procedimento foi realizado para o grupo comparativo de pacientes atendidas na ginecologia. Para as entrevistas foram convidadas as pacientes, o filho sorteado, e um outro familiar que pudesse fornecer informações sobre a doença da mãe e sobre o comportamento do filho.

Após assinar o termo de consentimento, as pacientes e o outro familiar adulto respondiam a entrevista de dados demográficos. Os entrevistadores foram treinados a observar, durante a primeira entrevista, se a mãe com esquizofrenia estaria apta a responder o CBCL. Se a mãe respondesse às perguntas com respostas bizarras ou se demonstrasse dificuldade em compreender as questões, ou se estivesse muito ausente durante a entrevista e não respondesse às questões, o outro adulto cuidador da criança era quem respondia ao CBCL.

Posteriormente a paciente ou um familiar que tivesse contato próximo com a criança (outro cuidador) respondia ao CBCL, e em seguida os dois respondiam ao SCID. O mesmo procedimento foi adotado para o grupo comparativo (MG), de modo que os pesquisadores se mantivessem cegos em relação a que grupo as pessoas pertenciam.

Apenas as crianças com idade maior ou igual a 11 anos respondiam ao YSR.

Os entrevistadores foram treinados e supervisionados para a aplicação dos instrumentos. Um mesmo pesquisador não podia aplicar mais de um instrumento em cada família. Como se trata de um estudo maior que incluiu também pacientes bipolares, além do grupo comparativo, os entrevistadores não eram informados a que grupo a família pertencia.

Para facilitar o entendimento do leitor, os grupos analisados foram nomeados da seguinte forma:

Descrição do grupo	Código	N
Grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia	FME	50
Grupo de filhos de mulheres atendidas na ginecologia	FMG	50
Grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia que moram com a mãe (excluídas crianças que não moram com a mãe)	FME2	39*
Grupo de filhos de mulheres atendidas na ginecologia que moram com a mãe	FMG2	46**
Grupo de filhos de mulheres atendidas na ginecologia sem nenhum transtorno mental (excluídas mães com qualquer problema de saúde mental)	FMG3	29
Grupo de filhos de mulheres atendidas na ginecologia sem nenhum transtorno mental (excluídas mães com qualquer problema de saúde mental) e que moram com a mãe	FMG4	28**

*02 dados perdidos, ** 03 dados perdidos.

Em alguns momentos no texto as siglas ME (mulheres com esquizofrenia) e MG (mulheres atendidas na ginecologia) também foram utilizadas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados e a apresentação dos resultados serão apresentadas em duas partes. A primeira refere-se ao estudo da fertilidade e às características demográficas do grupo de mulheres que responderam à ficha de triagem durante a seleção para esse estudo. A segunda refere-se à análise dos dados das pacientes e crianças incluídas neste estudo. O nível de significância utilizado foi de 0,05 e os resultados com nível de significância menor que 0,1 foram considerados como tendência à significância.

4.6.1 *Estudo da fertilidade*

As médias das variáveis **idade da mãe** e **tempo de tratamento** foram calculadas e foi realizada comparação entre os grupos de pacientes com ou sem filhos utilizando-se o teste t de student. Estas variáveis apresentavam distribuição normal. As frequências das variáveis categóricas foram calculadas e a comparação entre os dois grupos foi realizada com o teste qui-quadrado de Pearson. A proporção de **pacientes com filhos** foi calculada, e nesse grupo, foi calculada a frequência de **filhos que moravam com a mãe**, e que foram ou são criados por elas. Também foi

analisado **o tempo de contato da criança com os sintomas da mãe**. Definiu-se o início dos sintomas da esquizofrenia materna como o momento da procura por tratamento.

4.6.2 Perfil comportamental e competência social

Os dados demográficos da mãe, da criança foram analisados. As variáveis analisadas foram: **escolaridade da mãe, estado civil, média de idade, ocupação, sexo da criança, média de idade, moradia da criança, presença de transtorno mental no pai, diagnóstico materno e presença de transtorno mental em outro membro da família, nível socioeconômico**. As variáveis foram comparadas entre os dois grupos estudados: ME e MG.

As variáveis categóricas foram comparadas através do qui-quadrado de Pearson. Se qualquer valor esperado da tabela fosse menor que 5, o teste exato de Fisher era utilizado. Para as variáveis contínuas, depois de verificada a normalidade da sua distribuição, foi realizado o teste t de student.

Na análise dos resultados obtidos com a aplicação do CBCL e do YSR foram obtidas as freqüências de aparecimento de comportamentos limítrofes, clínicos e, não clínicos. Neste estudo as categorias limítrofe e clínica foram agrupadas. O objetivo foi detectar presença de desvios do comportamento em relação à média populacional e não diagnosticar as crianças com quadro clínico já totalmente instalado.

Para facilitar a apresentação das tabelas as crianças classificadas como clínicas (clínica ou limítrofe) estarão localizadas na linha com **sim**, e as não clínicas na linha com **não**.

Esses questionários possuem um programa especial para a digitação dos dados. Depois de digitados, os dados são transferidos ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* 10.0 (SPSS 10.0). Os dados foram conferidos e pequenos erros de digitação foram corrigidos.

O programa gera variáveis para cada síndrome descrita pelo autor. Cada síndrome é representada por três variáveis:

1. O escore total da síndrome;
2. O escore T da síndrome;
3. O percentil.

As variáveis do escore T de cada uma das oito síndromes comportamentais, e das somas de escalas de comportamento (**total de problemas de comportamento, problemas do tipo internalização e externalização**) e **competência social total** e as suas três sub-escalas foram recodificadas. A partir dos pontos de corte já descritos, as categorias clínicas e não clínica foram formadas.

Foram analisadas as freqüências de comportamento e competência social do CBCL. As variáveis do YSR analisadas separadamente foram apenas as da competência social. Nas outras análises o YSR foi analisado em conjunto com a variável combinada CBCL*YSR. As variáveis combinadas foram resultantes da combinação dos dois instrumentos (CBCL/

YSR). Por exemplo, foi criada a variável **total de problemas de comportamento combinada** do YSR e CBCL que resultou das variáveis **total de problemas de comportamento** em cada um dos questionários. Ela permitiu analisar em conjunto o total de problemas de comportamento relatado pelo adulto e/ou pelo adolescente. Foi considerada positiva quando o item foi positivo para o adolescente e/ou para o adulto. Assim pode-se avaliar de forma complementar a psicopatologia do adolescente da perspectiva do adulto e do adolescente.

A comparação das proporções de crianças e adolescentes com problemas clínicos entre o grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia e filhos de mulheres do grupo comparativo foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson. Quando o valor esperado de alguma célula da tabela foi menor que 5, o teste exato de Fisher foi utilizado para realizar esta comparação.

Os dados também foram analisados por **faixa etária, sexo e moradia no mesmo domicílio** da mãe em relação aos problemas de comportamento e a competência social. Foram analisados também em relação a cada síndrome e às somas de escalas de problemas do tipo internalização e externalização.

Foram realizadas tabelas cruzadas entre o **total de problemas de comportamento e competência social total** utilizando o teste qui-quadrado de Pearson para tentar verificar associação entre presença de problemas de comportamento e prejuízo na competência social. Para situações onde o

valor esperado para alguma das células das tabelas 2x2 foi inferior a 5, o teste exato de Fisher foi utilizado.

4.5.3 Análise dos fatores associados à presença de problemas comportamentais nas crianças e adolescentes.

4.5.3.1 Análise Univariada

Para as somas de escalas **total de problemas de comportamento combinado, problemas do tipo internalização combinado e problemas tipo externalização combinado**, foram realizadas análises de associação com as seguintes variáveis: **grupo em estudo, faixa etária da criança, gênero, moradia da criança (com a mãe ou não), moradia da criança com a mãe com esquizofrenia, nível sócio econômico (ANEP), ocupação da mãe, escala global de funcionamento (GAF) da mãe**. Também foi realizada essa análise para as síndromes **problemas com o pensamento combinado e comportamento agressivo combinado**, pois foram as síndromes que mostraram maiores diferenças entre os grupos.

4.5.3.2 Análise Múltipla

As variáveis independentes que entraram nos modelos, foram as que apresentaram $p < 0,20$ após análise univariada com as variáveis dependentes, ou as variáveis que poderiam ter uma associação não detectada pelo estudo, mas já demonstrada pela literatura, ou ainda as variáveis que necessitavam de controle. Foi criado um modelo para cada

das seguintes variáveis dependentes: **problemas do tipo internalização, problemas com o pensamento e comportamento agressivo**, para as variáveis do CBCL e YSR combinados.

5.RESULTADOS

5.1 FERTILIDADE DE MULHERES COM ESQUIZOFRENIA

O setor de arquivos forneceu uma listagem com 490 mulheres com idade maior que 18 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, atendidas no Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP de 1999 até 2004. Foi conseguido contato com 282 dessas pacientes, pois 208 estavam com telefones ou endereços desatualizados e, não eram mais atendidas no hospital.

A média de idade das 282 mulheres entrevistadas foi de 37,5 anos ($\pm 12,0$), variando de 18 a 71 anos. O tempo de tratamento médio foi de 12,25 anos ($\pm 9,8$).

Em relação à escolaridade 28% tinham fundamental incompleto, 13,8% fundamental completo, 9,6% médio incompleto, 35,5% médio completo, 9,9% com curso superior. A maioria das pacientes era solteira (74,5%) (tabela 1). Das mulheres entrevistadas, 82(29,1%) tinham filhos. A Tabela 1 mostra o estado civil das mulheres no momento da entrevista.

Tabela-1 Estado civil das mulheres com esquizofrenia (ME).

Estado civil	Freqüência	Freqüência %
Solteira	210	74,5%
Casada	35	12,4%
Viúva	Sete	2,5%
Separada	27	9,6%
União estável.	3	1,1%
Total	282	100%

5.1.1 Comparação entre os dois grupos: ME com filhos e ME sem filhos.

A diferença entre as idades foi estatisticamente significativa, mas não houve diferença na duração do tratamento das mães. A proporção de casadas foi significativamente maior entre as mulheres que tinham filhos. A análise da escolaridade não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Tabela-2).

Tabela-2 Perfil clínico e demográfico das mulheres com esquizofrenia, com e sem filhos.

	Com filhos	Sem filhos	p
Idade em anos: média (dp)	43,23 (10,34)	35,15 (11,87)	0,000***
Tempo de tratamento: média (dp)	11,90 (10,34)	12,39 (10,18)	0,71***
Número de filhos por mulher: média (dp)	2,28 (1,66)	-	
Estado Civil			0,000****
Solteira N (%)	17 (20,7%)	193 (96,5 %)	
Casada N (%)	31 (37,8%)	04 (2,0 %)	
Viúva N (%)	05 (6,1%)	02 (1,0%)	
Separada N (%)	26 (31,7%)	01 (0,5%)	
União estável N (%)	03 (3,7%)	00 (00)	
Total N (%)	82 (100%)	200 (100%)	
Escolaridade			0,69****
Fundamental incompl. N (%)	29 (35,4%)	50 (25%)	
Fundamental completo N (%)	13 (15,9%)	26 (13%)	
Médio incompleto N (%)	10 (12,2%)	17 (8,5%)	
Médio completo N (%)	21 (25,6%)	89 (44,5%)	
Superior N (%)	05 (6,1%)	13 (6,5%)	
Total N (%)	78 (94,8%)*	195 (97,5%)**	

*04 dados perdidos, ** 05 dados perdidos, *** teste t de student para amostras independentes, **** teste qui-quadrado de associação de Pearson.

5.1.2 Moradia e principal cuidador da criança

Os dados também foram analisados em relação à moradia da criança (se mora com a mãe) e se ela é considerada a principal cuidadora da

criança, ou se há um cuidador alternativo. O principal cuidador foi definido como o responsável que cuida a maior parte do tempo das crianças, lhes fornece o suporte necessário e as acompanha em suas atividades.

Sessenta e duas crianças (75,6%) moravam com a mãe, 16(19,5%) não moravam e 4(4,9%) deixaram essa questão em branco. Trinta e três crianças (40,2%) tinham a mãe como cuidadora principal e 45(54,9%) tinham outro cuidador principal, sendo 4(4,9%) com essa questão em branco.

5.1.3 Início do tratamento da mãe em relação à idade dos filhos

Comparando a média das datas de início do tratamento da mãe com a média de idade dos primeiros filhos, percebe-se que as mães iniciam o tratamento em média 7,38 anos depois do nascimento do primeiro filho:

Média de tempo de tratamento da mãe = 11,90 anos ($\pm 10,34$).

Média de idade do primeiro filho = 19,28 anos ($\pm 9,48$).

Realizando-se análise mais detalhada caso a caso, 33 crianças (19,30%) possuíam a mãe doente antes do seu nascimento, 23 crianças (13,45%) tiveram o adoecimento da mãe durante a sua gestação ou no período até um ano após o parto. Ou seja, 32,7% das crianças tiveram contato com a mãe doente desde o primeiro ano de vida.

5.2- PERFIL COMPORTAMENTAL E COMPETÊNCIA SOCIAL DE FILHOS DE MULHERES COM ESQUIZOFRENIA COMPARADO COM FILHOS DE MULHERES SEM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES.

Das pacientes com esquizofrenia entrevistadas na triagem 65 tinham filhos na faixa etária em estudo. Dessas, 11 pacientes não foram entrevistadas, 03 por terem os filhos morando fora de São Paulo (uma em Brasília, uma nos Estados Unidos, e outra na Espanha), 07 por terem recusado o convite e 01 por ter mudado de endereço e não ter sido possível localizá-la. Dessa forma, até o momento 54 pacientes foram incluídas no estudo, com perdas de 10,8 %.

Das 54 pacientes entrevistadas, quatro foram excluídas por não preencherem diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do DSM-IV, uma com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, uma com transtorno afetivo bipolar e duas com depressão psicótica.

Em relação às mães sem transtornos mentais graves, foi solicitada a lista de pacientes atendidas na ginecologia no mesmo hospital. Esta era composta de 800 pacientes. Das 200 mulheres do ambulatório de ginecologia sorteadas para participar do estudo, 39 não tinham filhos, e 59 não tinham filhos na faixa etária do estudo e 02 moravam fora de São Paulo. Sendo assim, entre as sorteadas 100 foram elegíveis para o estudo. Das 65 convocadas até o momento, 9 (13,8% de perdas) se recusaram a participar do estudo. Portanto, foram entrevistados 56 mulheres e seus filhos sorteados. Seis famílias foram excluídas, cinco por terem a mãe da criança

com transtorno mental grave e uma pelo pai da criança possuir esquizofrenia.

5.2.1-*Características das mães incluídas no estudo*

A média da idade das mulheres do grupo em estudo (ME) (média= 40,86 anos \pm 6,17) não apresentou diferença estatisticamente significativa (teste t de student, $p= 0,32$) em relação às mulheres do grupo comparativo (MG) (média= 39,66 \pm 5,86 anos). Os dois grupos também não apresentaram diferença em relação à média de pontos na escala de avaliação sócio-econômica ANEP. O grupo em estudo apresentou média igual a 13,34 (\pm 5,15) e o grupo comparativo com média igual a 13,48 (\pm 4,01), teste t de student, $p= 0,88$.

A Tabela 3 apresenta as características sócio-demográficas das mães com esquizofrenia e das mães sem transtornos mentais graves incluídas neste estudo.

Tabela 3 - Características demográficas das mães dos grupos ME e MG.

	ME	MG	p*
	N (%)	N (%)	
Escolaridade			
Analfabeta a médio incompleto (até 10 anos de escolaridade)	36 (72)	38 (76)	p= 0,64
Médio completo a Superior completo (11 anos ou mais)	14 (28)	12 (24)	
ANEP- Classes			
a-b	12 (24)	12 (24)	P= 1,00
c-e	38 (76)	38 (76)	
Estado Civil			
Mora com companheiro	22 (44)	43 (86)	p= 0,000
Mora sem companheiro	28 (56)	07 (14)	
Ocupação: Frequência (%)			
Trabalha fora	09 (18)	22 (44)	p= 0,05
Não trabalha fora	41 (82)	28 (56)	
Escolaridade chefe da família: frequência (%)			
Analfabeto a fundamental completo	38 (76)	39 (78)	p= 0,81
Médio a superior completo	12 (24)	11 (22)	
Total	50 (100)	50 (100)	100 (100)

*teste qui quadrado de associação de Pearson.

5.2.2 Diagnóstico Materno

O diagnóstico realizado pelo SCID foi dividido em atual e passado. O grupo de mães com esquizofrenia apresentava em relação ao diagnóstico atual o seguinte perfil: 35 (70%) esquizofrenia paranóide, 05 (10%) esquizofrenia desorganizada, e 10 (20%) esquizofrenia residual. Quanto ao diagnóstico no passado, elas apresentavam: 43 (86%) esquizofrenia paranóide e 07 (14%) esquizofrenia desorganizada.

O grupo de mulheres selecionadas do ambulatório da ginecologia apresentava como diagnóstico atual: 04 (08%) com transtorno depressivo episódio moderado, 02 (04%) com transtorno de pânico sem agorafobia, 02 (04%) com fobia social, 04 (08%) com fobia específica, 02 (04%) com ansiedade generalizada, 01 (02%) com transtorno de ansiedade sem outra especificação, e 35 (70%) sem diagnóstico psiquiátrico. No passado apresentaram: 09 (18%) transtorno depressivo com episódio único leve, 01 (02%) transtorno depressivo episódio único moderado, 01 (02%) transtorno de humor induzido por hipotireoidismo, 01 (02%) fobia social, 02 (04%) fobia específica, e 36 (72%) sem diagnóstico psiquiátrico.

A média da Escala Global de Funcionamento (GAF) das mulheres com esquizofrenia foi de 52,72 (\pm 18,46) e a do grupo de mulheres atendidas na ginecologia foi de 87,18 (\pm 11,58), com teste t de student com $p= 0,000$.

5.2.3 Características das crianças e adolescentes incluídos no estudo

Vinte e cinco (50%) eram do sexo masculino e 25 (50%) do feminino em ambos os grupos. A média de idade foi de 12,6 (\pm 3,53) anos, variando de 6 a 18 anos. Dos 6 aos 10 anos haviam 14 crianças (28%) e a partir de 11 anos 36 crianças/adolescentes (72%) no grupo de filhos de pacientes com esquizofrenia. No grupo de filhos de mulheres atendidas na ginecologia, a média de idade dos filhos foi 12,6 (\pm 3,46). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade entre os dois grupos ($p= 0,91$; no teste t de student). Na Tabela 4 o perfil demográfico das crianças em estudo. Ocorreu diferença estatisticamente significativa em relação à

raça, com maior distribuição de caucasianos entre os filhos de mulheres com esquizofrenia ($p= 0,02$). A proporção de crianças que moravam com a mãe foi maior no grupo de filhos de mulheres sem transtorno mental grave ($p = 0,02$). Não houve diferença para escolaridade e presença de atraso escolar.

Tabela 4- Perfil demográfico das crianças e adolescentes por grupo em estudo.

	FME		FMG		p
	N	(%)	N	(%)	
Raça					
Caucasiana	39	(78,00)	28	(56,00)	
Origem africana	05	(10,00)	08	(16,00)	
Parda	06	(12,00)	14	(28,00)	0,02*
Escolaridade					
Pré a 4 série	15	(30)	17	(34)	
5ª- a 8ª- serie	21	(42)	20	(40)	
1ª-3ª- do ensino médio	12	(24)	13	(26)	
Escola especial	02	(04)	00	00	
Presença de atraso escolar					
Sem atraso	43	(86)	43	(86)	
Com atraso	07	(14)	07	(14)	1,00*
Moradia com a mãe					
Sim	39 ¹	(81,3)	46 ²	(97,9)	
Não	09	(18,8)	01	(2,1)	0,02**
Total	50	(100)	50	(100)	

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson; ** Teste exato de Fisher; ¹02 casos com dados perdidos; ²03 casos com dados perdidos.

5.2.4 Presença de transtorno mental no pai

O pai da criança não foi avaliado com instrumento diagnóstico estruturado, mas durante a entrevista foi perguntado se o pai da criança teve algum tipo de transtorno mental. No grupo de filhos de pacientes com esquizofrenia apenas 06 (12%) tiveram algum tipo de transtorno mental, e 03 (6%) tinham pai desconhecido. Os diagnósticos informados dos pais foram: depressão (03), problema não especificado por falta de contato (02), quadro psicótico (01), mas já havia falecido.

No grupo de filhos das mulheres atendidas na ginecologia, apenas 03 (06%) dos pais tinham transtorno mental: transtorno depressivo (02), transtorno de pânico (01).

5.2.5- Presença de transtorno mental em outro membro da família

Foi encontrada diferença na proporção de transtorno mental em avós, irmãos, tios, primos. Esta foi maior no grupo de familiares dos filhos das pacientes com esquizofrenia (Tabela 5).

Tabela 5- Presença de transtorno mental em outros membros da família nos grupos estudados: FME e FMG.

	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)
FME	36 (76,6)	11 (23,4)	47 (100)*
FMG	16 (33,3)	32 (66,7)	48 (100)**

Qui-quadrado de associação de Pearson= 17,940 p= 0,000.

*03 casos com dados perdidos.

** 02 casos com dados perdidos.

5.2.6- Dados sócio demográficos analisados entre as sub-amostras estudadas

Os dados foram analisados com a amostra total (FME e FMG) e com as sub-amostras: grupo comparativo sem diagnóstico psiquiátrico (FMG3); crianças que moram com a mãe (FME2 e FMG2); e mulheres da ginecologia sem diagnóstico psiquiátrico que moram com seus filhos (FMG4).

Para todas as sub-amostras estudadas: Controles sem diagnósticos, crianças que moram com a mãe, foi realizada a comparação sócio-demográfica, que não mostrou diferenças em relação às existentes na amostra total analisada (todos os casos e todos os controles). Ou seja, não houve diferenças no nível sócio-econômico, escolaridade da mãe, idade da mãe, idade das crianças, sexo das crianças, presença de transtorno mental no pai, entre os grupos estudados nas sub-amostras. As diferenças ocorreram com relação ao estado civil materno, ocupação materna e pontuação na GAF, como na amostra total.

As Tabelas 6 e 7 mostram as diferenças encontradas nas três sub-amostras estudadas. Os dados onde diferenças não foram observadas não foram incluídos nas tabelas. Cada coluna representa comparação com as sub-amostras especificadas pelo código.

Tabela 6- Características Sócio-demográficas das sub-amostras estudadas (FME2, FMG3 e FMG4).

	FME x FMG			FME x FMG3			FME2 x FMG4		
	N	(%)	p*	N	(%)	p*	N	(%)	P*
Mora com companheiro									
FME/ FME2	22	(44,0)		22	(44,0)		19	(48,7)	
FMG/ FMG3/ FMG4	43	(86,0)	0,000	24	(82,8)	0,001	40	(87,0)	0,000
Trabalha fora									
FME/ FME2	09	(18,0)		09	(18)		07	(17,9)	
FMG/ FMG3/ FMG4	22	(44,0)	0,05	16	(55,2)	0,001	20	(44,5)	0,01
Transtorno mental família									
FME/ FME2	36	(76,6)		36	(76,6)		28	(75,7)	
FMG/ FMG3/ FMG4	16	(33,3)	0,000	07	(25,0)	0,000	14	(31,8)	0,000

*teste qui-quadrado associação de Perason.

Tabela 7- Pontuação no GAF nas sub-amostras estudadas (FME2, FMG3 e FMG4).

	FME x FMG			FME x FMG3			FME2 x FMG4		
	Média	(dp)	p*	Média	(dp)	P*	Média	(dp)	p*
Pontuação na GAF									
FME/ FME2	52,72	(18,4)		52,72	(18,4)		54,15	(19,1)	
FMG/ FMG3/ FMG4	87,18	(11,5)	0,000	92,24	(7,34)	0,000	88,18	(11,2)	0,000

*teste t de student para amostras independentes

5.3-RESULTADOS DA ANÁLISE DO CBCL E YSR

A Tabela 8 mostra qual adulto relacionado com a criança respondeu ao CBCL:

Tabela 8- Adulto que respondeu ao CBCL.

	FME		FMG	
	N	(%)	N	(%)
Pai da criança	03	(6,0)	01	(2,0)
Mãe	31	(62,0)	49	(98,0)
Madrasta	01	(2,0)	00	(00)
Avós	09	(18,0)	00	(00)
Outros	05	(10,0)	00	(00)
Total	50	(100,0)	50	(100,0)

4.3.1 Perfil comportamental

As tabelas a seguir mostram os resultados das frequências analisadas do **total de problemas do comportamento**, das **escalas de problemas tipo internalização e tipo externalização** e das oito síndromes no CBCL (ponto de vista do adulto) e do ponto de vista do adolescente e do adulto combinado (CBCL e YSR combinados).

Foram entrevistados 36 adolescentes, mas o número total de YSR preenchidos no grupo de filhos de pacientes com esquizofrenia foi de 35, pois um adolescente possuía transtorno global do desenvolvimento e não teve condições de responder. Além disso, nesse caso, quando combinamos o CBCL com YSR, se o resultado foi não clínico para o CBCL dos pais desse adolescente, não há como saber se a variável combinada seria não clínica ou clínica, já que o adolescente não respondeu, tendo sido este dado perdido. Então em algumas síndromes para a variável combinada o n será igual a 49 e não a 50.

A Tabela 9 apresenta a comparação dos resultados para os problemas do comportamento detectados pelo CBCL (ponto de vista dos

pais) para os dois grupos estudados. A Tabela 1a (anexo VII) apresenta o resultado com as informações combinadas entre pais e adolescentes (CBCL*YSR).

Para as **oito síndromes, as somas de escalas problemas tipo internalização e do tipo externalização** e para o **total de problemas de comportamento** pelo CBCL não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa entre os grupos em estudo (Tabela 9). O mesmo ocorreu para os resultados pela variável combinada CBCL*YSR (Tabela 1a, anexo VIII).

Tabela 9- Crianças e adolescentes com problemas comportamentais segundo o CBCL.

Escala do perfil comportamental	FME		FMG		P	
	F	(%)	F	(%)		
Ansiedade e depressão	Sim	13	(26)	16	(32)	0,50*
	Não	37	(74)	34	(68)	
Retraimento e depressão	Sim	14	(28)	16	(32)	0,66*
	Não	36	(72)	34	(68)	
Queixas Somáticas	Sim	09	(18)	12	(24)	0,46*
	Não	41	(82)	38	(76)	
Problemas com contato social	Sim	07	(14)	08	(15)	0,78*
	Não	43	(86)	42	(84)	
Problemas com o pensamento	Sim	09	(18)	04	(08)	0,14*
	Não	41	(82)	46	(92)	
Problemas com a atenção	Sim	05	(10)	09	(18)	0,25*
	Não	45	(90)	41	(82)	
Violação de regras	Sim	01	(02)	03	(06)	0,31*
	Não	49	(98)	47	(94)	
Comportamento agressivo	Sim	10	(20)	14	(28)	0,35*
	Não	40	(80)	36	(72)	
Problemas tipo internalização**	Sim	28	(56)	25	(50)	0,59*
	Não	22	(44)	25	(50)	
Problemas tipo externalização***	Sim	17	(34)	21	(42)	0,41*
	Não	33	(66)	29	(58)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	20	(40)	26	(52)	0,23*
	Não	30	(60)	24	(48)	
Total		50	(100)	50	(100)	

*Teste qui-quadrado de associação Pearson; **Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas;

*** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

Para analisar as diferenças entre os grupos FME e FMG sem diagnóstico psiquiátrico, excluiu-se deste último grupo as mulheres com qualquer diagnóstico pelo SCID (grupo FMG3). As tabelas 10 e 11, mostram o resultado da comparação das escalas de perfil comportamental entre os dois grupos segundo os pais (CBCL), e segundo a variável combinada (CBCL*YSR).

Percebe-se que houve tendência à significância para a presença de **problemas do tipo internalização** em filhos de mulheres com esquizofrenia.

Tabela 10- Presença de problemas comportamentais do ponto de vista dos pais (CBCL), excluindo crianças do grupo comparativo (FMG) cujas mães apresentavam diagnóstico psiquiátrico.

Escalas do perfil comportamental	FME		FMG3		p	
	N	(%)	N	(%)		
Ansiedade e depressão	Sim	13	(26,0)	07	(24,1)	0,86*
	Não	37	(74,0)	22	(75,9)	
Retraimento e depressão	Sim	14	(28,0)	05	(17,2)	0,28*
	Não	36	(72,0)	24	(82,8)	
Queixas Somáticas	Sim	09	(18,0)	04	(13,8)	0,76**
	Não	41	(82,0)	25	(86,2)	
Problemas com contato social	Sim	07	(14,0)	01	(03,4)	0,25**
	Não	43	(86,0)	28	(96,6)	
Problemas com o pensamento	Sim	09	(18,0)	03	(10,3)	0,52**
	Não	41	(82,0)	26	(89,7)	
Problemas com a atenção	Sim	05	(10,0)	02	(6,9)	1,00**
	Não	45	(90,0)	27	(93,1)	
Violação de regras	Sim	01	(02,0)	01	(3,4)	1,00**
	Não	49	(98,0)	28	(96,6)	
Comportamento agressivo	Sim	10	(20,0)	07	(24,1)	0,66*
	Não	40	(80,0)	22	(75,9)	
Problemas tipo internalização***	Sim	28	(56,0)	10	(34,5)	0,07*
	Não	22	(44,0)	19	(65,5)	
Problemas tipo externalizantes****	Sim	17	(34,0)	11	(37,9)	0,73*
	Não	33	(66,0)	18	(62,1)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	20	(40,0)	11	(37,9)	0,86*
	Não	30	(60,0)	18	(62,1)	
Total		50	(100)	29	(100)	

*Teste qui-quadrado de associação de Pearson; ** Teste exato de Fisher.

Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas; *Somadas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

Tabela 11- Presença de problemas comportamentais do ponto de vista dos pais e dos adolescentes (CBCL*YSR), excluindo crianças do grupo FMG cujas mães apresentavam diagnóstico psiquiátrico.

Escalas do perfil comportamental	FME		FMG3		p	
	N	(%)	N	(%)		
Ansiedade e depressão	Sim	20	(40,8)	11	(37,9)	0,80*
	Não	29	(59,2)	18	(62,1)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Retraimento e depressão	Sim	17	(34,7)	08	(27,6)	0,52*
	Não	32	(65,3)	21	(72,4)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Queixas Somáticas	Sim	11	(22,4)	04	(13,8)	0,35*
	Não	38	(77,6)	25	(86,2)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Problemas com contato social	Sim	12	(24,0)	03	(10,3)	0,14*
	Não	38	(76,0)	26	(89,7)	
	Total	50	(100)	29	(100)	
Problemas com o pensamento	Sim	09	(18)	03	(10,3)	0,51**
	Não	41	(82)	26	(89,7)	
	Total	50	(100)	29	(100)	
Problemas com a atenção	Sim	08	(16,3)	04	(13,8)	1,00**
	Não	41	(83,7)	25	(86,2)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Violação de regras	Sim	02	(4,1)	02	(6,9)	0,63**
	Não	47	(95,9)	27	(93,1)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Comportamento agressivo	Sim	12	(24,5)	08	(27,6)	0,76*
	Não	37	(75,5)	21	(72,4)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Problemas tipo internalização***	Sim	33	(67,3)	14	(48,3)	0,09*
	Não	16	(32,7)	15	(51,7)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Problemas tipo externalização****	Sim	21	(42,9)	15	(51,7)	0,45*
	Não	28	(57,1)	14	(48,3)	
	Total	49 ¹	(100)	29	(100)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	25	(50,0)	15	(51,7)	0,88*
	Não	25	(50,0)	14	(48,3)	
	Total	50	(100)	29	(100)	

*Teste qui-quadrado de associação de Pearson,

** Teste exato de Fisher,

***Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas.

**** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

1 N=49 nas variáveis combinadas em que a mãe do adolescente que não preencheu o YSR pontuou como não clínico.

5.3.2 Competência Social

As tabelas 12 e 13 mostram o resultado da **competência social total** e suas sub-escalas: **competência social atividades**, **competência social sociabilidade** e **desempenho escolar**. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, tanto do ponto de vista dos pais como dos adolescentes.

Tabela 12- Prejuízo na Competência Social segundo o ponto de vista dos pais para as duas amostras estudadas.

Prejuízo na Competência Social		FME		FMG		p
		N	(%)	N	(%)	
Competência Atividades	Com	21	(42)	20	(40)	0,84*
	Sem	29	(58)	30	(60)	
	Total	50	(100)	50	(100)	
Competência Sociabilidade	Com	18	(36)	14	(28)	0,39*
	Sem	32	(64)	36	(72)	
	Total	50	(100)	50	(100)	
Competência Escolar	Com	04	(8,7)	06	(13,0)	0,50*
	Sem	42	(91,3)	40	(87,0)	
	Total	46**	(100)	46**	(100)	
Competência Social Total	Com	35	(76,1)	35	(76,1)	1,00*
	Sem	11	(23,9)	11	(23,9)	
	Total	46**	(100)	46**	(100)	

* Teste qui-quadrado de Associação Pearson.

** 04 não souberam responder sobre a competência na escola das crianças e adolescentes resultando em dados perdidos nos dois grupos neste item e na competência social total.

Tabela 13- Prejuízo na Competência Social segundo o ponto de vista dos próprios adolescentes.

Prejuízo na Competência Social		FME		FMG		p
		N	(%)	N	(%)	
Competência Atividades	Com	08	(22,9)	05	(13,9)	0,33*
	Sem	27	(77,1)	31	(86,1)	
	Total	35	(100)	36	(100)	
Competência Sociabilidade	Com	08	(22,9)	08	(22,2)	0,95*
	Sem	27	(77,1)	28	(77,8)	
	Total	35	(100)	36	(100)	
Competência Escolar	Com	34	(100)	35	(100)	
	Sem	00	(00)	00	(00)	
	Total	34**	(100)	35**	(100)	
Competência Social Total	Com	17	(50)	16	(45,7)	0,72*
	Sem	17	(50)	19	(54,3)	
	Total	34**	(100)	35**	(100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

** Um adolescente não soube responder sobre a competência na escola resultando em dados perdidos nos dois grupos neste item e na competência social total.

A comparação da competência social também foi realizada entre o grupo de FME e de FMG cujas mães não apresentavam diagnóstico psiquiátrico (FMG3). Não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa (tabelas 2a e 3a no anexo VIII).

Em relação à competência do desempenho escolar (competência escolar) foi realizada a análise de duas questões em separado como mostra

a tabela 14. O grupo de FME apresentou tendência a ter mais problemas no desempenho escolar.

Tabela 14- Análise de duas questões do CBCL sobre competência escolar.

Questões específicas sobre competência escolar.	<i>FME</i>		<i>FMG</i>		<i>p</i>	
	N	(%)	N	(%)		
Repetiu o ano.	Sim	11	(22)	10	(20)	0,81*
	Não	39	(78)	40	(80)	
Problemas no desempenho escolar.	Sim	22	(44)	14	(28)	0,09*
	Não	28	(56)	36	(72)	
	Total	50	(100)	50	(100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

O grupo FME apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$) no desempenho escolar quando comparado ao grupo FMG3 (Tabela 15).

Tabela 15- Análise de duas questões do CBCL sobre competência escolar, comparando FME e FMG3.

Questões específicas sobre competência escolar.	<i>FME</i>		<i>FMG3</i>		<i>p</i>	
	N	(%)	N	(%)		
Repetiu o ano.	Sim	11	(22)	05	(17,2)	0,61*
	Não	39	(78)	24	(82,8)	
	Total	50	(100)	29	(100)	
Problemas no desempenho escolar.	Sim	22	(44)	06	(20,4)	0,04*
	Não	28	(56)	23	(79,3)	
	Total	50	(100)	29	(100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 16 mostra a relação entre presença de alterações no comportamento e prejuízo na competência social pelo CBCL. Essa relação também foi estudada para YSR, mas nenhuma associação foi encontrada para nenhum dos grupos estudados. Isso significa que as crianças e adolescentes de ambos os grupos estudados têm prejuízo na competência social independentemente de possuir ou não problemas de comportamento.

Tabela 16- Problemas comportamentais e prejuízo na competência social pelo CBCL para os grupos FME e FMG.

			Comp. Social			
Total de Problemas de Comportamento			Com prejuízo	Sem prejuízo	Total	p
	FME	Sim N (%)	13 (81,3)	03 (18,8)	16 (100)	
		Não N (%)	22 (73,3)	08 (26,7)	30 (100)	0,72**
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	
	FMG	Sim N (%)	21 (84)	04 (16)	25 (100)	
		Não N (%)	14 (66,7)	07 (33,3)	21 (100)	0,17*
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	
Problemas de internalização						
	FME	Sim N (%)	21 (84)	04 (16)	25 (100)	
		Não N (%)	14 (66,7)	07 (33,3)	21 (100)	0,17*
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	
	FMG	Sim N (%)	18 (78,3)	05 (21,7)	23 (100)	
		Não N (%)	17 (73,9)	06 (26,1)	23 (100)	0,73*
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	
Comportamentos de externalização						
	FME	Sim N (%)	11 (78,6)	03 (21,4)	14 (100)	
		Não N (%)	24 (75)	08 (25)	32 (100)	1,00**
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	
	FMG	Sim N (%)	15 (75)	05 (25)	20 (100)	
		Não N (%)	20 (76,9)	06 (23,1)	26 (100)	1,00**
		Total N (%)	35 (76,1)	11 (23,9)	46 (100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fisher.

5.4 ANÁLISE POR FAIXA ETÁRIA E GÊNERO

5.4.1 *Análise por faixa etária*

Foi realizada a análise da presença de problemas comportamentais e prejuízo na competência social nas faixas etárias 6 a 10 anos (faixa 1) e 11 a 18 anos (faixa 2) em cada grupo.

Para o grupo de FME não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias no **total de problemas de comportamento**, nas oito síndromes e para na soma de escalas (**comportamentos do tipo internalização e do tipo externalização**).

Para o grupo de FMG a única síndrome com tendência a ser estatisticamente significativa foi **problemas com o contato social** ($p= 0,09$ no teste exato de Fisher). Na faixa etária 2 houve maior prevalência de **problemas com o contato social** (22,2%) em relação a faixa etária 1 (0%).

Para a competência social não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias.

5.4.2 *Análise por gênero*

Foram analisadas as diferenças entre os gêneros para as oito síndromes do perfil comportamental, somas de escalas (**comportamentos internalização e externalização**), **total de problemas de comportamento**, **competência social total** e suas três sub-escalas.

Para o grupo FME foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação à presença da síndrome **comportamento agressivo** pelo CBCL. Para este grupo, 36% das crianças e adolescentes do sexo

feminino apresentaram **comportamento agressivo**, enquanto isto ocorreu em apenas 4% das crianças e adolescentes do sexo masculino (qui-quadrado de Pearson= 8,00 e $p = 0,05$, OR= 13,5 ; IC= 1,55- 117,13). Também 52% das meninas e 20% dos meninos apresentaram **problemas do tipo externalização**, (qui-quadrado de Pearson = 4,367, $p = 0,04$, OR=3,69; IC= 1,05-12,95). O **total de problemas do comportamento** também apresentou tendência à diferença, provavelmente em função do comportamento agressivo. Cinquenta e dois por cento da amostra do sexo feminino e 28% da do sexo masculino apresentaram escores **do total de problemas do comportamento** em nível clínico (qui-quadrado de Pearson = 3,00 e $p= 0,08$, OR= 2,79; IC= 0,86- 9,01). Essas diferenças não apareceram ao comparar no grupo FMG os dois sexos. A Tabela 17 resume esses achados.

Tabela 17- Comportamento agressivo, problemas do tipo externalização, e total de problemas de comportamento do ponto de vista dos pais (CBCL), no grupo de FME segundo o gênero da criança.

	Masculino	Feminino
Comportamento agressivo		
Com problemas	04%	36%
Sem problemas	96%	64%
p	0,05	
OR	13,5	
IC	1,55-117,13	
Comportamentos Externalização		
Com problemas	20%	52%
Sem problemas	80%	48%
p	0,04	
OR	3,69	
IC	1,05-12,95	
Total de Problemas Comportamento		
Com problemas	28%	52%
Sem problemas	72%	48%
p	0,08	
OR	2,79	
IC	0,86-9,01	

No grupo FME a frequência de problemas de **comportamento agressivo** também foi maior nas meninas (40%) nos meninos (8,3%) quando considerada a variável combinada do CBCL e YSR (qui-quadrado = 6,640 e $p = 0,01$, OR = 7,33; IC = 1,40-38,33). Não houve diferença estatisticamente significativa para qualquer outra variável.

Já no grupo comparativo (FMG), não houve diferença estatisticamente significativa no **comportamento agressivo** (32% no sexo feminino e 24% no masculino; qui-quadrado = 0,397 e $p = 0,53$).

Em relação à competência social, no grupo FME o sexo feminino apresentou maior comprometimento. Pelo YSR apresentaram prejuízo na **competência social total** 68,8% das meninas e 33,3% dos meninos (qui-quadrado = 4,250 e $p = 0,04$, OR = 4,40; IC = 1,04- 18,60). O mesmo ocorreu

para **competência sociabilidade**, que no YSR mostrou prejuízo em 43,8% das crianças do sexo feminino e em 5,3% do sexo masculino (teste exato de Fisher com $p = 0,01$, $OR = 14,00$; $IC = 1,48- 131,88$). Pelo CBCL houve tendência à diferença na competência sociabilidade, com prejuízo em 48% do sexo feminino e em 24% do masculino (qui-quadrado = 3,125 e $p = 0,08$, $OR = 2,92$; $IC = 0,87- 9,78$).

Separando os resultados por gênero e comparando os dois grupos estudados para cada gênero foi encontrado: No sexo masculino houve diferença entre **total de problemas de comportamento** pelo CBCL, sendo 28% dos meninos do grupo FME com problemas e 56% dos do grupo FMG, com qui-quadrado = 4,023 e $p = 0,05$, $OR = 0,31$ ($IC = 0,09- 0,99$). Essa diferença ocorreu principalmente devido à diferença no **comportamento agressivo**, já que 4 % dos meninos do grupo FME apresentaram de problemas de **comportamento agressivo** e 24% dos do grupo de FMG apresentaram esses problemas (teste exato de Fisher $p = 0,09$), $OR = 0,13$ ($IC = 0,015-1,19$).

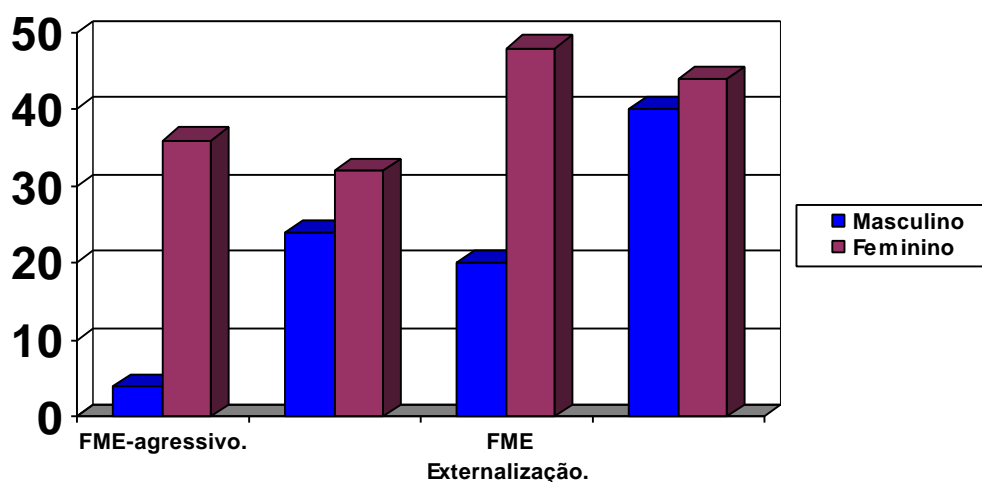
Entre as meninas não houve diferença na presença de **comportamento agressivo** (36% do grupo FME e 32% do grupo FMG). A única diferença aqui encontrada foi em **problemas com o pensamento** (24% para as meninas do grupo FME e 04% para as do grupo FMG; teste exato de Fisher $p = 0,09$; $OR = 7,58$; $IC = 0,39- 61,40$).

Nota-se que os filhos de pacientes com esquizofrenia do sexo masculino têm prevalência mais baixa de **comportamento agressivo** do que as crianças do sexo feminino de ambos os grupos em estudo e do que

as do sexo masculino cujas mães não possuem transtorno mental grave.

Com o gráfico 1 fica mais fácil observar esses resultados e perceber a discrepância existente na presença de comportamentos agressivos.

Gráfico 1- Proporção de comportamento agressivo e do tipo externalização pelo CBCL entre gêneros e grupo estudado



5.5-ANÁLISE POR PRESENÇA DA MÃE NO DOMICILIO DA CRIANÇA PARA O GRUPO FME

Nove crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia não moravam com a mãe. Foi realizada a análise de perfil comportamental e competência social comparando as crianças que moravam com a mãe com as que não moravam do ponto de vista dos pais (CBCL; Tabela 18), e dos pais e adolescentes combinados (CBCL*YSR; Tabela 19).

Na Tabela 18 observa-se tendência de maior prevalência de **total de problemas do comportamento** para as crianças que moravam com a mãe ($p=0,06$).

Tabela 18- Perfil comportamental para FME pelo CBCL, segundo presença da mãe no domicílio da criança.

Escalas do perfil comportamental	Mora com a mãe		Não mora com a mãe		P
	Sim	N (%)	N (%)	N (%)	
Ansiedade e depressão	Sim	10 (25,6)	02 (22,2)		1,00**
	Não	29 (74,4)	07 (77,8)		
	Total	39 (100)	9 (100)		
Retraimento e depressão	Sim	11 (28,2)	02 (22,2)		1,00**
	Não	28 (71,8)	07 (77,8)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Queixas Somáticas	Sim	09 (23,1)	00 (00)		0,18**
	Não	30 (76,9)	09 (100)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Problemas com contato social	Sim	06 (15,4)	00 (00)		0,57**
	Não	33 (84,6)	09 (100)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Problemas com o pensamento	Sim	08 (20,5)	01 (11,1)		1,00**
	Não	31 (79,5)	08 (88,9)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Problemas com a atenção	Sim	04 (10,3)	01 (11,1)		1,00**
	Não	35 (89,7)	08 (88,9)		
	Total	49 ¹ (100)	29 (100)		
Violação de regras	Sim	01 (2,6)	00 (00)		1,00**
	Não	38 (97,4)	09 (100)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Comportamento agressivo	Sim	09 (23,1)	01 (11,1)		0,66*
	Não	30 (76,9)	08 (88,9)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Problemas tipo internalização***	Sim	23 (59,0)	04 (44,4)		0,48**
	Não	16 (41,0)	05 (55,6)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Problemas tipo externalização****	Sim	16 (41,0)	01 (11,1)		0,13**
	Não	23 (59,0)	08 (88,9)		
	Total	39 (100)	09 (100)		
Total de Problemas do comportamento	Sim	19 (48,7)	01 (11,1)		0,06**
	Não	20 (51,3)	08 (88,9)		
	Total	39 (100)	09 (100)		

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fisher.

***Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas.

**** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

Tabela 19- Perfil comportamental para FME pela variável combinada (CBCL*YSR), segundo presença da mãe no domicílio da criança.

Escalas do perfil comportamental	Mora com a mãe		Não mora com a mãe		P	
	N	(%)	N	(%)		
Ansiedade e depressão	Sim	16	(42,1)	03	(33,3)	0,72**
	Não	22	(57,9)	06	(66,7)	
	Total	38	(100)	9	(100)	
Retraimento e depressão	Sim	13	(34,2)	03	(33,3)	1,00**
	Não	25	(65,8)	06	(66,7)	
	Total	38	(100)	09	(100)	
Queixas Somáticas	Sim	11	(28,9)	00	(00)	0,09**
	Não	27	(71,1)	09	(100)	
	Total	39	(100)	09	(100)	
Problemas com contato social	Sim	09	(23,1)	02	(22,2)	1,00**
	Não	30	(76,9)	07	(77,8)	
	Total	39	(100)	09	(100)	
Problemas com o pensamento	Sim	08	(20,5)	01	(11,1)	1,00**
	Não	31	(79,5)	08	(88,9)	
	Total	39	(100)	09	(100)	
Problemas com a atenção	Sim	06	(15,8)	02	(22,2)	0,63**
	Não	32	(84,2)	07	(77,8)	
	Total	38	(100)	29	(100)	
Violação de regras	Sim	02	(5,3)	00	(00)	1,00**
	Não	36	(94,7)	09	(100)	
	Total	38	(100)	09	(100)	
Comportamento agressivo	Sim	11	(28,9)	01	(11,1)	0,41**
	Não	27	(71,1)	08	(88,9)	
	Total	38	(100)	09	(100)	
Problemas tipo internalizante***	Sim	28	(73,7)	04	(44,4)	0,12**
	Não	10	(26,3)	05	(55,6)	
	Total	38	(100)	09	(100)	
Problemas tipo externalização****	Sim	19	(50,0)	02	(22,2)	0,16**
	Não	19	(50)	07	(77,8)	
	Total	38	(100)	09	(100)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	22	(56,4)	03	(33,3)	0,28**
	Não	17	(43,6)	06	(66,7)	
	Total	39	(100)	09	(100)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fisher.

***Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas.

**** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

Esta análise não foi realizada no grupo FMG, pois apenas uma criança não morava com a mãe.

5.6 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS FME E FMG SEGUNDO A PRESENÇA DA MÃE NO DOMICILIO DA CRIANÇA

As tabelas 20 e 21 mostram o perfil comportamental pelo CBCL (Tabela 20) e pela variável combinada (CBCL*YSR; Tabela 21) dos filhos de mães com esquizofrenia e os filhos de mães sem transtorno mental grave. Foram excluídas as crianças que não moravam com a mãe dos dois grupos.

Observou-se tendência a maior prevalência de problemas com o pensamento para o grupo FME ($p=0,06$; tabelas 20 e 21).

Tabela 20- Perfil comportamental pelo CBCL dos grupos FME e FMG que moravam com a mãe.

Escalas do perfil comportamental	FME2		FMG2		P	
	N	(%)	N	(%)		
Ansiedade e depressão	Sim	10	(25,6)	13	(28,3)	0,79*
	Não	29	(74,4)	33	(71,7)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Retraimento e depressão	Sim	11	(28,2)	14	(30,4)	0,82*
	Não	28	(71,8)	32	(69,6)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Queixas Somáticas	Sim	09	(23,1)	11	(23,9)	0,92*
	Não	30	(76,9)	35	(76,1)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas com contato social	Sim	06	(15,4)	05	(10,9)	0,53*
	Não	33	(84,6)	41	(89,1)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas com o pensamento	Sim	08	(20,5)	03	(6,5)	0,06*
	Não	31	(79,5)	43	(93,5)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas com a atenção	Sim	04	(10,3)	07	(15,2)	0,50*
	Não	35	(89,7)	39	(84,8)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Violação de regras	Sim	01	(2,6)	03	(6,5)	0,62**
	Não	38	(97,4)	43	(93,5)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Comportamento agressivo	Sim	09	(23,1)	12	(26,1)	0,75*
	Não	30	(76,9)	34	(73,9)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas tipo internalização***	Sim	23	(59,0)	21	(45,7)	0,22*
	Não	16	(41,0)	25	(54,3)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas tipo externalização****	Sim	16	(41,0)	18	(39,1)	0,56*
	Não	23	(59,0)	28	(60,9)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	19	(48,7)	22	(47,8)	0,94*
	Não	20	(51,3)	24	(52,2)	
	Total	39	(100)	46	(100)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fisher.

***Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas.

**** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

Tabela 21- Perfil comportamental pelo CBCL*YSR dos grupos FME e FMG que moravam com a mãe.

Escalas do perfil comportamental		FME2		FMG2 †		p
		N	(%)	N	(%)	
Ansiedade e depressão	Sim	16	(42,1)	18	(39,1)	0,72*
	Não	22	(57,9)	28	(60,9)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Retraimento e depressão	Sim	13	(34,2)	19	(41,3)	0,51*
	Não	25	(65,8)	27	(58,7)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Queixas Somáticas	Sim	11	(28,9)	14	(30,4)	0,88*
	Não	27	(71,1)	32	(69,6)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Problemas com contato social	Sim	09	(23,1)	08	(17,4)	0,51*
	Não	30	(76,9)	38	(82,6)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas com o pensamento	Sim	08	(20,5)	03	(6,5)	0,06*
	Não	31	(79,5)	43	(93,5)	
	Total	39	(100)	46	(100)	
Problemas com a atenção	Sim	06	(15,8)	10	(27,1)	0,50*
	Não	32	(84,2)	36	(72,9)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Violação de regras	Sim	02	(5,3)	04	(8,7)	0,69**
	Não	36	(94,7)	42	(91,3)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Comportamento agressivo	Sim	11	(28,9)	13	(28,3)	0,95*
	Não	27	(71,1)	33	(71,7)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Problemas tipo internalizantes***	Sim	28	(73,7)	28	(60,9)	0,22*
	Não	10	(26,3)	18	(39,1)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Problemas tipo externalização****	Sim	19	(50,0)	22	(47,8)	0,84*
	Não	19	(50,0)	24	(52,2)	
	Total	38	(100)	46	(100)	
Total de Problemas do comportamento	Sim	22	(56,4)	27	(58,7)	0,83*
	Não	17	(43,6)	19	(41,3)	
	Total	39	(100)	46	(100)	

*Teste qui-quadrado de Pearson.

** Teste exato de Fisher.

***Soma das escalas ansiedade e depressão, retraimento e depressão e queixas somáticas.

**** Somas das escalas Violação de regras e comportamento agressivo.

† 03 dados perdidos.

5.7 PRESENÇA DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS NOS GRUPOS FME E FMG CUJAS MÃES NÃO TEM DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO, EXCLUINDO TODAS AS CRIANÇAS QUE NÃO MORAVAM COM A MÃE

Com a comparação dos grupos FME2 e FMG4 foi observado maior prevalência de **problemas do tipo internalização** no grupo FME2 (N=28; 73,7%) do que no grupo FMG4 (N=13; 46,4%; qui-quadrado de Pearson= 5,089; $p = 0,02$; OR= 3,23; IC=1,15-9,10) pela variável combinada CBCL*YSR. O mesmo ocorreu quando foi analisado apenas o CBCL, (qui-quadrado de Pearson = 4,703; $p = 0,03$; OR = 3,04; IC= 1,10-8,40).

Quando comparados os gêneros, não foram detectadas diferenças em qualquer síndrome. Quando as crianças que não moram com a mãe são excluídas da análise, a diferença de **comportamento agressivo** entre os gêneros deixa de ser estatisticamente significativa pelo CBCL ($p = 0,11$, teste exato de Fisher): 33,3% no sexo feminino e 6,7% no masculino. Segundo a variável combinada CBCL*YSR a diferença também deixou de ter significância estatística $p= 0,16$; 37,5% no sexo feminino e 14,3% no masculino.

Não foi encontrada diferença entre os gêneros para **problemas do tipo internalização**.

5.8 FATORES ASSOCIADOS À PRESENÇA DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS

As tabelas a seguir mostram as síndromes **comportamento agressivo, transtorno do pensamento**, e as soma de escalas **problemas**

do tipo internalização, problemas do tipo externalização e total de problemas de comportamento. Descrevem as análises da associação com as seguintes variáveis: grupo em estudo, sexo e faixa etária da criança, se mora no mesmo domicílio que a mãe, nível sócio-econômico, funcionamento global da mãe (GAF) e ocupação da mãe. Estas análises foram realizadas apenas com a variável combinada do CBCL e YSR.

Não houve associação do **total de problemas de comportamento** com nenhuma das variáveis analisadas e, por isso a regressão logística não foi realizada (Tabela 22).

Tabela 22- Total de problemas de comportamento e variáveis associadas em crianças e adolescentes segundo o CBCL*YSR.

Total de Problemas de comportamento	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	25	(50,0)	25	(50,0)	50	(100,0)	
FMG	31	(62,0)	19	(38,0)	50	(100,0)	0,22*
Grupo							
FME	25	(50,0)	25	(50,0)	50	(100,0)	
FMG3	15	(51,7)	14	(48,3)	29	(100,0)	0,88*
Sexo criança							
Masculino	27	(54,0)	23	(46,0)	50	(100,0)	
Feminino	29	(58,0)	21	(42,0)	50	(100,0)	0,69*
Faixa etária							
6-10 anos	14	(50,0)	14	(50,0)	28	(100,0)	
11-18 anos	42	(58,3)	30	(41,7)	72	(100,0)	0,45*
Moradia com a mãe							
Sim	49	(57,6)	36	(42,4)	85	(100,0)	
Não	04	(40,0)	06	(60,0)	10	(100,0)	0,23**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	22	(56,4)	17	(43,6)	39	(100,0)	
Não	31	(55,4)	25	(44,6)	56	(100,0)	0,91*
ANEP							
a-b	13	(54,2)	11	(45,8)	24	(100,0)	
c-e	43	(56,6)	33	(43,4)	76	(100,0)	0,84*
Ocupação Mãe							
Trabalha	15	(48,4)	16	(51,6)	31	(100,0)	
Não trabalha	41	(59,4)	28	(40,6)	69	(100,0)	0,30*
GAF 50							
0-50	11	(50,0)	11	(50,0)	22	(100,0)	
51-100	44	(57,1)	33	(42,9)	77	(100,0)	0,55*

*Teste qui-quadrado de associação de Pearsson

** Teste exato de Fisher

A Tabela 23 mostra tendência à diferença dos **problemas do tipo internalização** entre os grupos FME e FMG3 ($p=0,09$). Ocorreu associação estatisticamente significativa entre **baixo nível sócio econômico** e presença de **problemas do tipo internalização** ($p=0,04$). Houve tendência à associação entre **ocupação da mãe** e presença de problemas ($p=0,09$). Na análise múltipla (Tabela 23a e 23b), percebe-se que o **nível sócio-econômico** é a variável que se associa com presença de **problemas do tipo internalização** independentemente da **moradia com a mãe com esquizofrenia** (Tabela 23a). Ao acrescentar **ocupação da mãe** ao modelo, e retirar **moradia com a mãe com esquizofrenia**, o **nível sócio-econômico** continua sendo a variável determinante para presença de **problemas de internalização** (Tabela 23b).

Tabela 23- Problemas do tipo internalização e variáveis associadas de crianças e adolescentes segundo CBCL*YSR.

Problemas do tipo internalização	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	33	(67,3)	16	(37,2)	49***	(100,0)	
FMG	32	(64,0)	18	(36,0)	50	(100,0)	0,73*
Grupo							
FME	33	(67,3)	16	(37,2)	49***	(100,0)	
FMG3	14	(48,3)	15	(51,7)	29	(100,0)	0,09*
Sexo criança							
Masculino	31	(63,3)	18	(36,7)	49***	(100,0)	
Feminino	34	(68,0)	16	(32,0)	50	(100,0)	0,62*
Faixa etária							
6-10 anos	17	(60,7)	11	(39,3)	28	(100,0)	
11-18 anos	48	(67,6)	23	(32,4)	71***	(100,0)	0,52*
Moradia com a mãe							
Sim	56	(66,7)	28	(33,3)	84***	(100,0)	
Não	05	(50,0)	05	(50,0)	10	(100,0)	0,31**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	28	(73,7)	10	(26,3)	38***	(100,0)	
Não	33	(58,9)	23	(41,1)	56	(100,0)	0,14*
ANEP							
a-b	11	(47,8)	12	(52,2)	23***	(100,0)	
c-e	54	(71,1)	22	(28,9)	76	(100,0)	0,04*
Ocupação Mãe							
Trabalha	16	(53,3)	14	(46,7)	30***	(100,0)	
Não trabalha	49	(71,0)	20	(29,0)	69	(100,0)	0,09*
GAF 50							
0-50	17	(77,3)	05	(22,7)	22	(100,0)	
51-100	47	(61,8)	29	(38,2)	76***	(100,0)	0,18*

*Teste qui-quadrado de associação de Pearson

** Teste exato de Fisher

***dado perdido.

Tabela 23a Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para total de problemas de internalização combinado.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	p	OR ajustado	p
ANEP	a-b	1,,00		1,00	
	c-e	2,68	0,04	3,02	0,03
Moradia da criança com a mãe com esquizofrenia	mora com a mãe	1,95	0,14	2,04	
	não mora com a mãe	1,00		1,00	0,13

Tabela 23b Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para total de problemas de internalização combinado.

Problemas de internalização combinados	Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
			OR bruto	P	OR ajustado	p
	ANEP	a-b	1,,00		1,00	
		c-e	2,68	0,04	2,94	0,04
	Ocupação da mãe	Trabalha	1,00		1,00	
		Não Trabalha	2,14	0,09	1,90	0,19

A tabela 24 mostrou que não há associação entre **problemas do tipo externalização** com qualquer variável estudada e, por isso, não foi feita análise múltipla.

Tabela 24- Problemas do tipo externalização e variáveis associadas em crianças e adolescentes segundo CBCL*YSR.

Problemas externalização	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	21	(42,9)	28	(51,1)	49***	(100,0)	
FMG	25	(50,0)	25	(50,0)	50	(100,0)	0,48*
Grupo							
FME	21	(42,9)	28	(51,1)	49***	(100,0)	
FMG3	15	(51,7)	14	(48,3)	29	(100,0)	0,45*
Sexo criança							
Masculino	20	(40,8)	29	(59,2)	49***	(100,0)	
Feminino	26	(52,0)	24	(48,0)	50	(100,0)	0,27*
Faixa etária							
6-10 anos	11	(39,3)	17	(60,7)	28	(100,0)	
11-18 anos	35	(49,3)	36	(50,7)	71***	(100,0)	0,37*
Moradia com a mãe							
Sim	41	(48,8)	43	(51,2)	84***	(100,0)	
Não	03	(30,0)	07	(70,0)	10	(100,0)	0,33**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	19	(50,0)	19	(50,0)	38***	(100,0)	
Não	25	(44,6)	31	(55,4)	56	(100,0)	0,61*
ANEP							
a-b	11	(47,8)	12	(52,2)	23***	(100,0)	
c-e	35	(46,6)	41	(53,9)	76	(100,0)	0,88*
Ocupação Mãe							
Trabalha	12	(40,0)	18	(60,0)	30***	(100,0)	
Não trabalha	34	(49,3)	35	(50,7)	69	(100,0)	0,40*
GAF 50							
0-50	09	(40,9)	13	(59,1)	22	(100,0)	
51-100	37	(48,7)	39	(51,3)	76***	(100,0)	0,52*

*Teste qui-quadrado de associação de Pearsom; ** Teste exato de Fisher; *** dado perdido.

Na Tabela 25 observa-se que **problemas com o pensamento** do ponto de vista combinado de pais e adolescentes (CBCL*YSR) apresentou tendência a associação com o fato de morar com a mãe com esquizofrenia ($p=0,06$) e associação estatisticamente significativa com ter mãe com maior prejuízo funcional ($p=0,04$). O modelo de análise múltipla não foi realizado segundo o critério de inclusão de variáveis com $p < 0,20$ no teste do qui-quadrado, já que as três variáveis que se encaixaram nesse perfil apresentaram associação entre si. O modelo foi realizado utilizando como variáveis independentes moradia com a mãe com esquizofrenia, gênero e o nível sócio econômico (ANEP). Observou-se que a moradia com a mãe com esquizofrenia foi um fator associado à presença de **problemas com o pensamento**, independentemente do gênero e do nível sócio-econômico da criança. (Tabela 25a)

Tabela 25- Presença de problemas com o pensamento segundo ponto de vista dos pais e adolescentes (CBCL*YSR) e variáveis associadas.

Problemas com o pensamento	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	09	(18,0)	41	(82,0)	50	(100,0)	
FMG	04	(8,0)	46	(92,0)	50	(100,0)	0,14*
Grupo							
FME	09	(18,0)	41	(82,0)	50	(100,0)	
FMG3	03	(10,3)	26	(89,7)	29	(100,0)	0,51*
Sexo criança							
Masculino	06	(12,0)	44	(88,0)	50	(100,0)	
Feminino	07	(14,0)	43	(86,0)	50	(100,0)	0,76*
Faixa etária							
6-10 anos	03	(10,7)	25	(89,3)	28	(100,0)	
11-18 anos	10	(13,9)	62	(86,1)	72	(100,0)	1,00**
Moradia com a mãe							
Sim	11	(12,9)	74	(87,1)	85	(100,0)	
Não	01	(10,0)	09	(90,0)	10	(100,0)	1,00**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	08	(20,5)	31	(79,5)	39	(100,0)	
Não	04	(7,1)	52	(92,9)	56	(100,0)	0,06**
ANEP							
a-b	02	(8,3)	22	(91,7)	24	(100,0)	
c-e	11	(14,5)	65	(85,5)	76	(100,0)	0,73**
Ocupação Mãe							
Trabalha	02	(6,5)	29	(93,5)	31	(100,0)	
Não trabalha	11	(15,9)	58	(84,1)	69	(100,0)	0,33**
GAF 50							
0-50	06	(27,3)	16	(72,7)	22	(100,0)	
51-100	07	(9,1)	70	(90,9)	77	(100,0)	0,04**

*Teste qui-quadrado de associação de Pearson; ** Teste exato de Fisher

Tabela 25a Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de pensamento combinado.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	p	OR ajustado	p
ANEP	a-b	1,00		1,00	
	c-e	1,86	0,44	1,80	0,48
Gênero	Masculino	1,00		1,00	
	Feminino	1,19	0,76	0,77	0,68
Moradia da criança com a mãe com esquizofrenia	mora com a mãe	3,35	0,06	3,61	0,05
	não mora com a mãe	1,00		1,00	

A Tabela 26 mostra que a única variável que se associa à presença de **comportamento agressivo** é o sexo das crianças. Foi realizada a análise de regressão logística apesar de apresentar uma única variável associada na análise univariada, por se considerar clinicamente relevante esta análise. A associação permaneceu significativa mesmo após ajuste para ANEP na análise múltipla (Tabela 26a).

Tabela-26 Comportamento agressivo e variáveis associadas em crianças e adolescentes no CBCL*YSR.

Comportamento agressivo	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	12	(24,5)	37	(75,5)	49***	(100,0)	
FMG	15	(30,0)	35	(70,0)	50	(100,0)	0,54*
Grupo							
FME	12	(24,5)	37	(75,5)	49***	(100,0)	
FMG3	08	(27,6)	21	(72,4)	29	(100,0)	0,76*
Sexo criança							
Masculino	09	(18,4)	40	(81,6)	49***	(100,0)	
Feminino	18	(36,0)	32	(64,0)	50	(100,0)	0,05*
Faixa etária							
6-10 anos	07	(25,0)	21	(75,0)	28	(100,0)	
11-18 anos	20	(28,2)	51	(71,8)	71***	(100,0)	0,75*
Moradia com a mãe							
Sim	24	(28,6)	60	(71,4)	84***	(100,0)	
Não	02	(20,0)	08	(80,0)	10	(100,0)	0,72**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	11	(28,9)	27	(71,1)	38***	(100,0)	
Não	15	(26,8)	41	(73,2)	56	(100,0)	0,82*
ANEP							
a-b	05	(21,7)	18	(78,3)	23***	(100,0)	
c-e	22	(28,9)	54	(71,1)	76	(100,0)	0,50*
Ocupação Mãe							
Trabalha	09	(30,0)	21	(70,0)	30***	(100,0)	
Não trabalha	18	(26,1)	51	(73,9)	69	(100,0)	0,68*
GAF 50							
0-50	07	(31,8)	15	(68,2)	22	(100,0)	
51-100	20	(26,3)	56	(73,7)	76***	(100,0)	0,61*

*Teste qui-quadrado de associação de Pearson

** Teste exato de Fisher

*** dado perdido

Tabela 26a Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de comportamento agressivo.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	p	OR ajustado	p
ANEP	a-b	1,00		1,00	
	c-e	1,47	0,50	1,52	0,47
Gênero	Masculino	1,00		1,00	
	Feminino	2,50	0,05	2,53	0,05

5.9 FATORES ASSOCIADOS A COMPORTAMENTOS DO TIPO INTERNALIZAÇÃO EXCLUINDO DO GRUPO FMG CRIANÇAS E ADOLESCENTES FILHOS DE MULHERES COM QUALQUER DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

A síndrome **problemas com o pensamento** não entrou nessa análise, pois o número de indivíduos foi pequeno.

Por esta ter se mostrado uma análise importante, optou-se em apresentar os resultados tanto pelo CBCL como pela variável combinada CBCL*YSR.

A Tabela 27 mostra que os fatores com associação mais forte aos **problemas do tipo internalização do ponto de vista dos adultos (CBCL)** foram: ocupação da mãe ($p=0,02$), funcionamento global materno ($p= 0,03$), e moradia com a mãe com esquizofrenia ($p= 0,04$). Houve associação marginalmente significativa com o grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia ($p=0,07$).

Na regressão logística as variáveis grupo, moradia com a mãe com esquizofrenia, ocupação da mãe, funcionamento global da mãe, e ANEP entraram no modelo. Como as variáveis moradia com a mãe com esquizofrenia, funcionamento global da mãe, e ocupação da mãe estão associadas a variável grupo, elas não puderam entrar no modelo de forma independente desta última variável. Por isso entraram no modelo as interações moradia com a mãe com esquizofrenia e grupo; e GAF e grupo.

A modelagem múltipla mostrou que as variáveis moradia com a mãe com esquizofrenia e funcionamento global de mãe foram fatores associados à presença de **problemas de internalização** independente do nível sócio-econômico (Tabela 27a e 27b).

Tabela-27 Fatores associados a problemas do tipo de internalização segundo o CBCL, excluindo do grupo FMG os que apresentavam mãe com algum diagnóstico psiquiátrico.

Problemas tipo internalização	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	28	(56,0)	22	(44,0)	50	(100,0)	
FMG3	10	(34,5)	19	(65,5)	29	(100,0)	0,07*
Sexo criança							
Masculino	18	(47,4)	20	(52,6)	38	(100,0)	
Feminino	20	(48,8)	21	(51,2)	41	(100,0)	0,90*
Faixa etária							
6-10 anos	11	(50,0)	11	(50,0)	22	(100,0)	
11-18 anos	27	(47,4)	30	(52,6)	57	(100,0)	0,83*
Moradia com a mãe¹							
Sim	32	(47,8)	35	(52,2)	67	(100,0)	
Não	04	(44,4)	05	(55,6)	09	(100,0)	1,00**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	23	(59,0)	16	(41,0)	39	(100,0)	
Não	13	(35,1)	24	(64,9)	37	(100,0)	0,04*
ANEP							
a-b	08	(36,4)	14	(63,6)	22	(100,0)	
c-e	30	(52,6)	27	(47,4)	57	(100,0)	0,20*
Ocupação Mãe							
Trabalha	07	(28,0)	18	(72,0)	25	(100,0)	
Não trabalha	31	(57,4)	23	(42,6)	54	(100,0)	0,02*
GAF 50							
0-50	15	(68,2)	07	(31,8)	22	(100,0)	
51-100	23	(40,4)	34	(59,6)	57	(100,0)	0,03*

*teste qui-quadrado de associação de Pearson

** teste exato de Fisher

Tabela 27a- Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de internalização pelo CBCL, segundo moradia com a mãe e ANEP excluindo do grupo FMG os que apresentem mães com qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	P	OR ajustado	p
Moradia com a mãe com esquizofrenia*grupo	Caso –Mora	3,03	0,03	2,90	0,04
	Caso-não mora	1,69	0,50	1,43	0,65
	Controle	1,00		1,00	
ANEP	a-b	1,00			
	c-e	1,80	0,20	2,14	0,17

Tabela 27b Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de internalização pelo CBCL, segundo GAF e ANEP excluindo do grupo FMG os que apresentem mães com qualquer diagnóstico psiquiátrico

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	p	OR ajustado	p
GAF*Grupo	Caso –0-50	4,07	0,02	3,69	0,03
	Caso-51-100	1,65	0,36	1,66	0,35
	Comparativo	1,00		1,00	
ANEP	a-b	1,00			
	c-e	1,80	0,20	2,14	0,17

O mesmo processo foi realizado para **problemas do tipo internalização** segundo o CBCL*YSR. Na Tabela 28 observa-se que as variáveis mais fortemente associadas a **problemas do tipo internalização** foram moradia com a mãe com esquizofrenia ($p=0,01$) e o funcionamento global da mãe (GAF; $p=0,05$). Apresentaram tendência à associação as variáveis ANEP ($p= 0,06$), ocupação da mãe ($p= 0,08$), e grupo em estudo

($p= 0,09$). Na análise múltipla, as variáveis moradia com a mãe com esquizofrenia e ANEP apresentaram associações estatisticamente significativas em relação aos **problemas do tipo internalização** de forma independente (Tabela 28a). As variáveis GAF, ocupação da mãe, e grupo em estudo não entraram por apresentarem associação à moradia com mãe com esquizofrenia.

Tabela-28- Fatores associados a comportamentos do tipo internalização segundo CBCL*YSR, excluindo do grupo FMG filhos de mulheres com algum diagnóstico psiquiátrico.

Problemas tipo internalização Combinados	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME	33	(67,3)	16	(32,7)	49#	(100,0)	
FMG3	14	(48,3)	15	(51,7)	29	(100,0)	0,09*
Sexo criança							
Masculino	21	(56,8)	16	(43,2)	37#	(100,0)	
Feminino	26	(63,4)	15	(36,6)	41	(100,0)	0,55*
Faixa etária							
6-10 anos	11	(50,0)	11	(50,0)	22	(100,0)	
11-18 anos	36	(64,3)	20	(35,7)	56#	(100,0)	0,25*
Moradia com a mãe¹							
Sim	41	(62,1)	25	(37,9)	66#	(100,0)	
Não	04	(44,4)	05	(55,6)	09	(100,0)	0,47**
Moradia com a mãe com esquizofrenia							
Sim	28	(73,7)	10	(26,3)	38#	(100,0)	
Não	17	(45,9)	20	(54,1)	37	(100,0)	0,01*
ANEP							
a-b	09	(42,9)	12	(57,1)	21#	(100,0)	
c-e	38	(66,7)	19	(33,3)	57	(100,0)	0,06*
Ocupação Mãe							
Trabalha	11	(45,8)	13	(54,2)	24#	(100,0)	
Não trabalha	36	(66,7)	18	(33,3)	54	(100,0)	0,08*
GAF 50							
0-50	17	(77,3)	05	(22,7)	22	(100,0)	
51-100	30	(53,6)	26	(46,4)	56#	(100,0)	0,05*

* Teste qui-quadrado de associação de Fisher; **teste exato de Fisher; # um dado perdido.

Tabela 28a Modelo de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de internalização segundo CBCL*YSR, excluindo do grupo FMG crianças cujas mães possuíam qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	P	OR ajustado	p
Moradia com a mãe com esquizofrenia	Mora	3,29	0,02	3,30	0,02
	Não mora	1,00		1,00	
ANEP	a-b	1,00		1,00	
	c-e	2,66	0,06	3,09	0,05

5. 10 PRESENÇA DE COMPORTAMENTOS DO TIPO INTERNALIZAÇÃO EXCLUINDO CRIANÇAS QUE NÃO MORAVAM COM A MÃE E CRIANÇAS DO GRUPO FMG COM MÃES COM DIAGNÓSTICO PSQUIÁTRICO

Na Tabela 29 observa-se que as variáveis mais fortemente associadas a problemas de internalização foram: ser filho de mulher com esquizofrenia ($p=0,02$) e pertencer a classe sócio econômica mais baixa ($p=0,03$). A análise múltipla foi realizada (Tabela 29a) incluindo no modelo as variáveis grupo em estudo e classe sócio-econômica (ANEP). Observa-se que o grupo FME2 permanece estatisticamente significativo independente do nível sócio-econômico e do gênero (Tabela 29 a). Apesar de não ter sido estatisticamente significativo, o ANEP apresentou tendência à significância.

Tabela 29- Problemas do tipo internalização e variáveis associadas em crianças e adolescentes segundo CBCL*YSR.

Problemas tipo internalização Combinado	Com problemas		Sem problemas		Total		p
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Grupo							
FME2	28	(73,7)	10	(26,3)	38	(100,0)	
FMG4	13	(46,4)	15	(53,6)	28	(100,0)	0,02*
Sexo criança							
Masculino	17	(63,0)	10	(37,0)	27	(100,0)	
Feminino	24	(61,5)	15	(38,5)	39	(100,0)	0,91*
Faixa etária							
6-10 anos	11	(55,0)	09	(45,0)	20	(100,0)	
11-18 anos	30	(65,2)	16	(34,8)	46	(100,0)	0,43*
ANEP							
a-b	08	(42,1)	11	(57,9)	19	(100,0)	
c-e	33	(70,2)	14	(29,8)	47	(100,0)	0,03*
Ocupação Mãe							
Trabalha	10	(47,6)	11	(52,4)	21	(100,0)	
Não trabalha	31	(68,9)	14	(31,1)	45	(100,0)	0,10*
GAF 50							
0-50	13	(81,3)	03	(18,8)	16	(100,0)	
51-100	28	(56,0)	22	(44,0)	50	(100,0)	0,07*

* Teste qui-quadrado de associação de Pearson.

Tabela 29a Modelos de regressão logística univariada (OR bruto) e múltipla (OR ajustado) para problemas de internalização.

Variável	Categorias	Análise Univariada		Análise Múltipla	
		OR bruto	P	OR ajustado	p
Grupo em estudo	FME2	3,23	0,03	3,09	0,04
	FMG4	1,00		1,00	
Anep	a-b	1,00			
	c-e	3,24	0,03	3,00	0,06
Gênero	Masculino	1,00		1,00	
	Feminino	0,94	0,91	0,81	0,71

6- DISCUSSÃO

6.1- FERTILIDADE DAS MULHERES COM ESQUIZOFRENIA

Apesar da proporção de mulheres com esquizofrenia que têm filhos não ser elevada, e ser bem mais baixa que a da população geral da região sudeste do Brasil, elas podem ter filhos e esse assunto deve ser tratado pelos profissionais de saúde mental (29,1% da população estudada aqui tem filhos, 74% das mulheres com idade acima de 18 anos da região sudeste do Brasil os têm; IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000). Esse dado também é encontrado em outros estudos, alguns deles descritos abaixo.

Haukka *et al.* (2003) também verificaram menos fertilidade em mulheres com esquizofrenia do que a da população geral numa coorte de indivíduos nascidos entre 1950 e 1959 na Finlândia. Quarenta e quatro por cento das mulheres com esquizofrenia, e 81% das mulheres da população geral tinham filhos. Na Espanha, 26,7% de pacientes (de ambos sexos) com esquizofrenia tinham filhos (Fañanas e Bertranpeti, 1995). McGrath *et al.* (1999) também encontraram menor proporção de pacientes com psicose que tinham filhos (36,3%) em comparação ao grupo controle (66,3%). Nesse estudo foram incluídos pacientes com esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno afetivo bipolar, psicoses atípicas, transtorno esquizoafetivo e depressão com sintomas psicóticos. Os autores encontraram que a maioria dos pacientes tivera filhos antes do início da doença. Aqueles com início mais precoce da doença, tiveram tendência a ter prole menor. Isso também

ocorreu no estudo aqui descrito, onde 32,75% das crianças tiveram contato com a mãe doente desde o primeiro ano de vida, e o restante (67,25%) só tiveram mais tarde, pois suas mães adoeceram mais de um ano depois do seu nascimento.

A maioria das crianças, portanto, presenciou o adoecimento da mãe após o seu nascimento, mas há uma proporção grande de crianças com contato com a doença da mãe desde seu nascimento ou já no primeiro ano de vida. Provavelmente quanto mais precoce o contato com a patologia materna, a mais riscos a criança poderá ser exposta, principalmente por estar em faixa etária dependente inteiramente dos cuidados de um adulto, muitas vezes a mãe doente. Além disso, percebe-se que grande parte dessas mães são as principais cuidadoras dos seus filhos (40,2%) e a maioria das crianças moram com a mãe (75,6%) mesmo não sendo ela a principal cuidadora.

Estas crianças já apresentam uma vulnerabilidade genética demonstrada por estudos de prevalência de esquizofrenia nesta população e em estudos da prevalência da esquizofrenia em gêmeos monozióticos. Mas sabe-se que os fatores genéticos não são os únicos que desempenham papel no aumento do risco para o desenvolvimento da esquizofrenia (Owen, 1999). É importante tentar reduzir as vulnerabilidades ambientais, como, por exemplo, realizar algum tipo de supervisão e auxílio a essas mães na criação de seus filhos.

Com isso, pode-se pensar que seria importante essas crianças terem um acompanhamento, e que fosse possível identificar sinais precoces

de a criança não estar bem, ou ainda observar sinais precoces indicativos de provável desenvolvimento de esquizofrenia ou de algum outro transtorno mental na idade adulta.

Embora a maioria dos casos de esquizofrenia caracterizem-se por início durante a adolescência tardia ou início da vida adulta, a esquizofrenia é vista cada vez mais como um transtorno do desenvolvimento no qual sinais de vulnerabilidade são observáveis durante a infância e a adolescência (Hans *et al.*, 2000).

6.2 PERFIL DEMOGRÁFICO DE MULHERES COM ESQUIZOFRENIA QUE TEM FILHOS E HISTÓRIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM SUAS FAMÍLIAS

O presente estudo mostrou diferenças demográficas entre as pacientes com esquizofrenia e as mulheres do grupo comparativo. As pacientes com esquizofrenia moram menos com um companheiro, trabalham menos fora de casa, e têm maior proporção de transtornos mentais em outros membros da família.

Esses achados também já foram descritos na literatura. Indivíduos com esquizofrenia têm a tendência a não terem companheiro e a não possuírem atividade remunerada (Compton, 2004). Agerbo *et al.* (2004) realizaram um estudo populacional na Dinamarca, onde observaram que os pacientes internados em um hospital psiquiátrico com esquizofrenia apresentavam maior tendência a serem solteiros e a não estarem empregados, além de apresentarem pior nível social quando comparados à

população geral sem internações psiquiátricas. Essas características já estavam presentes anos antes da primeira internação e se mantiveram nos anos posteriores, sendo mais intensas logo após a internação.

Em relação ao nível sócio-econômico e à escolaridade das mães não foi encontrada diferença entre os grupos neste estudo. Isso pode ser considerado uma surpresa, já que o esperado seria que as pacientes apresentassem menor escolaridade e pior situação sócio-econômica. O declínio ou não ascensão sócio-econômicos, são considerados uma das conseqüências da doença, já no início da doença (Dohrenwend *et al.*, 1992; Hafner *et al.*, 1999). Talvez em países em desenvolvimento, onde grande parte da população apresenta dificuldades econômicas, o nível sócio-econômico baixo pode não depender tanto da presença da doença e ser devido às condições já complicadas da população em geral. Além disso, o fato de o nível sócio-econômico das pacientes com esquizofrenia não ser pior (mesmo sendo em sua maioria desempregadas) poderia estar relacionado ao apoio que elas recebem das suas famílias para sobreviver. Esse apoio precisaria ser mais bem estudado, pois poderia ser uma das diferenças em relação aos países desenvolvidos, onde a maioria dos estudos foi conduzida e onde as diferenças sócio-econômicas aparecem entre os dois grupos.

A proporção de familiares com transtorno mental foi maior no grupo de mulheres com esquizofrenia que no grupo comparativo. Isso era esperado, na medida em que a esquizofrenia tem um fator etiológico genético importante, e familiares de primeiro grau têm dez vezes mais

chance de desenvolver esquizofrenia que a população geral (Vallada-Filho e Samaia, 2000). Nessa fase do presente estudo, a análise por tipo de transtorno mental encontrado nos familiares ainda não foi realizada.

6.3 PERFIL COMPORTAMENTAL E COMPETÊNCIA SOCIAL DE FILHOS DE MULHERES COM ESQUIZOFRENIA

Neste estudo, as diferenças encontradas entre os dois grupos, filhos de mães com e sem esquizofrenia, não foram muito grandes. Elas apareceram quando as mães com depressão e ansiedade foram excluídas do grupo comparativo.

Ao mesmo tempo, no estudo aqui descrito a gravidade avaliada indiretamente pelo funcionamento global da mãe e pela ocupação da mãe foi marcadamente maior para o grupo de mulheres com esquizofrenia do que para o grupo de mulheres com outros transtornos mentais. Existem estudos que mostraram ser a gravidade do transtorno mental materno um fator até mais importante que o diagnóstico materno para a presença de problemas comportamentais em seus filhos (Goodman, 1987). Então, causa estranhamento, mesmo ocorrendo diferenças na gravidade da doença nos dois grupos, não ocorrer diferença na psicopatologia das crianças. Esse fato faz pensar que talvez a ausência de diferença entre os dois grupos seja promovida pela influência do nível sócio econômico na psicopatologia infantil.

Um estudo realizado no Brasil encontrou associação entre presença de transtornos mentais na infância e adolescência com a presença de

condições sócio-econômicas desfavoráveis, além da presença de violência familiar e de transtorno mental materno (Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2001). Com objetivo de detectar prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência, Bird *et al.* (1988), encontraram em Porto Rico, maior prevalência de transtornos mentais nas crianças com nível sócio-econômico mais baixo. Recentemente outro estudo realizado no Brasil (de Paula, 2005) também encontrou que possuir nível sócio-econômico baixo constitui fator de risco para necessidade de prevenção em saúde mental na infância e adolescência.

As crianças de famílias pobres são mais propensas a terem pais com baixo nível educacional, de morar na casa com a mãe sem a presença de um companheiro e de morar em bairros com alta densidade populacional, com condições de moradia ruins, altos níveis de desemprego, escolas inadequadas e alto índice de criminalidade. Esses fatores estão associados ao risco para presença de problemas de saúde mental na infância (Brooks-Gunn *et al.*, 1997 apud; Friedman e Chase-Landal, 2002)

Outra questão que pode contribuir para esta discussão de terem sido encontradas poucas diferenças entre os grupos é a apontada por Sameroff *et al.* (1987), que muitos dos estudos com esta população foram realizados com coortes de pacientes com esquizofrenia que ainda não tinham à disposição a variedade de antipsicóticos e tratamentos que já existiam na época da publicação do seu artigo. Hoje em dia essa diferença deve ser mais marcante, já que foram desenvolvidos novos antipsicóticos, técnicas de abordagem cognitivo-comportamental e técnicas de reinserção

social para o tratamento desses pacientes. Portanto é difícil comparar dados coletados em 2003, com dados coletados antes das décadas de 80 ou 90. Muitos estudos publicados recentemente utilizam dados coletados há mais de uma ou duas décadas, ou coortes que começaram a ser acompanhadas há mais de uma ou duas décadas.

Ainda em relação às diferenças encontradas entre os grupos de filhos de mulheres com esquizofrenia e o grupo comparativo não serem muito grandes, também se pode colocar a hipótese de que talvez as crianças com mães com esquizofrenia, desde cedo, recebam junto com a sua mãe, uma atenção especial da família, e as crianças que são filhas de mulheres do grupo comparativo não teriam motivo para receber essas atenção. Somando-se a isso as mulheres do grupo comparativo trabalham mais fora de casa, tendo menos tempo para o cuidado com os filhos. Essa é apenas uma hipótese que precisaria ser confirmada com a avaliação da estrutura e ambiente familiar dessas crianças. Nesse sentido, El-Islam (1982), percebeu que pacientes com esquizofrenia vivendo em famílias extensas, caracterizadas não só por ter maior número de integrantes, mas também pela existência de uma forte relação entre os membros, apresentavam melhor ajustamento social e estado clínico, em comparação a famílias nucleares. Esse fenômeno talvez possa explicar, em parte, a melhor evolução da esquizofrenia nos países em desenvolvimento. Desta forma, talvez as mulheres estudadas com esquizofrenia tenham também melhor prognóstico, o que se correlacionaria com a saúde mental de seus filhos. Além disso, provavelmente a existência da família extensa também

poderia proteger a saúde mental da criança se estiver relacionada a uma boa estrutura familiar.

Outra questão a ser pensada é se as crianças dos dois grupos aqui estudados se diferenciam em relação à presença de resiliência, que é a habilidade de ter sucesso no desenvolvimento e adaptação em contexto de risco (Friedman e Chase-Lansdale, 2002). Os dois grupos estão expostos a fatores de risco para presença de transtornos mentais, pobreza em ambos e doença mental materna grave para os filhos de pacientes com esquizofrenia. Os fatores que favorecem a presença de resiliência nas crianças são: 1) Temperamento e habilidades cognitivas da criança, 2) Características familiares como coesão, acolhimento e proximidade entre seus membros, 3) Presença de suporte externo para os membros da família (Friedman e Chase-Lansdale, 2002). Ao se pensar nesses fatores, talvez as características das famílias das crianças filhas de mães com esquizofrenia se aproximem mais dessas propícias à resiliência. A família precisa se mobilizar para ajudar a mãe a cuidar do seu filho. Isso provavelmente não ocorre nas famílias das crianças do grupo comparativo que não tem motivo tão forte para esta mobilização e que tem de se preocupar com a subsistência da família em primeiro lugar. Para confirmar esta hipótese a estrutura familiar dessas crianças deverá ser avaliada. A presença de apoio externo aos membros da família também pode ser mais provável de ocorrer para familiares de pacientes com esquizofrenia, já que o paciente ao iniciar um tratamento recebe suporte, e muitas vezes seus familiares também.

Um ponto a lembrar é que as questões foram feitas tanto ao adulto cuidador quanto ao próprio adolescente. Isso é importante, pois muitas vezes o adulto relata problemas (principalmente os de externalização) que não são relatados pelo adolescente, e estes relatam problemas que os adultos não percebem (principalmente os de internalização). Geralmente o jovem tem melhores condições de falar sobre os problemas de internalização, pois muitas vezes só ele os sente e percebe (Berg-Nielsen, 2003). Em uma meta-análise sobre as diferenças entre as respostas de pais e adolescentes, essas respostas tiveram uma média de coeficiente de correlação baixa (0,28; Achenbah *et al.*, 1987). Entretanto o fato de existir diferença entre aquilo que os pais e o que os adolescentes dizem, não significa que existam distorções. Apenas são pontos de vista diferentes que se complementam numa avaliação. Por essa razão, a variável combinada entre o YSR e CBCL é importante, pois traz uma avaliação contemplando os dois pontos de vista.

6.3.2 Problemas do tipo internalização

No estudo descrito aqui, ocorreu maior prevalência de sintomas da sub-escala problemas de internalização nos filhos de pacientes com esquizofrenia quando comparados a crianças do grupo comparativo de mães sem diagnóstico psiquiátrico ($p=0,07$ CBCL e $p=0,09$ CBCL*YSR). Essa escala contém sintomas de retraimento, depressão e ansiedade. Esse achado vai de encontro aos achados anteriores na literatura, como o do estudo descrito a seguir de Henrikson e Mc Neil.

Em relação aos problemas comportamentais e de desenvolvimento encontrados nessa população, um estudo realizado na Suécia (Henrikson e Mc Neil, 2004), com crianças na faixa etária até quatro anos, encontrou que filhos de pacientes com esquizofrenia têm mais sintomas de retraimento e competência social pobre, além de atraso no desenvolvimento motor, problemas com a linguagem e prejuízo visual. Para Henrikson e Mc Neil (2004), pesquisas anteriores têm mostrado que indivíduos que desenvolvem esquizofrenia freqüentemente evidenciam sinais de vulnerabilidade precocemente, como atraso no desenvolvimento motor, dificuldades com a linguagem e problemas comportamentais.

Após análise de regressão logística observou-se que para problemas de internalização, a variável mais fortemente associada foi o nível sócio-econômico (ANEP) quando todos as crianças e adolescentes avaliadas foram incluídas. Esse quadro se modificou ao excluir mães com diagnóstico psiquiátrico do grupo comparativo, pois além do nível sócio-econômico, a moradia com a mãe com esquizofrenia foi um fator associado à presença desses problemas.

Ao excluir, as mulheres do grupo comparativo com qualquer diagnóstico e as crianças que não moravam com a mãe, o grupo em estudo foi a variável mais fortemente associada à presença de problemas de internalização, independente do nível sócio-econômico. Talvez a presença do nível sócio-econômico como fator determinante no primeiro grupo estudado justifique a ausência de diferença entre os grupos que tem o nível sócio econômico igual. Além disso, deve-se lembrar que neste estudo a

medida de gravidade do quadro materno esteve associada à presença de esquizofrenia materna. Desta forma, tanto o diagnóstico materno, como a gravidade do quadro materno podem estar associados à presença de problemas de internalização nas crianças quando se compara os filhos de mulheres com esquizofrenia que moram com a mãe com filhos de mulheres sem transtornos mentais.

Além do fator sócio-econômico, deve-se atentar para o fato de que a presença de mulheres com outros transtornos mentais no grupo comparativo também deve ter contribuído para a não diferença entre os grupos. Alguns estudos com filhos de pacientes com esquizofrenia não encontraram diferenças entre crianças e adolescentes, filhos de pais com outros transtornos mentais, em relação aos filhos de pacientes com esquizofrenia (Sameroff *et al.*, 1987; Goodman, 1987), mas encontraram que a gravidade do diagnóstico materno foi mais importante do que o tipo de transtorno mental para a saúde mental das crianças e adolescentes.

6.3.3 Problemas com o pensamento

Foi encontrada maior prevalência de problemas com o pensamento em crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia quando comparadas com filhos de mulheres sem transtorno mental e quando foram excluídas da análise as crianças que não moravam com a mãe.

Observou-se associação com morar com a mãe com esquizofrenia e a presença de problemas do pensamento, independentemente do nível sócio-econômico e do gênero da criança. É importante lembrar que morar

com a mãe com esquizofrenia está associada a pertencer ao grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia. Portanto, ser filho de mulheres com esquizofrenia e morar com elas devem ambos influenciar a presença de problemas com o pensamento.

Em relação à maior prevalência de transtornos de pensamento entre filhos de pacientes com esquizofrenia que moram com suas mães, estudos realizados em crianças com risco para desenvolver esquizofrenia encontraram maior prevalência de transtornos de pensamento, principalmente entre aqueles que desenvolveram esquizofrenia mais tarde (Ott et al., 2002; Metsänen *et al.*, 2004; Wahlberg *et al.*, 2000). Ott *et al.* (2002) discutem que o transtorno do pensamento estaria mais relacionado à presença de vulnerabilidade biológica para esquizofrenia do que da ambiental. Eles testaram a variável dependente presença de transtornos do pensamento, com as variáveis independentes ter diagnóstico de esquizofrenia na idade adulta e ter pais com esquizofrenia. Encontraram que para presença de transtorno do pensamento global, a variável mais fortemente associada foi desenvolver esquizofrenia na idade adulta ($p=0,000$), seguida por ter pais com esquizofrenia ($p=0,04$), sem interação entre as duas variáveis. Os autores concluíram que o transtorno do pensamento está presente nos estágios iniciais do desenvolvimento da esquizofrenia, já na infância.

Aplicando a mesma escala de transtornos do pensamento em filhos adotados com pais biológicos com esquizofrenia e comparando-os com filhos adotados sem pais biológicos com esquizofrenia, Wahlberg *et al.*

(2000) encontraram maior prevalência da sub-escala Verbalização Idiossincrática, estando esta relacionada ao risco genético para esquizofrenia como fator biológico, e aos padrões de comunicação dos pais adotivos como fator ambiental. A sub-escala de fluidez do pensamento também encontrada com maior prevalência entre filhos de pais biológicos com esquizofrenia, não apresentou associação aos padrões de comunicação verbal dos pais adotivos, estando ligada, assim, ao fator genético e não ao ambiental.

Metsänen *et al.* (2004), estudaram a população do estudo de Wahlberg *et al.* (2000) após seguimento, para saber o quanto à presença de transtorno do pensamento na infância e adolescência é um preditor de esquizofrenia e de outros transtornos mentais. Encontraram uma associação entre a presença de transtornos de pensamento na infância e adolescência e a presença de outros transtornos, mas não encontraram esta associação para os transtornos do espectro da esquizofrenia. Os autores atribuem o fato de não terem encontrado a segunda associação devido ao tamanho pequeno da amostra, onde só havia oito indivíduos com transtornos do espectro da esquizofrenia.

Não se pode esquecer de salientar que a escala utilizada no estudo atual é diferente da escala descrita nos estudos citados anteriores (Ott *et al.*, 2002; Metsänen *et al.*, 2004; Wahlberg *et al.*, 2000). A escala utilizada por estes autores é específica para transtornos do pensamento e não específica para avaliação de problemas na infância e adolescência. Já o CBCL e o YSR são instrumentos de rastreamento de problemas comportamentais na

infância e adolescência em geral e não foram criados para esta avaliação específica. Isso dificulta a comparação dos resultados.

Os sintomas que compõem a síndrome problemas do pensamento do CBCL e YSR são: pensamentos obsessivos, auto-agressão proposital, alucinações auditivas, tique, cutuca sua pele, mexe em partes íntimas em público, compulsões, alucinações visuais, insônia, colecionismo, comportamento estranho, idéias estranhas, fala ou anda dormindo, tem problemas com o sono (Achenbah e Rescorla, 2001). Desses só alguns, como pensamentos obsessivos, alucinações, comportamento e idéias estranhas poderiam ser atribuídos a transtornos do pensamento ou estar associados a eles do ponto de vista psicopatológico.

6.3.4 Problemas de comportamento agressivo

Outro achado interessante foi das crianças do sexo feminino não terem apresentado no grupo comparativo diferenças em relação à presença de comportamento tipo externalizante, pois não apresentaram diferenças em relação à prevalência de comportamento agressivo. Em estudo populacional realizado na periferia de São Paulo por de Paula (2005) também foi encontrada a mesma prevalência de comportamento de externalização entre os gêneros. A autora aponta para o fato de isto não ser o esperado segundo outros estudos sobre prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência, onde o encontrado é a maior prevalência de comportamentos de externalização para o sexo masculino. Outro estudo realizado na periferia de São Paulo (Miranda, 1996) encontrou

maior prevalência de problemas do tipo externalização nas meninas que nos meninos.

Para De Paula (2005) entre os possíveis motivos para a alta prevalência de problemas de externalização nesta população estariam o fato dessas meninas morarem em ambiente hostil e violento que estimula o aparecimento desses sintomas, já que a exposição a eventos de estresse está associada ao aumento da agressividade na infância. Desta forma, ela conclui que talvez o comportamento agressivo seja uma forma necessária de autodefesa para sobreviver em regiões desfavorecidas onde a ameaça ao bem estar aparece com frequência. Outros autores já haviam apontado para isso (Loeber e Hay, 1997; apud De Paula, 2005).

Para os filhos de mulheres com esquizofrenia do sexo masculino a proporção de comportamentos agressivos foi muito menor do que no sexo feminino e do que no grupo comparativo para ambos os sexos. Esse achado chama atenção, pois como já foi discutido, seria esperado que essa proporção fosse maior nos meninos. É interessante que essa proporção é menor do que no grupo de meninas filhas de pacientes com esquizofrenia, e que os grupos de ambos sexos do grupo comparativo. Isso faz pensar que, esses meninos talvez tenham algum fator de proteção para a presença de comportamento agressivo, ou que essa falta de agressividade poderia ser indício de presença de mais retraimento, que dificultaria a expressão de sintomas de agressividade. Talvez este instrumento não possa detectar tal fenômeno por não ter essa especificidade. Isso faz sentido principalmente se pensarmos que a esquizofrenia tem início mais precoce e pior evolução nos

pacientes do sexo masculino e talvez essa ausência de agressividade já seja um indício de alteração no funcionamento pré-morbido dessa população.

Em artigo sobre as diferenças entre os sexos na esquizofrenia, Chaves (2000) aponta para a hipótese de ser o desenvolvimento cerebral intra-uterino mais lento para o sexo masculino. Isso deixaria os meninos mais susceptíveis a traumas no parto e poderia explicar as diferenças em relação a presença de mais sintomas pré-mórbidos, início mais precoce, maior prevalência de alterações estruturais cerebrais e pior evolução da esquizofrenia no sexo masculino.

6.3.4 Competencia social

Em relação à competência social, nenhuma diferença foi encontrada. Apenas a questão sobre problemas no desempenho escolar mostrou uma tendência à diferença, tendo os filhos de mulheres com esquizofrenia mais problemas. Outro aspecto foi a ausência de associação entre problemas comportamentais e prejuízo na competência social. Ou seja, havia competência social prejudicada em grande parte das crianças, mesmo nas que não apresentavam problemas comportamentais. Esse dado é importante, pois a competência social reflete o quanto os problemas de saúde mental interferem na vida da criança. Quando a criança tem problemas comportamentais, eles interferem nas suas atividades, relacionamentos, e desempenho escolar. Neste estudo, mesmo as crianças sem problemas comportamentais apresentaram competência social prejudicada. Este fato ocorreu para todos os problemas comportamentais

nos filhos de mulheres com esquizofrenia, independente do ponto de vista considerado (pais ou adolescentes).

Hans *et al.* (2000), utilizando o YSR, também encontraram competência social prejudicada, e sintomas isolados como agir de modo infantil, ser alvo de gozações, não se sentir gostado, e ser retraído mais freqüentemente em adolescentes filhos de pacientes com esquizofrenia do que no grupo de filhos de controles sem transtornos mentais. Encontraram a sub-escala competência social atividades pior em filhos de pais com esquizofrenia e em filhos de pais com outros transtornos mentais, do que em filhos de pais sem transtornos mentais. Encontraram mais problemas com contato social em filhos de pacientes com esquizofrenia do que em filhos de pais com outros transtornos mentais e filhos de pais sem transtornos mentais. Além disso, esses autores também não encontraram relação entre a presença de sintomas comportamentais e a competência social prejudicada. A competência social estava prejudicada independente da presença de sintomas e relacionada à esquizofrenia nos pais. Para Hans *et al.* (2000) não se pode esquecer que esse perfil pode refletir o risco biológico para esquizofrenia, ou ser reflexo de ter sido criado e educado por pais que são um modelo pobre para ensinar habilidades sociais, ou ainda ser reflexo da estigmatização feita por seus pares relacionada à presença da doença dos pais, ou mesmo decorrer da falta de oportunidade para socialização com seus pares devido às restrições provocadas pela doença dos pais.

A presença de sintomas de retraimento, em conjunto com prejuízo na competência social, e presença de transtornos de pensamento são

encontrados na literatura como alguns dos sinais de vulnerabilidade para esquizofrenia. Mas o quanto desses sintomas refletem realmente essa vulnerabilidade e o quanto alguns deles aparecem pelo fato da criança sofrer restrições sociais em decorrência da doença dos pais ainda está em discussão. Dworkin *et al.* (1991) também encontraram competência social pobre e presença de sintomas negativos em adolescentes com risco para desenvolver esquizofrenia, por serem filhos de pacientes com esquizofrenia. Essas características do grupo de filhos de pacientes com esquizofrenia, podem refletir uma vulnerabilidade para o desenvolvimento da esquizofrenia, mas é possível que elas sejam consequência de ser criado por pais doentes (Dworkin *et al.*, 1991). Isso não significa que as vulnerabilidades genéticas e biológicas sejam colocadas em dúvida, mas apenas que ainda não é possível saber se esses sintomas estudados até agora se correlacionam apenas com essa vulnerabilidade biológica ou com a presença de fatores ambientais e sociais associados à presença da esquizofrenia nos pais e cuidadores, que pudessem implicar em prejuízo do desenvolvimento dessa criança. Provavelmente esses sintomas precoces estão relacionados tanto com os fatores genéticos como com os ambientais. Esses mesmos autores, em 1994, publicaram outro artigo onde discutiram a maior prevalência de prejuízo na competência social entre filhos de pacientes com esquizofrenia. Nesse artigo, eles apontam para a questão de que as diferenças entre o grupo controle e o de filhos de pacientes com esquizofrenia aparecem em relação à capacidade de se relacionar com os pares, nos interesses em atividades, e no desempenho escolar. Essas diferenças apareceram na

adolescência, mas não na infância. O grupo controle deste estudo era formado por crianças e adolescentes sabidamente saudáveis, sem história de transtornos mentais ou de retardo mental, e com pais sem história de qualquer transtorno mental. Isso pode explicar em parte as diferenças em relação ao estudo aqui apresentado, onde as crianças do grupo controle não eram necessariamente saudáveis e não foram encontradas diferenças em relação à competência social, pois o controle ocorreu através das mães, para justamente saber o que ocorria com as crianças. Desta forma, partir de crianças saudáveis para o grupo controle poderia enviesar os resultados deste grupo.

Além disso, a não existência de diferenças na competência social no estudo aqui apresentado, pode se relacionar com as diferenças sócio-econômicas e culturais dos lugares onde estes estudos foram conduzidos, aquele em Nova Iorque e este em São Paulo. Há a possibilidade da pobreza interferir de tal forma no desenvolvimento da competência social, que iguale os dois grupos aqui estudados. Não há indícios de que os filhos de pacientes com esquizofrenia estejam protegidos, mas que as outras crianças também estão em risco para prejuízo na competência social. Talvez o fato dos resultados do estudo de Hans *et al.* (2000) serem diferentes dos deste estudo, também possa estar relacionado a fatores culturais, sócio-econômicos e de organização da sociedade, como melhor acesso à cultura e lazer e maior nível de escolaridade dos pais. Mas não é fácil realizar a comparação dos estudos levando em consideração o nível sócio-econômico, as diferenças no nível educacional, e de organização social, já que esta

descrição não é detalhada na maioria dos trabalhos. De qualquer forma, é preciso lembrar que a competência social de uma criança pode estar relacionada à falta de competência dos seus cuidadores e da falta de oferta e estímulo a atividades por parte do governo do país. No presente estudo uma das competências sociais mais prejudicadas foi a escolar. Todos os adolescentes dos dois grupos pontuaram como tendo prejuízo no desempenho na escola. Isso pode estar associado à qualidade ruim das escolas públicas brasileiras. Este fato dificulta a comparação dos dois grupos. Uma pergunta da sub-escala competência social escolar mostrou-se mais sensível em detectar diferenças: a pergunta dirigida às mães sobre se o filho tem problemas com o desempenho na escola. Filhos de pacientes apresentaram mais problemas. Isso pode ser um indicio de pior desenvolvimento cognitivo, com pior quociente intelectual (QI) durante a infância, dificuldades de aprendizagem, memória pobre, e problemas com a atenção que já foram detectados em estudos anteriores em filhos de pacientes com esquizofrenia (Nieme *et al.*, 2003). A presença de um QI pior poderia justificar a maior prevalência de respostas positivas sobre problemas de desempenho na escola, mas pelo estudo aqui apresentado, não se pode concluir que esse problema esteja presente nessa população.

Assim, esse estudo levanta a questão sobre qual seria a melhor forma de avaliar a competência social de crianças que vivem com poucos recursos financeiros, educacionais e culturais, pois estes podem interferir nessa medida de forma importante. Talvez o prejuízo presente nos filhos de pacientes com esquizofrenia possa ser explicado pela expressão de uma

vulnerabilidade já existente, ou de já indicar para a maior probabilidade dessas crianças desenvolverem esquizofrenia no futuro e isso não se mostre verdadeiro para o grupo comparativo. Esse fato só poderá ser confirmado com o seguimento desta população.

Ainda com relação à interferência do nível sócio-econômico, Sameroff *et al.* (1987) abordaram essa questão ao estudar filhos de pacientes com esquizofrenia, filhos de mulheres com depressão, e filhos de controles normais desde o seu nascimento até os 4 anos de vida. Encontraram pior desenvolvimento da competência social nas crianças com pais com transtornos mentais mais graves independente do diagnóstico, e encontraram o nível sócio-econômico como uma variável que influenciou fortemente o desenvolvimento das crianças, sendo um fator de risco importante. Ao analisarem os fatores de risco com análise multivariada, perceberam que os riscos de possuir mãe com transtorno mental e possuir nível sócio-econômico baixo combinados estavam associados ao pior desenvolvimento das crianças. Os autores lembram que, embora seja possível separar os efeitos do nível sócio-econômico e dos transtornos mentais, esses efeitos se correlacionam.

Em relação a quanto os problemas de comportamento e competência social de filhos de mulheres com esquizofrenia se devem à vulnerabilidade biológica ou a fatores de risco ambientais, parece haver uma tendência a considerar a interação dos dois fatores, apesar do risco genético ter sido o fator mais fortemente associado a presença destes problemas até agora. Alguns estudos apontam para a interação entre fatores

genéticos e ambientais atuando na predisposição para a esquizofrenia. Referem-se a maior suscetibilidade de crianças com vulnerabilidade genética para esquizofrenia a fatores ambientais do que as que não tem esta vulnerabilidade (Tienari *et al.* 2000). Esse mesmo autor conduziu um estudo com uma coorte de crianças adotadas na Finlândia. Concluiu que os adotados com alto risco genético para esquizofrenia são mais sensíveis a fatores ambientais, tanto os adversos como os protetores, do que os adotados sem este risco genético (Tienari *et al.*, 2004).

A questão desta interação, também apareceu no estudo aqui descrito, quando se percebeu associação de maiores problemas comportamentais em filhos de pacientes com esquizofrenia que moram com a mãe dos que para os que não moram. E se encontrou maior prevalência de problemas de internalização nos filhos de pacientes com esquizofrenia, com a associação se tornando mais forte, quando na comparação com o grupo FMG, excluíram-se as crianças que não moravam com a mãe. Esse achado precisa ser mais bem investigado. Isso pode ser feito aumentando a amostra de crianças que não moram com a mãe e estudando o ambiente familiar dessas crianças e comparando com as do grupo controle, onde apenas uma não morava com a mãe.

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- 1- Tamanho da amostra é pequeno para detectar algumas diferenças.
- 2- Faixa etária ampla e número pequeno de crianças com idade abaixo dos 11 anos.

- 3- Número pequeno de controles sem diagnóstico psiquiátrico.
- 4- Estudo transversal não permite realizar associação causal.
- 5- Instrumento utilizado permite apenas identificação de problemas comportamentais e não diagnóstico.
- 6- Ausência de instrumento para medir especificamente a gravidade do transtorno mental materno como a PANSS, sendo somente utilizado a Escala de Funcionamento global (GAF).
- 7- Ausência de avaliação da estrutura familiar destas crianças e adolescentes.
- 8- Pacientes selecionados de um hospital escola, dificultando a generalização dos resultados para a população de pacientes com esquizofrenia em geral.

7- CONCLUSÕES

- 1- Em 29,1% das mulheres com esquizofrenia estudadas foi encontrado um ou mais filhos, uma fertilidade mais baixa que a média populacional, porém considerável.
- 2- Crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia apresentam maior prevalência de problemas de internalização quando moram com a mãe, apenas quando comparados a filhos de pacientes sem nenhum transtorno mental.
- 3- O nível sócio-econômico parece ter sido um fator importante associado à presença de comportamentos de internalização nas crianças e adolescentes na população estudada, independentemente do grupo em estudo e da moradia com a mãe.
- 4- Houve maior prevalência de problemas com o pensamento para filhos de mulheres com esquizofrenia, principalmente para os que moravam com as suas mães, apontando para uma possível interação genética-ambiental para a presença destes problemas.
- 5- Os filhos de mulheres com esquizofrenia do sexo masculino apresentam uma diferença marcante em relação à presença de comportamento agressivo que foi muito menor que nas meninas do mesmo grupo e do que para ambos os sexos do grupo comparativo. Essa diferença merece estudo aprofundado para tentar identificar que fatores estariam associados a ela e, com o seguimento, verificar

se indica vulnerabilidade para presença de transtornos mentais na idade adulta.

- 6- Novos estudos com esta população se beneficiariam da utilização de mais instrumentos para a avaliação da gravidade do transtorno mental materno; da presença de alterações de pensamento específico para infância e adolescência e da estrutura familiar das crianças. Uma amostra maior e com duas amostras para controle (mães sem transtornos mentais e mães com outros transtornos mentais que não a esquizofrenia) também seria útil para a elucidação dos fatores associados à saúde mental destas crianças.
- 7- O prejuízo na competência social não apresentou diferenças entre os dois grupos estudados, o que pode estar relacionado à dificuldade de realizar essa medida em crianças e adolescentes, moradores de países em desenvolvimento, com estrutura social pobre.
- 8- O prejuízo na competência social apareceu independentemente da presença de problemas comportamentais, o que pode estar relacionado mais uma vez à falta de recursos da população estudada. Pode também indicar, para o grupo de filhos de mulheres com esquizofrenia, que este pode ser um sinal de vulnerabilidade para esquizofrenia. Isso só poderá ser confirmado com o seguimento desta população.