UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

CAMILA MARIA SEVERI MARTINS-MONTEVERDE

**Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce:
uma perspectiva da terapia ocupacional**

Ribeirão Preto

2016

CAMILA MARIA SEVERI MARTINS-MONTEVERDE

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível na Biblioteca do Programa de Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e na Biblioteca de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

**Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce:
uma perspectiva da terapia ocupacional**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Martins-Monteverde, Camila Maria Severi

Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce: uma perspectiva da terapia ocupacional/ Camila Maria Severi Martins-Monteverde; orientador: Mario Francisco P. Juruena- Ribeirão Preto, 2016.

236 f.: il. 30cm.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Saúde Mental.

1. Estresse Precoce. 2. Depressão 3. Resposta Terapêutica
4.Terapia Ocupacional 5. Desempenho Ocupacional

Nome: Martins-Monteverde, Camila Maria Severi

Título: Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce: uma perspectiva da terapia ocupacional.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena

Aprovada em: 30 de junho de 2016

Banca examinadora

Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena Instituição: FMRP – Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Maria Paula Panúncio-Pinto Instituição: FMRP – Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Regina Célia Fiorati Instituição: FMRP – Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a Adriana Inocenti Miasso Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Prof^a Dr^a Taís Quevedo Marcolino Instituição: Universidade Federal de São Carlos

DEDICATÓRIAS

Aos meus amados pais, Maria Aparecida e Rubens Sérgio, que me concederam bases seguras para conquistar meus sonhos, levantar-me com coragem nos desafios que a vida impõe, por acreditarem nos meus sonhos, pela presença constante e marcante em minha vida pessoal e também profissional. Amo Vocês incondicionalmente!

Ao meu querido esposo Ricardo, pelo amor imensurável, companheirismo, incentivo e convivência iluminada que tornam minha vida tão intensa e bela. Dedico este trabalho com todo o carinho a você por se interessar pelo meu estudo, pelas colaborações acadêmicas decisivas e pelo cuidado oferecido a mim no momento de finalização desta tese. Também Amo Você incondicionalmente!

A todas as crianças, adolescentes e mulheres que vivenciaram (e vivenciam) a faceta desumana da violência. Dedico este trabalho à vocês e espero que ele seja um propulsor de novos projetos, soluções e formas de convivência humana baseados na paz e solidariedade, valores tão escassos na sociedade atual.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo Dom da Vida e a Virgem Maria pela proteção e intercessão diária que me auxiliaram a realizar com seriedade e sensibilidade este trabalho.

Aos meus queridos pais Maria Aparecida e Rubens Sérgio, pela criação sólida, afetuosa e cheia de ensinamentos que foram fonte decisiva para a minha constituição como pessoa e como profissional. A vocês serei eternamente grata pela presença constante em minha vida, pela dedicação, vibração e por caminharem sempre ao meu lado, estendendo as mãos nos desafios, e com o coração aberto para viver os meus sonhos de maneira intensa e verdadeira. Muito Obrigada!

Ao Ricardo, amor da minha vida, pelo seu companheirismo, incentivo, carinho, cuidado e principalmente por ter aceitado a viver a beleza da vida comigo, compartilhando cada momento, cada desafio e cada conquista. A você também serei eternamente grata por acreditar na minha potencialidade, por me ensinar que os desafios são partes integrantes da trajetória da vida, por compreender minhas ausências e ser tão presente na minha vida profissional que tanto me enriquece. Muito obrigada por aceitar viver os meus sonhos tornando-os um único desejo para nós!

A todos os meus familiares, de modo especial aos meus queridos avós Lourenço e Maria (*in memorian*) e Lourdes e Osny, que foram extensivamente presentes na minha infância, cuidando de mim, oferecendo um delicado afeto e ensinamentos valiosos, tornando minha infância doce e cheia de alegrias, que me fazem sentir um saudosismo vibrante a todo o momento que me recordo deles nesta etapa da vida. Agradeço a eles por terem permitido desempenhar o papel de neta e que até hoje mesmo sendo adulta, sinto o cuidado oferecido a mim como se eu fosse uma menininha! Obrigada queridos avós!

Agradeço de modo muito carinhoso e singelo ao meu afilhado, José Eduardo, a Maria Rafaela e minhas sobrinhas Gabriela e Isabela e a doce Maria Gabriela que hoje são as crianças mais presentes em minha vida e da minha família e que embelezam meus dias com docilidade e curiosidade, fazendo despertar em mim o aspecto mais sagrado do ser humano: a maternidade. Muito obrigada queridos pelos beijos e abraços afetuosos.

Agradeço a minha sogra Elizabeth, pelo exemplo de mulher forte e batalhadora. Obrigada pela sua preocupação com o meu trabalho e gestos sutis que me ensinaram a ser mais corajosa no dia a dia.

Agradeço também de modo especial ao professor Mario, por acreditar no meu potencial de pesquisadora e profissional, pelos ensinamentos científicos e de vida, mas principalmente pela oportunidade de compartilhar a vida! Completamos 7 anos de trabalho conjunto, recheados de direcionamentos acadêmicos, conquistas, desafios e alegrias vividos de maneira intensa. Obrigada por fazer parte da minha história profissional e pessoal.

A minha querida amiga Cristiane, pela troca de conhecimentos, por estar sempre presente, colaborando no processo da pesquisa, mas especialmente por ter se tornado uma irmã que eu não tive. Obrigada minha amiga, por tudo que vivemos juntas nestes anos enquanto

pesquisadora e também enquanto pessoa. Obrigada por acrescentar muitos conhecimentos na minha vida, pelo incentivo, pela amizade que tenho certeza que será para sempre!

A minha querida amiga Sandra, por ter se tornado minha outra irmã que não tive, por ser um espelho de profissional dedicada, empenhada, cuidadosa e de pulso firme com os nossos pacientes. Obrigada por ter trilhado o Mestrado comigo e com a Cris, pois só com a parceria que estabelecemos foi possível conquistar o sonho da pós-graduação. Agradeço também por estar presente no processo do Doutorado, sempre disposta a ajudar e acrescentar! Obrigada por tudo, pelo seu incentivo e nossa amizade, ao qual também desejo que seja eterna!

As minhas queridas amigas: Clara e Mariana, por terem trilhado a pós-graduação comigo, pelas sugestões para o enriquecimento deste trabalho, amizade e compartilhamento da vida.

Aos demais amigos da equipe EsTraDA, de modo especial a Nyanne, com quem iniciei o Doutorado, pela colaboração, pela troca de ensinamentos, pela escuta acolhedora nos momentos de dúvidas científicas. Muito Obrigada! Agradeço ainda ao Marco, Vinicius, Maira, Brisa, Itiana e Eduardo que também fizeram parte desta etapa da minha vida, sempre dispostos a ouvir e trocar experiências profissionais e também pelos momentos de confraternização, tão alegres e intensos, onde pudemos compartilhar a vida!

Agradeço a Thalita pelo auxílio nas atividades acadêmicas, pela parceria no Grupo de Estresse Precoce e por ter colaborado no meu processo de formação profissional, estando sempre disposta a colaborar e acrescentar conhecimentos científicos e de vida!

Agradeço a Keide, minha aluna de iniciação científica de terapia ocupacional que de forma tão brilhante trouxe inúmeras, frequentes e adequadas indagações e questionamentos sobre a pesquisa, contribuindo de maneira decisiva para a melhoria do meu estudo. Obrigada por ter trilhado o processo de pesquisa comigo e com toda a equipe EsTraDA. Agradeço pela sua convivência ter oportunizado em mim a lembrança da época de acadêmica de Terapia Ocupacional na UFSCar, momento tão especial em minha vida!

Agradeço a professora Maria Paula Panúncio-Pinto, pela indicação da Keide para realização da iniciação científica no grupo EsTraDA, pela troca de conhecimentos científicos e sugestões que colaboraram positivamente neste trabalho.

Agradeço aos professores da Pós-Graduação, em especial a professora Flavia Osório, assessora do meu projeto de Doutorado, que com um olhar cuidadoso enalteceu as conquistas do meu estudo, incentivando a conquista das etapas seguintes.

Agradeço aos professores parceiros do grupo EsTraDA: Norberto Cairasco, Lucilene Cardoso, Adriana Miasso, Patrícia Leila dos Santos, Marcelo Feijó de Melo, entre outros, pela parceria nos projetos de pesquisa, pelas trocas científicas que colaboraram para a compreensão sólida dos efeitos do estresse.

Agradeço a todos os pacientes participantes deste estudo, pois sem o *SIM* deles não seria possível vislumbrar este trabalho. Agradeço porque confiaram que suas histórias de vida

poderiam ser úteis para a pesquisa, mas principalmente para contribuir na construção de novos tratamentos na área da saúde mental.

Agradeço à todos os profissionais do Hospital Dia: José, Silvana, Aparecido, Rose, Arlete, Simone (enfermeira), Angela, Sérgio, Simone (assistente social), aos residentes e demais profissionais que passaram pelo HD nestes anos. Obrigada pelo acolhimento diário, pela colaboração e contribuições para a minha pesquisa. Especialmente quero agradecer à Terapeuta Ocupacional Eliana, que desde nosso primeiro encontro no HD mostrou-se acolhedora, disposta a me conhecer e trocar suas experiências profissionais. Ao longo da nossa convivência profissional você me oportunizou aprimorar o ofício da Terapia Ocupacional, por isso muito obrigada! Agradeço a Margô, pelo incentivo, pela amizade, por comemorar cada conquista profissional e pessoal e por ser uma amiga presente no meu coração. Agradeço também a querida Sueli, que todos os dias preparava o café para nos energizar e de forma tão maternal. Sentirei falta do seu café com sabor de cuidado!

Agradeço à todos profissionais, professores e alunos do Claretiano Centro Universitário de Batatais, pelos questionamentos a mim proferidos, que propiciaram a renovação dos conhecimentos científicos da Terapia Ocupacional .

Agradeço ao CNPq, pela concessão da bolsa para desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço ao estatístico Cássio, pela colaboração no processo de análise dos dados.

Enfim, muito obrigada a todos que colaboraram direta e indiretamente neste estudo, tornando-o possível.

Conheça todas as técnicas, domine todas as teorias, mas ao tocar a alma humana seja apenas outra alma humana.

(Carl Gustav Jung)

RESUMO

Martins-Monteverde, CMS. Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce: uma perspectiva da terapia ocupacional. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2016. 236 p.

Introdução: A depressão é uma condição frequente, de curso crônico e recorrente, usualmente associada à incapacitação funcional e comprometimento significativo no desempenho das atividades diárias. Assim, o desempenho ocupacional do paciente depressivo pode ser prejudicado, ocorrendo desorganização da rotina diária, dificuldades para desempenhar papéis ocupacionais, sociais e tarefas que possuem como objetivo a auto-manutenção, a produtividade e o lazer. Estudos estimam que 30 a 50% dos pacientes depressivos não apresentam resposta terapêutica adequada aos tratamentos antidepressivos disponíveis atualmente, sendo estes considerados pacientes depressivos resistentes ao tratamento. Além disso, investigações científicas indicam que pacientes com estresse precoce (EP) possuem risco aumentado de desenvolver episódio depressivo recorrente e resistente, sintomas mais graves, mais tentativas de suicídio e maior probabilidade de apresentar comorbidades psiquiátricas associadas, o que dificultaria a resposta terapêutica. **Objetivos:** O primeiro estudo objetivou examinar a influência do EP na resposta terapêutica de pacientes depressivos, bem como, identificar qual a melhor abordagem terapêutica para esses pacientes a partir dos achados da literatura. O segundo estudo teve como objetivo analisar a relação entre os subtipos de EP de pacientes psiquiátricos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em Hospital Dia (HD), além de investigar as chances de ocorrência de depressão de acordo com as características sociodemográficas e clínicas desta amostra. O terceiro estudo objetivou avaliar o impacto do EP na gravidade dos sintomas psiquiátricos e no desempenho ocupacional de pacientes depressivos adultos. O quarto estudo teve como propósito avaliar a influência de fatores sociodemográficos, clínicos, do EP e do desempenho ocupacional na resposta terapêutica de pacientes depressivos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em HD. E o quinto estudo objetivou descrever uma intervenção grupal de terapia ocupacional para pacientes depressivos adultos com EP inseridos em um programa de semi-internação psiquiátrica em HD. **Métodos:** O primeiro estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão sistemática da literatura, utilizando as palavras chaves: *early life stress, childhood maltreatment, child abuse childhood trauma, childhood neglect, depression, major depression, depressive, treatment response, treatment outcome, prediction* nas seguintes bases de dados: PubMed, WEB OF KNOWLEDGE, PsycINFO e Scopus, publicados em inglês, sem limitação de tempo. O segundo estudo foi desenvolvido com a avaliação de n=81 pacientes psiquiátricos divididos em duas amostras: com EP (n=58) e sem EP (n=23) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Nesta avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-PLUS) para avaliação do diagnóstico psiquiátrico; Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ) para avaliação do EP; Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11), para avaliação dos sintomas psiquiátricos, além de uma ficha sócio-demográfica e clínica para coleta de dados do paciente. O terceiro estudo foi desenvolvido com n=91 pacientes em episódio depressivo atual divididos em duas amostras: com EP (n=62) e sem EP (n=25) em regime de semi-internação psiquiátrica na mesma instituição. Os participantes também responderam os questionários citados anteriormente, além da Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁) para avaliação da gravidade da sintomatologia depressiva e a Medida Canadense do Desempenho Ocupacional (COPM) para avaliação da auto-percepção

do cliente sobre o desempenho ocupacional. O quarto estudo foi desenvolvido com n=73 pacientes em episódio depressivo atual divididos em dois grupos de acordo com a resposta terapêutica na Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS): respondedores (n=40) e não respondedores ao tratamento (n=33), em regime de semi-internação psiquiátrica na mesma instituição. Além dos questionários já citados anteriormente, os participantes também responderam a MADRS para avaliação da resposta terapêutica. Vale mencionar que o protocolo de avaliação psicométrica foi aplicado na admissão hospitalar e 60 dias após. O quinto estudo foi desenvolvido com 10 pacientes em episódio depressivo atual submetidos a um protocolo de 8 sessões de grupo de Terapia Ocupacional, utilizando-se de atividades expressivas e reflexivas para ressignificação das histórias de EP. **Resultados:** Na revisão sistemática foram incluídos 21 estudos sobre a temática estudada, sendo que a maioria dos estudos aponta que os diferentes subtipos de EP podem desencadear psicopatologias mais graves e mais incapacitantes no adulto, como a depressão. Além disso, o EP influencia no curso clínico e na resposta terapêutica de pacientes depressivos crônicos. Não há consenso na literatura sobre a abordagem terapêutica que apresenta maior eficácia para o paciente depressivo com EP, embora abordagens combinadas demonstrem eficácia superior. No segundo estudo foi evidenciado que a ocorrência de depressão na idade adulta está relacionada à situações de abuso emocional e sexual e negligência física na infância. Pacientes com abuso emocional na infância possuem uma prevalência 4.38 maior de depressão em comparação com aqueles sem história de EP. Os resultados do terceiro estudo indicaram que na amostra avaliada, 70.4% dos pacientes depressivos sofreram algum tipo grave de EP, comparados a 29.6% sem EP. Além disso, os pacientes depressivos com EP apresentaram maior impulsividade do que os sem EP. Foram observadas ainda correlações significativas entre a gravidade do EP e os sintomas depressivos, ansiosos e ideação suicida no grupo com EP. Os pacientes com EP apresentaram pior desempenho ocupacional quando comparados com os sem EP, apresentando prejuízos principalmente no trabalho. Os resultados do quarto estudo indicam que 45.3% dos pacientes depressivos não responderam ao tratamento, comparados a 54.7% respondedores ao tratamento. Verificamos ainda que o EP desempenhou um papel importante na resposta terapêutica dos pacientes depressivos, sendo que 60 dias após o tratamento pacientes depressivos com EP apresentaram sintomas graves de ideação suicida quando comparados aos sem EP 60 dias após a admissão. Os resultados do estudo cinco indicaram que o grupo dentro dos princípios da Terapia Ocupacional é uma estratégia importante para ressignificação das histórias traumáticas na infância e adolescência de pacientes em episódio depressivo atual. As atividades terapêuticas forneceram subsídios para o paciente exteriorizar e reelaborar as vivências do EP. **Conclusões:** A integração destes dados destaca a importância da influência do EP no desencadeamento de transtornos psiquiátricos, de modo especial na depressão, no seu curso clínico e resposta terapêutica, além da necessidade de novas formas de intervenções terapêuticas, como às desenvolvidas pela Terapia Ocupacional para a ressignificação das vivências de EP. Ressalta-se a necessidade de novos estudos para o aprimoramento da compreensão dos efeitos nocivos do EP nas psicopatologias depressivas no adulto.

Palavras-chave: Estresse Precoce, Depressão, Resposta Terapêutica, Terapia Ocupacional, Desempenho Ocupacional.

ABSTRACT

Martins-Monteverde, CMS. Assessment of therapeutic response of depressive patients with early life stress: a perspective of occupational therapy. Doctoral Thesis: Ribeirão Preto: University of São Paulo, Faculty of Medicine, 2016. 236 f.

Introduction: Depression is a common condition, chronic and recurrent course, usually associated with functional impairment and significant depletion in performing daily activities. Thus, the occupational performance of the depressive patient may be impaired, occurring disruption of daily routine, difficulty of playing occupational roles, and social tasks, which aims are self-maintenance, productivity and leisure. Studies estimate that 30 to 50% of the depressed patients don't have adequate therapeutic response to antidepressant treatments currently available, which are considered depressed patients resistant to treatment. Moreover, scientific research indicates that patients with early life stress (ELS) present increased risk of developing recurrent and resistant depressive episodes, more severe symptoms, more suicide attempts and are more likely to have associated psychiatric comorbidities, which would hinder the therapeutic response. **Aims:** The first study aimed to examine the influence of ELS in therapeutic response of depressed patients, as well as identify the best therapeutic approach for these patients from the literature findings. The second study aimed to analyze the relationship between ELS subtypes in adult psychiatric patients from psychiatric semi-hospitalization program in Day Hospital (DH), and to investigate the chances of occurrence of depression according to the sociodemographic and clinical characteristics of this sample. The third study aimed to evaluate the impact of the ELS on the severity of psychiatric symptoms and occupational performance in depressed adults. The fourth study aimed to evaluate the influence of sociodemographic and clinical factors, ELS and occupational performance in the treatment of adult patient's depressive response treated in a psychiatric semi-hospitalization program in DH. The fifth study aimed to describe an intervention group of occupational therapy for depressive adult patients with ELS treated in a psychiatric semi-hospitalization program in DH. **Methods:** The first study was developed through a systematic review of literature using the key words: *early life stress, childhood maltreatment, child abuse childhood trauma, childhood neglect, depression, major depression, depressive, treatment response, treatment outcome, prediction*, in the following databases: PubMed, WEB OF KNOWLEDGE, PsycINFO e Scopus, published in English, without time limitation. The second study was developed with the assessment of n= 81 psychiatric patients divided into two samples: with ELS (n= 58) and without ELS (n= 23), at the Clinics Hospital of Medical School of Ribeirão Preto. In this evaluation, the following instruments were applied: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus) for evaluation of psychiatric diagnosis; Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) for evaluation of ELS; Beck Depression Inventory II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), for evaluation of psychiatric symptoms, as well as a social record for collecting demographic and clinic patients' data. The third study was conducted with n=91 patients with current depressive episode divided in two samples: with ELS (n=62) and without ELS (n=25), in psychiatric semi-hospitalization regime at the same institution. Participants also answered the questionnaires mentioned previously, as well as GRID Hamilton Depression Rating Scale (GRID-HAM-D₂₁) to assess the severity of depressive symptoms and the Canadian Occupational Performance Measure to evaluate the self-perception of the customer about his/her occupational performance. The fourth study was conducted with n= 73 patients with current depressive episode divided into two groups according to the therapeutic response for Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

(MADRS): responders (n=40) and non-responders to treatment (n=33) in psychiatric semi-hospitalization regime at the same institution. In addition to the questionnaires previously mentioned, participants also answered MADRS for evaluation of therapeutic response. It is worth mentioning that the psychometric assessment protocol was applied at admission and 60 days later. The fifth study was conducted with n=10 patients with current depressive episode submitted to a protocol of 8 Occupational Therapy group sessions, using expressive and reflective activities to reframe the stories of ELS. **Results:** Systematic review included 21 trials on the subject matter, and most studies indicate that different subtypes of ELS can trigger more severe and disabling psychopathologies in adults, such as depression. Furthermore, ELS influences the clinical course and in therapeutic response in chronic depressive patients. There is no consensus in the literature on therapeutic approach that is more effective for depressed patients with ELS, although combined approaches demonstrate superior effectiveness. In the second study, it was shown that the occurrence of depression in adulthood is related to situations of emotional abuse, sexual and physical neglect in childhood. Patients with history of emotional abuse in childhood have 4.38 times higher prevalence of depression when compared to those without ELS. The third study results indicated that from the sample studied, 70.4% of depressive patients experienced a severe type of ELS, compared to 29.6% without ELS. Furthermore, depressive patients with ELS presented greater impulsivity than those without ELS. Significant correlations were observed between the severity of ELS and depressive symptoms, anxiety and suicidal ideation in the group with ELS. Patients with ELS showed worse occupational performance when compared to those without ELS, especially at work. The results of fourth study indicate that 45.3% of depressed patients don't respond to treatment, compared to 54.7% that responds to treatment also we found that ELS performed an important role in therapeutic response of depressive patients, as after 60 days depressed patients with ELS showed severe symptoms of suicidal ideation compared to without ELS 60 days after admission. The results of the fifth study indicated that the group of occupational therapeutic approach is an important strategy to reframe the stories of traumatic childhood and adolescence in patients with current depressive episode. Therapeutic activities provided resources to patient for externalizing and reworking experiences of ELS. **Conclusions:** The integration of these data highlights the importance of the influence of ELS in the onset of psychiatric disorders, especially depression, in its clinical course and therapeutic answer, and the need for new forms of therapeutic interventions, such as those developed by the Occupational Therapy for reframing experiences of ELS. It is noteworthy the need for further studies to improve understanding of the harmful effects of ELS in depressive disorders in adults.

Keywords: Early Life Stress, Depression, Therapeutic Response, Occupational Therapy, Occupational Performance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Antidepressivo
ADT	Antidepressivo Triciclíco
ANOVA	Análise da Variância
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Escala de Desesperança de Beck
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
BIS-11	Escala de Impulsividade de Barratt
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
COPM	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional
COPM-D	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional- Desempenho
COMP-S	Medida Canadense de Desempenho Ocupacional-Satisfação
CTQ	Questionário Sobre Traumas na Infância
DAYLS	Dias de Vida Perdido
DRT	Depressão Resistente ao Tratamento
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3 ^a . Edição revisada
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4 ^a . Edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5 ^a . Edição
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EP	Estresse Precoce
<i>Epm</i>	Erro Padrão da Média
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto

GRID-HAM-D ₂₁	Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAD-D	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão-sub-escala de Depressão
HAD-A	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão-sub-escala de Ansiedade
HC-FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HD	Hospital Dia
Hist	Histórico
IC	Intervalo de Confiança
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina
MADRS	Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg
MINI-Plus	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
NCS-R	National Comorbidity Survey Replication
OD	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PQH	Ambulatório de Transtorno do Humor
SAMSP	Serviço de Assistência Médica e Social de Pessoal
SPSS	Statistical Package for Social Science
STAR*D	Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression Trial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TO	Terapia Ocupacional
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE SÍMBOLOS

d.f.	Graus de Liberdade
N	Número de Sujeitos na Amostra
p	Nível de Significância Estatística
r	Coeficiente de Correlação de Pearson
t	Teste t de Student
X^2	Teste do Qui-quadrado

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Definição dos subtipos de estresse precoce.....	33
Tabela 2- Características dos estudos analisados no grupo <i>Associação entre estresse precoce e depressão</i>	41
Tabela 3- Características dos estudos analisados no grupo <i>Influência do estresse precoce na resposta terapêutica de pacientes depressivos</i>	44
Tabela 4- Características dos estudos analisados no grupo <i>Abordagem terapêutica para pacientes depressivos com estresse precoce</i>	50
Tabela 5- Características sócio-demográficas e clínicas da amostra.....	62
Tabela 6- Escores do CTQ e ocorrência dos subtipos de estresse precoce entre os pacientes.....	63
Tabela 7- Relação entre depressão e subtipos de estresse precoce entre os pacientes.....	64
Tabela 8- Regressão Logística Univariada entre Depressão e Abuso Emocional entre os Pacientes.....	65
Tabela 9- Análise de Regressão Logística Múltipla entre Depressão e Abuso Emocional entre pacientes.....	66
Tabela 10- Características sócio-demográficas da amostra geral.....	82
Tabela 11- Características clínicas da amostra geral	83
Tabela 12- Classificação da gravidade do estresse precoce entre pacientes depressivos de acordo com os subtipos.....	85
Tabela 13- Gravidade do estresse precoce e dos seus subtipos de acordo com os escores do CTQ entre os grupos.....	86
Tabela 14- Quantidade de subtipos de Estresse Precoce.....	86
Tabela 15- Características sócio-demográficas da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce.....	87
Tabela 16- Características clínicas da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce.....	89
Tabela 17- Gravidade dos sintomas psiquiátricos da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce.....	91
Tabela 18- Distribuição da pontuação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional entre pacientes com e sem Estresse Precoce na admissão hospitalar ...	94

Tabela 19- Áreas afetadas no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos com e sem Estresse Precoce	95
Tabela 20- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem Abuso Emocional.....	96
Tabela 21- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem Abuso Físico.....	97
Tabela 22- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem Abuso Sexual.....	98
Tabela 23- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem Negligência Emocional.....	99
Tabela 24- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem Negligência Física.....	100
Tabela 25- Características sócio-demográficas da amostra de pacientes depressivos de acordo com a resposta terapêutica.....	119
Tabela 26- Características clínicas da amostra de pacientes depressivos de acordo com a resposta terapêutica.....	121
Tabela 27- Relação entre subtipos de estresse precoce e pacientes depressivos respondedores e não respondedores.....	124
Tabela 28- Avaliação dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e alta hospitalar.....	125
Tabela 29- Avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e alta hospitalar.....	127
Tabela 30- Pontuação da mudança no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores.....	128
Tabela 31- Áreas afetadas no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores.....	129
Tabela 32- Correlações entre a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e instrumentos de quantificação dos sintomas psiquiátricos entre pacientes respondedores e não respondedores (na admissão hospitalar).....	130
Tabela 33- Correlações entre a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e instrumentos de quantificação dos sintomas psiquiátricos entre pacientes respondedores e não respondedores (60 dias após).....	131
Tabela 34- Avaliação dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos com e	

sem estresse precoce na admissão e 60 dias.....	132
Tabela 35- Avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias.....	135
Tabela 36- Respostas as 3 perguntas da avaliação pré grupo.....	154
Tabela 37- Respostas as 3 perguntas na avaliação pós grupo.....	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fotografia de uma mão confeccionada em argila denominada de “ <i>A Mão do Id.</i> ..	156
Figura 2- Fotografia mostrando um prato raso realizado em argila, representando a fome vivenciada por um dos sujeitos.....	157
Figura 3 – Fotografia do desenho do corpo de uma pessoa que passou por Estresse Precoce – Alcoolismo e Força.....	158
Figura 4- Fotografia do desenho do corpo de uma pessoa que passou por Estresse Precoce - Prazer e Culpa.....	159

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1-Eschema metodológico para a seleção dos artigos.....	35
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Correlação positiva entre a Escala de Depressão GRID-HAM-D ₂₁ e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total.....	92
Gráfico 2- Correlação positiva entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total.....	92
Gráfico 3- Correlação positiva entre o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total.....	93
Gráfico 4- Correlação positiva entre o Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total.....	94
Gráfico 5- Ideação Suicida entre Pacientes Depressivos Com e Sem Estresse Precoce na Admissão e 60 dias após.....	135

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	26
1.1 Estresse Precoce, Depressão, Resposta Terapêutica e Terapia Ocupacional.....	27
2. OBJETIVOS E HIPÓTESE.....	29
2.1 Geral.....	30
2.2 Específicos.....	30
2.3 Hipótese.....	30
3. Estudo 1- Avaliação da Resposta Terapêutica de Pacientes Depressivos com História de Estresse Precoce: Uma Revisão Sistemática.....	31
3.1 Introdução.....	32
3.2 Métodos.....	34
3.3 Resultados.....	36
3.4 Discussão.....	52
4. Estudo 2- Relação entre os Subtipos de Estresse Precoce na Vida Adulta de Pacientes Psiquiátricos Tratados em um Programa de Semi-Internação Psiquiátrica.....	56
4.1 Introdução.....	57
4.2 Métodos.....	59
4.3 Resultados.....	61
4.4 Discussão.....	66
5. Estudo 3- Impacto do Estresse Precoce no Desempenho Ocupacional e na Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos de Pacientes Depressivos Adultos.....	71
5.1 Introdução.....	72
5.2 Métodos.....	76
5.3 Resultados.....	81
5.4 Discussão.....	100
6. Estudo 4- Avaliação da Influência de Fatores Sociodemográficos, Clínicos, Estresse Precoce e Desempenho Ocupacional na Resposta Terapêutica de Pacientes Depressivos Tratados em Semi-Internação Psiquiátrica.....	107
6.1. Introdução.....	108
6.2 Métodos.....	112

6.3 Resultados.....	118
6.4 Discussão.....	136
7. Estudo 5- Grupo de Terapia Ocupacional para Pacientes Depressivos com Estresse Precoce.....	143
7.1. Introdução.....	144
7.2 Métodos.....	147
7.3 Resultados.....	151
7.4 Discussão.....	163
8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	168
9. CONCLUSÃO.....	172
REFERÊNCIAS.....	174
ANEXOS.....	203
ANEXO A- MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI-PLUS).....	204
ANEXO B- ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GRID DE HAMILTON (GRID-HAM D ₂₁).....	205
ANEXO C- QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (CTQ).....	206
ANEXO D- ESCALA DE DEPRESSÃO DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS).....	207
ANEXO E- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II).....	209
ANEXO F- INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI).....	211
ANEXO G- ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK (BHS).....	212
ANEXO H- ESCALA DE IDEIAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI).....	213
ANEXO I- ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)...	216
ANEXO J- ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT (BIS-11).....	217
ANEXO L- MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM).....	218
APÊNDICES.....	220
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	

(TCLE).....	221
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES DEPRESSIVOS COM ESTRESSE PRECOCE (TCLE-G).....	223
APÊNDICE C- FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA.....	225
APÊNDICE D- FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	227
APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO NO THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE.....	228

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Pesquisas consistentes têm evidenciado que as situações traumáticas ocorridas na infância e adolescência, denominadas de estresse precoce são importantes fatores de risco para o desenvolvimento da depressão na vida adulta (Jurueña, 2014; Jurueña, 2012; Tofoli et al., 2011; Edwards et al., 2003; Gibb et al., 2001; Heim & Nemeroff, 2001). Além disso, o estresse precoce influencia negativamente no curso clínico da doença, na gravidade dos sintomas, especialmente ideação suicida, na pré-disposição à comorbidades psiquiátricas e clínicas, tornado assim a resposta terapêutica e o desfecho clínico desfavoráveis (Tunnard et al., 2014; Friedman et al., 2012; Wiersma et al., 2009; Gladstone et al., 1999).

A depressão é uma condição psiquiátrica de etiologia multifatorial, acometendo pessoas de todas as idades, níveis sócio-econômicos, atingindo principalmente as mulheres (Fleck et al., 2009). Os índices de suicídio também são frequentes nesta população, ocorrendo em torno de 15 a 20% dos pacientes depressivos (Goodwin & Jamison, 1990), de forma que a depressão é responsável por 70% dos casos de suicídio que ocorrem no mundo (Sartorius, 2001).

Evidências científicas apontam ainda que 80% dos indivíduos que receberam tratamento no primeiro episódio depressivo apresentarão um segundo episódio ao longo de suas vidas, sendo quatro a média durante a vida (Beck & Alford, 2011; Bottomley et al., 2010; Reid & Barbui, 2010). Além disso, uma parcela significativa dos pacientes depressivos apresentará falha na resposta terapêutica, sendo diagnosticados com depressão resistente ao tratamento (DRT) (Del Porto et al., 2009; Souery et al., 2006; Rozenenthal et al., 2004; Quraishi & Frangou, 2002). A DTR está associada com prejuízos sociais graves e utilização extensiva dos serviços de saúde (Kennedy et al., 2004; Crown et al., 2002). Os fatores de risco para a recaída são: presença de sintomas residuais, número de episódios anteriores, gravidade e duração do episódio mais recente e grau de resistência ao tratamento em episódio prévio (Rush et al., 2006). A literatura científica enfatiza ainda que o estresse precoce parece ser um moderador importante na resposta terapêutica do paciente depressivo (Harkness et al., 2012; Solomon et al., 2000).

Os transtornos psiquiátricos, dentre eles a depressão, ocasionam prejuízos em todas as esferas da vida do indivíduo, interferindo no desempenho ocupacional e na habilidade de realizar os papéis ocupacionais (Quiles-Cestari & Ribeiro, 2012; Cavalheril, 2010). De acordo com o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, o desempenho ocupacional é o resultado da interação entre a pessoa, o ambiente e a ocupação. A pessoa é composta por três

componentes, o físico, afetivo e cognitivo e no centro encontra-se a essência, representada pelo elemento espiritual. O ambiente é composto pelos aspectos físico, social, cultural e institucional e as ocupações são distribuídas em três categorias, ou seja, auto-cuidado, produtividade e lazer (CAOT, 1997).

Ademais, o desempenho ocupacional é representado pela competência dos indivíduos em seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis ocupacionais, sociais e tarefas que possuem como objetivo o auto-cuidado, a produtividade e o lazer, executadas de modo satisfatório e apropriado para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do sujeito (Kubota et.al., 2014; Motizuki et.al., 2014).

Embora as abordagens terapêuticas para os transtornos depressivos tenham progredido significativamente nos últimos anos, a literatura científica sugere que o paciente depressivo continua apresentando prejuízos psicossociais e ocupacionais depois de se recuperar do episódio agudo (Ay-Woan et al., 2006).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde, educação e área social capacitada para auxiliar as pessoas com problemáticas diversas a viverem em sua plenitude, ou seja, favorecer o engajamento nas atividades que a pessoa quer e precisa fazer, não importando a lesão, doença, condição, deficiência, estilo de vida, ou ambiente se coloque no caminho. As atividades humanas do dia-dia são denominadas como ocupações, e elas são os blocos de construção da saúde física, psicológica, emocional e espiritual (University of Southern California – USA).

Assim, pode-se dizer que o Terapeuta Ocupacional poderá promover a reabilitação e/ou adaptação do indivíduo com transtorno depressivo às suas condições cotidianas, ocupacionais de lazer, além de habilitar as pessoas para que possam engajar-se nos papéis, nas tarefas e atividades que tenham significados para elas no seu dia-dia e que sejam definidoras de suas vidas (Francisco, 1988). Portanto, o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo são vitais para diminuir os prejuízos da depressão na vida do indivíduo, da família e da comunidade (Juruena, 2001; Tavares & Juruena, 2001).

OBJETIVOS E HIPÓTESE

2. OBJETIVOS E HIPÓTESE

2.1. Geral

Este estudo objetivou avaliar a associação entre o Estresse Precoce (EP) e os episódios depressivos, e a influência do EP na resposta terapêutica de pacientes depressivos.

2.2. Específicos

- ✓ Examinar a influência do EP na resposta terapêutica de pacientes depressivos, bem como, identificar qual a melhor abordagem terapêutica para esses pacientes a partir dos achados da literatura;
- ✓ Analisar a relação entre os subtipos de EP de pacientes psiquiátricos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em Hospital Dia (HD), além de investigar as chances de ocorrência de depressão de acordo com as características sociodemográficas e clínicas desta amostra;
- ✓ Avaliar o impacto do EP na gravidade dos sintomas psiquiátricos e no desempenho ocupacional de pacientes depressivos adultos;
- ✓ Avaliar a influência de fatores sociodemográficos, clínicos, do EP e do desempenho ocupacional na resposta terapêutica de pacientes depressivos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em HD;
- ✓ Descrever grupos de terapia ocupacional para pacientes depressivos adultos com estresse precoce tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em Hospital Dia.

HIPÓTESE: A hipótese do nosso estudo é de que o estresse precoce está associado com o episódio depressivo atual, desencadeamento, manutenção e agravamento do curso da psicopatologia depressiva, com prejuízos no desempenho ocupacional repercutindo negativamente na resposta terapêutica.

Estudo 1

3. Estudo 1- Avaliação da Resposta Terapêutica de Pacientes Depressivos com História de Estresse Precoce: Uma Revisão Sistemática.

Introdução

A depressão é uma condição frequente, de curso crônico e recorrente, usualmente associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física (Juruena et al., 2011; Del Porto et al., 2009; Fleck et al., 2009). As evidências mostram que a depressão na idade adulta está vinculada a um risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes, alterações metabólicas e demência (Fleck et al., 2009; Danese et al., 2009; Moussavi et al., 2007). Além disso, tais pacientes apresentam limitação de sua atividade, bem estar e uma maior utilização de serviços de saúde (Katon, 2003). Aproximadamente 60% dos indivíduos que receberam tratamento no primeiro episódio depressivo apresentarão um segundo episódio ao longo de suas vidas, dentro do período de 5 anos, sendo quatro a média durante a vida (Bottomley et al., 2010; Kupfer, 1991). Estudos estimam ainda que 30 a 50% dos pacientes depressivos não apresentam resposta terapêutica adequada aos tratamentos antidepressivos disponíveis atualmente, sendo estes considerados pacientes depressivos resistentes ao tratamento (DRT) (Del Porto et al., 2009; Souery et al., 2006; Fava, 2003). Dessa forma, tais dados demonstram que há um grande contingente de pacientes que não remitem a sintomatologia depressiva, acarretando em graves prejuízos psicossociais (Juruena, 2012; Kessler et al., 1998).

Em decorrência das altas taxas de prevalência, recorrência e devido à resistência na resposta da terapia psicofarmacológica, pesquisadores têm buscado uma melhor compreensão sobre a etiopatogenia e os fatores preditores de resposta terapêutica relacionados ao tratamento da depressão. A depressão caracteriza-se por uma doença multifatorial, envolvendo fatores genéticos, biológicos e psicossociais. Embora o fator genético exerça um papel bastante importante na depressão, os estudos têm demonstrado também a importância dos fatores ambientais como possíveis gatilhos no desencadeamento dos quadros depressivos (Chapman et al., 2004; Heim & Nemeroff, 2001; Post et al., 2000; Post, 1992). Estudos demonstram que cerca de 60% dos episódios depressivos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes e que, portanto, os eventos estressantes da vida desempenham um papel importante no

desencadeamento de episódios depressivos, estando também bem estabelecidos como precipitantes agudos de doenças psiquiátricas (Mello et al, 2007; Joca et al., 2003; Post et al., 2000; Post, 1992). Neste sentido, dada a importância do estresse no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, recentemente o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), incluiu entre as suas classificações uma categoria específica para o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Traumas e a Estressores (APA, 2014).

Além disso, experiências estressantes no início da vida, denominadas de Estresse Precoce (EP), podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança, podendo provocar influências profundas no comportamento emocional. O termo estresse precoce refere-se a uma variedade de experiências traumáticas que podem ocorrer durante a infância e adolescência. Entre as principais experiências traumáticas estão os abusos e as negligências (Bandelow et al., 2005; Zavaschi et al., 2002). De acordo com a literatura proposta por Bernstein et al. (2003) existem 5 subtipos principais de Estresse Precoce, que estão definidos na tabela abaixo:

Tabela 1-Definição dos subtipos de estresse precoce

▪ Abuso Físico	Agressões físicas cometida por alguém mais velho, acarretando lesões corporais que podem chegar ao homicídio.
▪ Abuso Emocional	Agressões verbais e ameaças que afetam o bem estar e a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma.
▪ Abuso Sexual	Qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre uma criança e alguém que está em posição de poder e confiança sobre a vítima.
▪ Negligência Física	Quando os pais ou responsáveis falham na alimentação e vestuário, não atendendo as necessidades básicas, como: moradia, segurança, supervisão e saúde.
▪ Negligência Emocional	Falha do cuidador ao fornecer as necessidades básicas emocionais e psicológicas como: amor, motivação e o suporte.

Segundo Bernstein et al., 2003

Ainda se caracteriza como estresse precoce: a morte dos pais ou substitutos, as privações materna e/ou paterna por abandono, separações ou divórcio e transtorno psiquiátrico dos pais (Bandelow et al., 2005). Além disso, estudos atuais têm demonstrado que também as situações de superproteção materna e/ou paterna podem

provocar traumas no desenvolvimento biopsicossocial da criança, uma vez que esta é privada de modelos de frustração (Johnstone et al., 2013; Bowlby, 1982).

Nesse sentido, os achados da literatura têm demonstrado a associação entre a ocorrência de EP e o aumento do risco de desenvolvimento de depressão e outros transtornos psiquiátricos na adolescência e na idade adulta (Carr et al., 2013; Martins et al., 2011; Widom et al., 2007; Gibb et al., 2003; Wise et al., 2001). Cerca de um quarto das crianças maltratadas preencherão os critérios para depressão quando chegarem ao final da década dos 20 anos de idade, representando, portanto, um problema substancial de saúde pública (Widom et al., 2007). Além disso, estudos apontam que a gravidade do estresse precoce sofrido pela criança está associada à gravidade do quadro depressivo, e que o subtipo de EP sofrido pela criança está associado ao transtorno psiquiátrico desenvolvido na vida adulta (Carr et al., 2013; Martins et al., 2011). Conforme demonstra os estudos de Martins et al. (2014) e Gibb et al. (2003) há uma associação entre o EP, especificamente do subtipo abuso emocional, e o aumento do desenvolvimento de quadros depressivos no adulto.

Com base nisto, o objetivo desta revisão foi analisar sistematicamente os achados existentes na literatura sobre a associação entre estresse precoce e o desenvolvimento de depressão na vida adulta a partir de uma análise crítica das metodologias empregadas nos estudos. Mais especificamente, esta revisão visou examinar a influência do estresse precoce na resposta terapêutica de pacientes depressivo, bem como, identificar qual a melhor abordagem terapêutica para esses pacientes a partir dos achados da literatura.

Métodos

Realizou-se a busca pelos artigos identificados na base de dados PubMed, WEB OF KNOWLEDGE, PsycINFO e Scopus, nos idiomas inglês e português, sem limitação de tempo. A busca foi realizada utilizando as combinações das seguintes seguintes palavras-chave: ("*early life stress*" OR "*childhood maltreatment*" OR "*child abuse*" OR "*childhood trauma*" OR "*childhood neglect*") AND (*depression* OR "*major depression*" OR *depressive*) AND ("*treatment response*" OR "*treatment outcome*" OR *prediction*). A pesquisa final foi refinada por meio da pesquisa sistemática nos resumos dos artigos identificados, procedendo-se às exclusões dos artigos que não analisaram o valor de predição. O fluxograma a seguir apresenta a associação entre os descritores (*Keywords*),

o número total de artigos encontrados nas bases de dados, bem como os critérios de exclusão que foram determinados no presente estudo.

Fluxograma 1- Esquema metodológico para a seleção dos artigos

Resultados

Foram identificados 99 artigos no PubMed, 106 no WEB OF KNOWLEDGE, 330 no Scopus e 185 no PsycINFO totalizando 720 artigos. Após a aplicação dos critérios de exclusão foram selecionados 68 artigos, sendo que 47 destes foram excluídos por se tratarem de estudos duplicados entre as bases de dados, totalizando 21 artigos que foram analisados nesta revisão.

A maioria dos estudos (14) selecionados para a revisão, possuem delineamento do tipo ensaio clínico randomizado (Johnstone et al., 2013; Sung et al., 2013; Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Zobel et al., 2011; Miniati et al., 2010; Johnstone et al., 2009; Vitriol et al., 2009; Nemeroff et al., 2003; Walker et al., 2000) 5 estudos são longitudinais (Douglas & Porter, 2012; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Abbass, 2006; Talbot et al., 2005) e 2 são caso controle (Kimbrough et al., 2010; Kaplan & Klinetob, 2000). Os estudos foram distribuídos de acordo com o ano de publicação, sendo que houve maior publicação sobre o tema pesquisado no ano de 2012 com a publicação de 5 estudos (Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Douglas & Porter, 2012) seguido de 3 estudos (Johnstone et al., 2009; Vitriol et al., 2009; Klein et al., 2009) em 2009, seguido pelo ano de 2011 com 3 estudos (Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Zobel et al., 2011). Além disso, os estudos foram publicados em revistas de grande impacto, tais como *Depression and Anxiety* (Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Johnstone et al., 2009; Klein et al., 2009; Abbass, 2006), *Journal of Psychiatry Research* (Miniati et al., 2010; Klein et al., 2008), *Journal of Nervous and Mental Disease* (Talbot et al., 2005; Kaplan & Klinetob, 2000), *Journal of Affective Disorders* (Johnstone et al., 2013; Gamble et al., 2011) entre outras. Quanto ao país de publicação, a maioria dos estudos (13) foi publicado nos Estados Unidos (Friedman et al., 2012; Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Kimbrough et al., 2010; Miniati et al., 2010; Nemeroff et al., 2003; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Talbot et al., 2005; Kaplan & Klinetob, 2000; Walker et al., 2000), seguido de 3 estudos na Nova Zelândia (Johnstone et al., 2013; Douglas & Porter, 2012; Johnstone et al., 2009) e 2 estudos no Canadá (Harkness et al., 2012; Abbass, 2006). Destacamos que não foram encontrados estudos sobre o tema pesquisado no Brasil, denotando a importância da presente revisão sistemática.

Com relação à composição da amostra, o número de participantes variou entre 10 sujeitos (Abbass, 2006) até uma amostra maior composta por 808 pacientes depressivos (Klein et al., 2009). A maioria dos estudos (15 estudos) (Johnstone et al., 2013; Sung et al., 2013; Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Douglas & Porter, 2012; Zobel et al., 2011; Miniati et al., 2010; Kimbrough et al., 2010; Johnstone et al., 2009; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Abbass, 2006; Nemeroff et al., 2003; Kaplan & Klinetob, 2000; Walker et al., 2000) avaliou o gênero masculino e feminino e uma parcela menor (6 estudos) (Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Vitriol et al., 2009; Talbot et al., 2005) avaliou apenas mulheres.

O instrumento mais utilizado para avaliar estresse precoce foi o *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et al., 2003) considerado padrão-ouro na literatura do estresse precoce, totalizando 8 estudos, destes quatro estudos (Douglas & Porter, 2012; Zobel et al., 2011; Kaplan & Klinetob, 2000; Walker et al., 2000) utilizaram somente o CTQ, outros 3 estudos (Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Talbot et al., 2005) utilizaram o CTQ associado com o *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ) (Kubany et al., 2000) e um estudo (Klein et al., 2009) utilizou o CTQ associado com o *Measure of Parental Style* (MOPS) (Parker et al., 1997).

Nota-se que os demais estudos utilizaram diferentes instrumentos para avaliação do EP, tais como: 2 estudos (Smith et al., 2012; Gamble et al., 2011) utilizaram o *Life Experience Scale* (LES) (Talbot et al., 1999), um estudo (Klein et al., 2008) utilizou o *Early Home Environment Interview* (EHEI) (Lizardi et al., 1995), um estudo (Harkness et al., 2012) utilizou o *Childhood Experience of Care and Abuse* (CECA) (Bifulco et al., 1994), um estudo (Vitriol et al., 2009) utilizou a *Scale of Marshall* (Marshall et al., 2000), um estudo (Nemeroff et al., 2003) utilizou o *Childhood Trauma Scale* (CTS) (Nemeroff et al., 2003), 2 estudos (Johnstone et al., 2013; Johnstone et al., 2009) utilizaram o *Parental Bonding Instrument*, (PBI) (Parker et al., 1979) associado com questionário desenvolvido pelos próprios autores e 2 estudos (Sung et al., 2013; Miniati et al., 2010) utilizaram questionários próprios para avaliação das experiências traumáticas na infância e adolescência. Além disso, 3 estudos (Friedman et al., 2012; Kimbrough et al., 2010; Abbass, 2006) não descreveram o instrumento utilizado empregado para avaliação do EP. Tais dados demonstram a diversidade de instrumentos empregados para a avaliação de EP, refletindo no fato dos pesquisadores

terem realizado uma ampla investigação de experiências traumáticas ocorridas na infância, incluindo não só situação de abusos e negligências comumente avaliadas, mas também situações de super-proteção materna e paterna, super-controle parental, bem como relacionamento parental pobre.

A maioria dos estudos utilizou a *Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorders* (SCID-I) (First et al., 1997) para a avaliação do diagnóstico de depressão, totalizando assim 13 estudos (Harkness et al., 2012; Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Douglas & Porter, 2012; Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Zobel et al., 2011; Miniati et al., 2010; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Talbot et al., 2005; Nemeroff et al., 2003; Walker et al., 2000). O segundo instrumento mais utilizado foi o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan et al., 1998), empregado em 2 estudos (Sung et al., 2013; Kaplan & Klinetob, 2000), enquanto que os demais estudos utilizaram instrumentos diversificados, a saber: 1 estudo (Friedman et al., 2012) utilizou o *Self-report Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire* (PDSQ) (Zimmerman & Mattia, 2001), 3 estudos (Johnstone et al., 2013; Kimbrough et al., 2010; Abbass, 2006), realizaram o diagnóstico de depressão através de Entrevista Clínica segundo os critérios do DSM-IV (APA, 2000), um estudo (Talbot et al., 2005) seguiu os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1997) e apenas 1 estudo (Johnstone et al., 2009) não especificou o instrumento utilizado para avaliação do diagnóstico de depressão.

Com relação à avaliação da resposta terapêutica, observamos que a *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) (Hamilton, 1960) foi o instrumento mais utilizado para medição da resposta terapêutica durante o tratamento, com um total de 12 estudos (Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Zobel et al., 2011; Miniati et al., 2010; Vitriol et al., 2009; Nemeroff et al., 2003; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Abbass, 2006; Talbot et al., 2005). A *Montgomery–Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Montgomery & Asberg, 1979) foi utilizada em três estudos (Johnstone et al., 2013; Douglas & Porter, 2012; Johnstone et al., 2009) assim como o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck et al., 1961) foi utilizado em 3 estudos (Smith et al., 2012; Kimbrough et al., 2010; Kaplan & Klinetob, 2000). Os demais estudos utilizaram instrumentos diversificados como critério de resposta terapêutica: 1 estudo (Walker et al., 2000) utilizou a *Symptom Checklist-20* (SCL-20)

(Derogatis et al., 1974), 1 estudo (Gamble et al., 2011) utilizou a *Social Adjustment Scale-Self Report* (SAS-SR) (Weissman & Bothwell, 1976) e 1 estudo (Sung et al., 2013) utilizou o Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician-Rated Self-Rated (QIDS-SR16) (Rush et al., 2003).

Além disso, a maioria dos estudos não realizou avaliação do diagnóstico de transtorno de personalidade, sendo assim um total de 15 estudos (Johnstone et al., 2013; Sung et al., 2013; Douglas & Porter, 2012; Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Gamble et al., 2011; Zobel et al., 2011; Kimbrough et al., 2010; Johnstone et al., 2009; Vitriol et al., 2009; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Talbot et al., 2005; Nemeroff et al., 2003; Walker et al., 2000), uma minoria composta por 4 estudos (Smith et al., 2012; Cort et al., 2012; Talbot et al., 2011; Miniati et al., 2010) utilizaram a *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders* (SCID-II) (Spitzner et al., 1989) e 1 estudo (Kaplan & Klinetob, 2000) utilizou o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) (Butcher et al., 1989). Apenas um estudo (Abbass, 2006) realizou o diagnóstico de transtorno de personalidade através de Entrevista Clínica segundo os critérios do DSM-IV (APA, 2000). Vale mencionar que a investigação de diagnósticos de transtornos de personalidade é de grande importância na temática estudada, pois achados atuais demonstram que pacientes depressivos com história de EP apresentam comorbidades importantes de transtornos de personalidade associadas, especialmente borderline, denotando assim que o prognóstico desses pacientes é desfavorável.

Destaca-se que os artigos selecionados nesta revisão foram divididos em 3 tópicos para aprofundamento da análise de seus resultados e serão apresentados a seguir acordo com esta divisão:

Associação entre estresse precoce e depressão

Neste item foram incluídos 7 estudos (Sung et al., 2013; Friedman et al., 2012; Harkness et al., 2012; Cort et al., 2012; Douglas & Porter, 2012; Kaplan & Klinetob, 2000; Walker et al., 2000), sendo que todos eles demonstraram que o estresse precoce está associado com a depressão na vida adulta. O estudo conduzido por Cort et al. (2012) encontrou associação entre a história de EP e o aparecimento de depressão no

adulto, demonstrando ainda que ter como comorbidade o transtorno de personalidade compromete a redução dos sintomas depressivos durante o tratamento.

Douglas & Porter (2012), realizaram a randomização entre pacientes depressivos não respondedores, respondedores e indivíduos saudáveis, sendo possível observar que pacientes depressivos não respondedores reportavam significativamente traumas mais severos em todos os subtipos de EP de acordo com o CTQ, quando comparados aos pacientes respondedores. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Kaplan & Klinetob (2000), o qual comparou pacientes respondedores e não respondedores, observando que pacientes não respondedores apresentaram escores significativamente mais altos de acordo com o CTQ para o abuso emocional quando comparados ao pacientes respondedores, porém não encontrou associação entre os subtipos de abuso físico e sexual com a depressão no adulto. Nesse sentido, o estudo de Walker et al. (2000), identificou que pacientes depressivos relataram histórias graves de abuso emocional na infância, relatando ainda sinais de isolamento mais graves, típico da depressão.

O estudo de Sung et al. (2013) apresentou resultados sobre a influência dos subtipos de EP, detalhando ainda que pacientes com depressão de início precoce relataram 2 vezes mais histórias de abuso sexual, físico, emocional e negligência na infância do que pacientes com depressão de início tardio. O estudo conduzido por Friedman et al. (2012) detectou que pacientes adultos com histórias de abuso e negligência infantil foram fortemente associado à severidade da depressão.

Já o estudo de Harkness et al. (2012) identificou que os pacientes com EP tiveram um significativo número de episódios prévios depressivos quando comparados aos pacientes sem EP. A tabela a seguir detalha as principais características dos estudos incluídos neste tópico.

Tabela 2- Características dos estudos analisados no grupo Associação entre estresse precoce e depressão

Autor/Ano	Amostra	Avaliação do Diagnóstico de Depressão	Avaliação de EP	Avaliação da Resposta Terapêutica e Gravidade da Depressão	Delineamento	Tempo de Avaliação	Principais Resultados
Sung et al., 2013	N=665 ♀♂	MINI	Questionário próprio	QIDS-SR16	Monoterapia antidepressivo X antidepressivos combinados	12 a 28 semanas do tratamento	Pacientes com depressão de início precoce relataram 2 vezes mais EP do que pacientes com depressão de início tardio
Cort et al., 2012	N=70 ♀	SCID-I	CTQ e TLEQ	HRSD ₁₇ , BDI	IPT X UC	10ª, 24ª e 36ª da avaliação inicial	EP foi associado com depressão no adulto, assim como comorbidade o BPD compromete a redução dos sintomas depressivos durante o tratamento
Douglas & Porter, 2012	N=105 ♀♂	SCID-I	CTQ	MADRS	Pacientes não respondedores X respondedores X controle	5º dia e 6ª semana após a admissão	Pacientes depressivos apresentam sintomas mais severos associados ao EP; observou-se correlação entre a piora dos sintomas na MADRS com a gravidade do ELS; ♀ apresentaram traumas mais severos do que os ♂
Friedman et al., 2012	N=665 ♀♂	PDSQ	Instrumento não descrito no estudo	HRSD ₁₆	Monoterapia antidepressivo vs. antidepressivos combinados	12ª e 28ª semana do tratamento.	EP está fortemente associado à severidade da depressão de pacientes adultos
Harkness et al., 2012	N= 203 ♀♂	SCID-I	CECA	HRSD ₁₆	IPT X CBT X farmacoterapia	12 meses de acompanhamento	Pacientes com EP tiveram um significativo número de episódios prévios depressivos quando comparados aos pacientes sem EP
Kaplan & Klinetob, 2000	N=40 ♀♂	MINI	CTQ, TSI	BDI	Pacientes respondedores X não respondedores	Admissão	Abuso emocional e super-proteção materna foram associados com resposta desfavorável ao antidepressivo em pacientes com depressão moderada-severa
Walker et al., 2000	N= 228 ♀♂	SCID-I	CTQ	SCL-20	Intervenção Multifacetada X UC	Pré-tratamento, 1º, 3º e 6º mês após o tratamento	Pacientes depressivos relataram histórias graves de abuso emocional na infância

Nota: ♀: amostra exclusivamente feminina; ♀♂: amostra composta por ambos os gêneros; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II; BPD: Borderline Personality Disorders; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; CECA: Childhood Experience of Care and Abuse; CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância; EP: Estresse Precoce; HRSD: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; IPT: Interpersonal Psychotherapy; MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; MINI: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; PDSQ: Self-report Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; QIDS-SR16 :16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician-Rated; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorder; SCL-20: Symptom Checklist-20; TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire; RT: Resposta Terapêutica; TSI: Trauma Symptom Inventory; UC: Usual Care.

Influência do estresse precoce na resposta terapêutica de pacientes depressivos

Neste item foram incluídos 10 estudos (Johnstone et al., 2013; Douglas & Porter, 2012; Harkness et al., 2012; Cort et al., 2012; Miniati et al., 2010; Johnstone et al., 2009; Klein et al., 2009; Klein et al., 2008; Nemeroff et al., 2003; Kaplan & Klinetob, 2000) e todos demonstraram evidências científicas que o estresse precoce influencia na resposta terapêutica de pacientes depressivos crônicos. O estudo de Cort et al., 2012 evidenciou que o estresse precoce, transtorno de personalidade borderline, etnia negra e o desemprego comprometeram na redução dos sintomas depressivos e pior resposta terapêutica de pacientes depressivos.

Miniati et al. (2010) também salientou a importância das comorbidades (especialmente transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada) e transtorno de personalidade (*cluster* A e C) em pacientes depressivos com EP. Tais pacientes além de apresentarem mais comorbidades, possuem tempo maior para remissão do quadro depressivo, bem como maior necessidade de combinar abordagens terapêuticas do que entre os pacientes depressivos sem EP. Este autor salientou ainda sobre o papel modulador do abuso emocional na infância entre pacientes depressivos, já que estes apresentaram pior prognóstico da doença, com recaída do quadro depressivo. Nessa mesma direção, Klein et al. (2009) corroborou que não só as múltiplas formas de EP estão associados com a gravidade da depressão, mas também o número de episódios depressivos, histórico de tentativas de suicídio e transtornos de ansiedade ao longo da vida. Este mesmo autor, identificou no seu estudo de 2008 que existem 6 variáveis indicativas de altos escores na HRSD para o paciente depressivo: relação materna pobre, história de abuso sexual na infância, idade avançada, menor escolaridade, comorbidade de transtorno de ansiedade, maior carga familiar para a depressão, destacando assim que o EP é um fator importante para a gravidade do curso clínico da depressão, assim como outras características devem ser consideradas na resposta terapêutica do paciente depressivo.

Harkness et al. (2012) demonstrou que o EP severo prediz risco elevado de recorrência durante o período de acompanhamento por 12 meses após o início do tratamento. Nesse sentido, o estudo de Nemeroff et al. (2003) também evidenciou que a resposta terapêutica do paciente depressivo está associada a ocorrência de vivências

traumáticas na infância, já que o grupo de pacientes com e sem EP diferem significativamente com relação à resposta ao tratamento.

Além disso, os pesquisadores identificaram importantes considerações sobre os subtipos de EP. O estudo de Johnstone et al. (2009) ressaltou que pacientes depressivos com história de negligência parental apresentaram ensaio incompleto da medicação durante o período de 6 semanas. Também foi observado que entre os pacientes que vivenciaram abuso emocional e super-proteção materna na infância apresentaram pobre resposta terapêutica e ainda aqueles que tiveram abuso sexual (especialmente) não prediz resposta terapêutica a nenhum tipo de tratamento. Nesse sentido, outro estudo de Johnstone et al. (2013) demonstrou que pacientes que passaram por cuidado materno e proteção paterna intermediária responderam melhor ao tratamento, indicando assim que experiências de cuidado materno adequado na infância influenciam positivamente na resposta terapêutica. Em contrapartida, segundo os achados deste autor, os subtipos de EP: abuso sexual, emocional e físico não influenciam na resposta ao tratamento de pacientes depressivos. Douglas & Porter (2012) evidenciaram que a severidade dos subtipos de EP está significativamente correlacionada com a pior redução do estado clínico, sugerindo que os subtipos de EP são prejudiciais para o sucesso no tratamento da depressão severa. Além disso, o autor identificou que as mulheres depressivas apresentaram histórias de traumas mais severos do que os homens. Nessa mesma direção, Kaplan & Klinetob (2000) identificaram que o abuso emocional e super-proteção materna estão associados com resposta terapêutica negativa em pacientes com depressão moderada-severa.

A tabela a seguir detalha as principais características dos estudos incluídos neste tópico.

Tabela 3- Características dos estudos analisados no grupo *Influencia do estresse precoce na resposta terapêutica de pacientes depressivos*

Autor/Ano	Amostra	Avaliação do Diagnóstico de Depressão	Avaliação de EP	Avaliação da Resposta Terapêutica e Gravidade da Depressão	Delineamento	Tempo de Avaliação	Principais Resultados
Johnstone et al., 2013	n=177 ♀♂	Entrevista Clínica	PBI e Perguntas abertas	MADRS	IPT ou CBT	16 semanas	Cuidado materno e super-proteção paterna intermediária apresentaram TR, enquanto que abuso sexual, emocional e físico não influenciaram na TR
Cort et al., 2012	N=70 ♀	SCID-I	CTQ e TLEQ	HRSD ₁₇ , BDI	IPT X UC	10ª, 24ª e 36ª semana da avaliação	O EP, BPD como comorbidade, etnia negra e desemprego compromete a redução dos sintomas depressivos e influenciam na TR de pacientes depressivos
Douglas & Porter, 2012	N=105 ♀♂	SCID-I	CTQ	MADRS	Pacientes não respondedores X respondedores X controle	5º dia e 6ª semana após a admissão	Pacientes depressivos apresentam sintomas mais severos associados ao EP; observou-se correlação entre a piora dos sintomas na MADRS com a severidade do EP; ♀ apresentaram traumas mais severos do que os ♂
Harkness et al., 2012	N= 203 ♀♂	SCID-I	CECA	HRSD ₁₆	IPT X CBT X farmacoterapia.	12 meses de acompanhamento	Pacientes depressivos com EP severo apresentam 3.04 vezes mais chance de apresentarem recorrência no seguimento do que os sem ELS
Miniati et al., 2010	N=312 ♀♂	SCID-I	Perguntas abertas	HRSD ₁₇ , QIDS	farmacoterapia X IPT	6ª, 12ª e 20ª semana	Pacientes com EP apresentaram início da depressão mais precoce e duração mais longa da doença, comorbidades psiquiátricas, probabilidade menor de remitir os sintomas e necessidade de aderir abordagens associadas quando comparado aos pacientes sem EP
Johnstone et al., 2009	N= 195 ♀♂	Não específica	PBI e Questionário próprio	MADRS	Ensaio clínico com Fluoxetina X nortriptilina	Pré tratamento, 3ª, 6ª, 9ª, 13ª, 20ª e 26ª semana	Abuso emocional e superproteção materna estão associados com resposta negativa ao antidepressivo em pacientes com depressão moderada-severa. O EP não prediz resposta ao tratamento
Klein et al., 2009	N= 808 ♀♂	SCID-I	MOPS e CTQ	HRSD ₂₄ , IDS-SR; LIFE-RIFT	Ensaio clínico com antidepressivos (Sertralina, escitalopram, bupropiona XL, venlafaxina XR, mirtazapina).	12 semanas	EP, o número de episódios depressivos, histórico de tentativa de suicídio e transtornos de ansiedade estão associados com a gravidade da depressão

Nota: ♀: amostra exclusivamente feminina; ♀♂: amostra composta por ambos os gêneros; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck-II; BPD: Borderline Personality Disorders; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; CECA: Childhood Experience of Care and Abuse; CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância; EP: Estresse Precoce; HRSD: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; IPT: Interpersonal Psychotherapy; MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; MINI: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; PDSQ: Self-report Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire; QIDS-SR16 :16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician-Rated; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorder; SCL-20: Symptom Checklist-20; TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire; RT: Resposta Terapêutica; TSI: Trauma Symptom Inventory; UC: Usual Care.

[illegible]

Abordagem terapêutica para pacientes depressivo com estresse precoce

Neste item foram incluídos 12 estudos (Johnstone et al., 2013; Harkness et al., 2012; Smith et al., 2012; Talbot et al., 2011; Gamble et al., 2011; Zobel et al., 2011; Kimbrough et al., 2010; Vitriol et al., 2009; Klein et al., 2009; Abbass, 2006; Talbot et al., 2005; Nemeroff et al., 2003) e nota-se que houve um consenso entre os autores sobre a eficácia superior do uso de psicoterapias associadas com antidepressivos para pacientes depressivos com EP do que tratamentos isolados, ou seja, uso de antidepressivos ou somente de psicoterapia.

O estudo de Johnstone et al. (2013) realizou a randomização de pacientes depressivos em 3 grupos: grupo 1 recebeu Psicoterapia Interpessoal (IPT, do inglês *Interpersonal Psychotherapy*), grupo 2 recebeu Terapia Cognitiva Comportamental (CBT, do inglês *Cognitive Behavioral Therapy*) e grupo 3 recebeu as duas intervenções combinadas. Este estudo demonstrou que pacientes depressivos com níveis intermediários de cuidado materno e proteção paterna respondem melhor ao tratamento com psicoterapia do IPT. Analisando as duas terapias de maneira independente, o cuidado materno e proteção paterna foram associados com resposta diferencial para IPT e não para CBT. Dessa forma, esses resultados demonstraram ainda que o efeito da proteção paterna na resposta ao tratamento do paciente depressivo está relacionado com o tipo de tratamento que o paciente recebe.

Nessa mesma direção, observamos 3 estudos que empregaram metodologia semelhante para analisar a eficácia terapêutica para o paciente depressivo com EP. Smith et al. (2012), Talbot et al. (2011) e Gamble et al. (2011) realizaram a randomização dos pacientes depressivos com EP entre IPT e Tratamento Padrão (UC, do inglês *Usual Care*), dessa forma observamos um consenso entre os 2 primeiros estudos no que diz respeito a eficácia superior da IPT comparada a UC na redução dos sintomas depressivos avaliados através das escalas de gravidade da sintomatologia (HRSD e BDI) de pacientes depressivos com EP. Além disso, enfatizaram que pacientes com EP apresentaram melhoras significativas dos sintomas depressivos com a IPT, embora ao final do tratamento os pacientes estivessem sintomáticos, com médias dos escores de depressão permanecendo alta. Já o estudo de Gamble et al. (2011) demonstrou que os pacientes depressivos com EP apresentaram melhora significativa em diferentes áreas do funcionamento social (exceto nos relacionamentos com

familiares e parceiro íntimo), independente da abordagem empregada, ressaltando ainda que tais pacientes apresentaram remissão dos sintomas após o tratamento.

Em contrapartida, o estudo de Zobel et al. (2011) randomizou os pacientes para receber combinação de psicoterapia do tipo IPT com o uso de antidepressivo, comparando com o uso isolado de medicação com manejo clínico. Tal estudo evidenciou que houve uma redução nos escores da HRSD quando os pacientes depressivos foram tratados com abordagem associada. O autor também evidenciou que os pacientes avaliados dentro do período de 5 anos apresentaram pior prognóstico da doença, onde 60% deles continuavam a utilizar antidepressivos e 19% receberam psicoterapia. Já Harkness et al. (2012) randomizou 3 grupos de pacientes depressivos para receber psicoterapia do tipo IPT, um segundo grupo que recebeu psicoterapia do tipo CBT, e o terceiro grupo que foi tratado com diferentes antidepressivos. Os resultados deste estudo demonstraram que os pacientes depressivos com EP apresentam resposta significativa para o tratamento com antidepressivos, assim como para a CBT, enquanto que os pacientes sem EP responderam a IPT. Além disso, o autor evidenciou que 12% dos pacientes que completaram o tratamento apresentaram recorrência do quadro depressivo, indicando que os pacientes respondedores ao tratamento, situações de trauma precoce severas prediz risco elevado de recorrência durante o período de 12 de meses de acompanhamento.

Tal resultado difere da pesquisa conduzida por Nemeroff et al. (2003), a qual randomizou pacientes depressivos para receber antidepressivo (nefazodona), comparando com um grupo submetido ao Sistema de Psicoterapia Analítico Cognitivo-Comportamental (CBASP, do inglês *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*), ou seja combinação de CBT e IPT e um terceiro grupo que recebeu combinação das duas abordagens. O autor evidenciou que pacientes depressivos crônicos com EP apresentaram melhor resposta terapêutica para a farmacoterapia associada à psicoterapia do que tratamento isolado, apresentando ainda remissão dos sintomas após o tratamento, quando comparado aos pacientes sem EP que responderam melhor ao tratamento farmacológico. Quando receberam o tratamento isolado a psicoterapia mostrou ser mais eficaz do que o antidepressivo para pacientes com depressão crônica e com estresse precoce (Nemeroff et al., 2003).

A pesquisa conduzida por Vitriol et al. (2009) realizou randomização dos pacientes para receber Psicoterapia Dinâmica Breve (BPP, do inglês *Brief Psychodynamic Psychotherapy*) comparando ao tratamento padrão (UC). Foi comprovado que o grupo de pacientes depressivos com EP que receberam psicoterapia do tipo BPP apresentaram melhoras significativas nos sintomas depressivos, segundo escores da HRSD, apresentando ainda melhoras nos sintomas de estresse, na função social e relacionamento interpessoal, de acordo com a escala *Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45)* (Lambert et al., 2011), amplamente utilizada para mensuração do progresso do cliente na psicoterapia. O autor ratificou que embora o tratamento com a BPP demonstrou ser mais eficaz, 61% dos pacientes que receberam a intervenção demonstrou mínima resposta clínica, após o período de 6 meses de acompanhamento, justificando que tal prognóstico desfavorável possa estar associado com a cronicidade da depressão e com a comorbidade de TEPT dos pacientes depressivos com EP inseridos no estudo. Já o estudo de Klein et al. (2009) realizou um ensaio clínico medicamentoso com pacientes depressivos durante 12 semanas e evidenciou que histórias de estresse precoce, especialmente supercontrole parental, abuso e negligência estão associados com formas crônicas de depressão maior, predizendo menor probabilidade de remissão dos sintomas depressivos. Além disso, estes pacientes apresentaram pior resposta ao tratamento medicamentoso.

Interessante notar que 3 estudos (Kimbrough et al., 2010; Abbass, 2006; Talbot et al., 2005) não realizam a comparação de diferentes abordagens terapêuticas. O estudo de Kimbrough et al. (2010) realizou intervenção através de meditação associada com visita domiciliar. Foi evidenciado que essa intervenção proporcionou redução dos sintomas depressivos segundo os escores do BDI, apesar dos escores da sintomatologia depressiva ter aumentado durante a 24ª semana, a melhora se manteve significativa, sugerindo que a estratégia para manutenção é necessária. Já o estudo conduzido por Talbot et al. (2005) demonstrou que mulheres depressivas com história de EP submetidas a IPT, experimentaram um significativo declínio nos sintomas depressivos de acordo com a HRSD e BDI. Entretanto, a avaliação no período de 36 semanas após o início do tratamento, evidenciou que os pacientes não apresentaram melhoras significativas no funcionamento social, aumento nos níveis residuais de depressão e que a adesão ao tratamento foi a principal barreira afetada, dificultando para o

estabelecimento de uma resposta terapêutica favorável. E o estudo de Abbass, 2006, no qual pacientes depressivos com EP foram submetidos à Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo (ISTDP, do inglês *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*), o autor demonstrou ser indicada uma quantidade mínima de 12 sessões de ISTDP para pacientes depressivos com EP, além disso, tais pacientes apresentaram remissão dos sintomas após o tratamento com essa abordagem. A tabela a seguir detalha as principais características dos estudos incluídos neste tópico.

Tabela 4- Características dos estudos analisados no grupo *Abordagem terapêutica para pacientes depressivos com estresse precoce*

Autor/Ano	Amostra	Avaliação do Diagnóstico de Depressão	Avaliação de EP	Avaliação da Resposta Terapêutica e Gravidade da Depressão	Delineamento	Tempo de Avaliação	Principais Resultados
Johnstone et al., 2013	n=177 ♀♂	Entrevista Clínica	PBI e Perguntas abertas	MADRS	IPT ou CBT	16 semanas	Pacientes depressivos com níveis intermediários de cuidado materno e proteção paterna respondem melhor a IPT do que a CBT
Harkness et al., 2012	N= 203 ♀♂	SCID-I	CECA	HRSD ₁₆	IPT X CBT X farmacoterapia	12 meses de acompanhamento	Pacientes depressivos com EP apresentam TR significativa para farmacoterapia e CBT, já os pacientes sem EP responderam a IPT
Smith et al., 2012	N=70 ♀	SCID-I	LES	BDI, WAI, ECR	IPT X UC	Pré tratamento, 10ª, 24ª e 36ª semana	Pacientes que receberam IPT tiveram maior redução nos sintomas depressivos, quando comparados aos pacientes que receberam UC
Gamble et al., 2011	N=69 ♀	SCID-I	LES	SAS-SR	IPT X UC	Pré tratamento, 10ª, 24ª e 36ª semana	Independente do tipo de tratamento recebido, os pacientes apresentaram melhoras significativas em diferentes áreas do funcionamento social
Talbot et al., 2011	N=70 ♀	SCID-I	CTQ e TLEQ	HRSD ₁₇ , BDI, PTSD, SAS-SR, MOS SF-36	IPT X UC	Pré tratamento, 10ª, 24ª e 36ª semana.	Pacientes depressivas com história de abuso sexual tratadas com IPT mostraram maior redução nos sintomas depressivos (de acordo com a HRSD) e sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático
Zobel et al., 2011	N=93 ♀♂	SCID-I	CTQ	HRSD ₁₇ , BDI, GAF, THI	IPT e farmacoterapia X Farmacoterapia e manejo clínico	Admissão, 5ª semana, 3ª, 12ª e 75ª meses após o tratamento	Pacientes com EP respondem melhor a abordagem associada de IPT e farmacoterapia
Kimbrough et al., 2010	N=27 ♀♂	Entrevista Clínica	Instrumento não descrito no estudo	BDI, BSI, MAAS	Meditação e visita domiciliar	Admissão, 4ª 8ª e 24ª semana	Pacientes depressivos com EP apresentaram redução dos sintomas depressivos segundo o BDI durante o período de seguimento

Nota: ♀: amostra exclusivamente feminina; ♀♂: amostra composta por ambos os gêneros; BDI: Beck Depression Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; BPP: Brief Psychodynamic Psychotherapy; CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; CECA: Childhood Experience of Care and Abuse; CGI-S: Clinical Global Index-Severity Scale; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; CTS: Childhood Trauma Scale; ECR: Experiences in Close Relationships Scale; EP: Estresse Precoce; GAF: Global Assessment of Functioning; Scale; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; IDS-SR: Inventory of Depressive Symptoms self-report; IPT: Interpersonal Psychotherapy; ISTDP: Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy; LES: Life Experience Scale; LIFE-RIFT: Longitudinal Interval Follow-up Evaluation Range of Impaired Functioning Tool; MADRS: Montgomery–Asberg Depression Rating Scale; MOPS: Measure of Parental Style; MOS-SF-36: Medical Outcomes Study Short Form-36; OQ-45.2: Outcome Questionnaire-45.2; PBI: Parental Bonding Instrument; PTO 8: Post-traumatic stress treatment Outcome scale; PTSD Symptom Scale–Self Report; SAS-SR: Social Adjustment Scale–Self Report; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorder; SF-36: Medical Outcome Survey-36; THI: Treatment History Inventory; TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire; TR: Treatment Response; UC: Usual Care; WAI: Working Alliance Inventory.

Continuação tabela 4- Características dos estudos analisados no grupo *Abordagem terapêutica para pacientes depressivos com estresse precoce*

Autor/Ano	Amostra	Avaliação do Diagnóstico de Depressão	Avaliação de EP	Avaliação da Resposta Terapêutica e Gravidade da Depressão	Delineamento	Tempo de Avaliação	Principais Resultados
Klein et al., 2009	N= 808 ♀♂	SCID-I	MOPS e CTQ	HRSD ₂₄ , IDS-SR; LIFE-RIFT	Ensaio clínico com antidepressivo (sertralina, escitalopram, bupropiona XL, venlafaxina XR, mirtazapina)	12 semanas	Diferentes subtipos de EP estão associados com pior TR medicamentoso
Vitriol et al., 2009	N=87 ♀	Entrevista Clínica	Scale of Marshall	HRSD, OQ-45.2; PTO-8	BPP X UC	Pré tratamento, 3º e 6º mês após o início do tratamento	Pacientes que receberam a PDB apresentaram melhoras significativas nos sintomas depressivos de acordo com a HRSD
Abbass, 2006	N=10 ♀♂	Entrevista Clínica	Instrumento não descrito no estudo	HRSD ₁₇ , CGI-S, BSI	ISTDP	A cada 4 semanas do tratamento, na alta e no acompanhamento	Mínimo de 12 sessões de psicoterapia ISTDP para pacientes com Depressão Resistente ao tratamento e EP apresentarem TR
Talbot et al., 2005	N=25 ♀	SCID-I	CTQ e TLEQ	HRSD, BDI, SF-36, SAS-SR	IPT	Pré tratamento, 10ª, 24ª e 36ª semana	Melhora dos sintomas depressivos e no funcionamento psicossocial
Nemeroff et al., 2003	N=681 ♀♂	SCID-I	CTS	HRSD ₂₄	Nefazodona X CBASP X combinação das duas abordagens	12 semanas	Pacientes depressivos crônicos com EP apresentaram melhor resposta terapêutica para a farmacoterapia associada a psicoterapia CBASP do que tratamento isolado

Nota: ♀: amostra exclusivamente feminina; ♀♂: amostra composta por ambos os gêneros; BDI: Beck Depression Inventory; BSI: Brief Symptom Inventory; BPP: Brief Psychodynamic Psychotherapy; CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; CBT: Cognitive Behavioral Therapy; CECA: Childhood Experience of Care and Abuse; CGI-S: Clinical Global Index-Severity Scale; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; CTS: Childhood Trauma Scale; ECR: Experiences in Close Relationships Scale; ELS: Estresse Precoce; GAF: Global Assessment of Functioning; Scale; HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression; IDS-SR: Inventory of Depressive Symptoms self-report; IPT: Interpersonal Psychotherapy; ISTDP: Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy; LES: Life Experience Scale; LIFE-RIFT: Longitudinal Interval Follow-up Evaluation Range of Impaired Functioning Tool; MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MOPS: Measure of Parental Style; MOS-SF-36: Medical Outcomes Study Short Form-36; OQ-45.2: Outcome Questionnaire-45.2; PBI: Parental Bonding Instrument; PTO 8: Post-traumatic stress treatment Outcome scale; PTSD Symptom Scale-Self Report; SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self Report; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-axis I disorder; SF-36: Medical Outcome Survey-36; THI: Treatment History Inventory; TLEQ: Traumatic Life Events Questionnaire; TR: Treatment Response; UC: Usual Care; WAI: Working Alliance Inventory.

Discussão

As projeções atuais indicam que em 2020 a depressão será a segunda maior causa de prejuízo global em indivíduos de todos os gêneros e idades. No entanto, atualmente esta projeção já se tornou realidade entre as pessoas com idade entre 15-44 anos de ambos os gêneros, reforçando assim o marcante prejuízo psicossocial e o comprometimento em todas as esferas da saúde do indivíduo (Fleck et al., 2009; Any-woan et al., 2006; WHO, 2001).

Observa-se, portanto que o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo são vitais para diminuir os prejuízos da depressão na vida do indivíduo. Entretanto pouco se tem avançado em novos tratamentos e na busca de uma melhor compreensão da fisiopatogenia da depressão, especialmente quando a depressão está associada com histórias graves de estresse precoce.

A influência do estresse precoce no curso da depressão pode ser mediado por efeitos de longo prazo da adversidade no desenvolvimento do sistema de resposta ao estresse, demonstrando que adultos com história de trauma exibem aumento na reatividade neuroendócrina (Heim et al., 2000), além de pior resposta da depressão relacionanda aos eventos de vida (Kendler et al., 2002; Piccoloto et al., 2000) .

Considerando que múltiplos aspectos devem ser analisados por profissionais de saúde mental, bem como que as estratégias terapêuticas empregadas para o tratamento da depressão são mediadas pelas diferenças entre os subtipos de transtorno depressivo, a identificação de fatores preditores da resposta terapêutica e a compreensão de abordagens terapêuticas eficazes para pacientes depressivos com estresse precoce tornam-se necessárias para o estabelecimento de um diagnóstico precoce e tratamento efetivo objetivando a diminuição dos prejuízos da depressão na vida do indivíduo, da família e da comunidade (Del Porto et al., 2009; Fleck et al., 2009; Keller, 2003; Juruena, 2001; Souery et al., 1999).

Nesse contexto, o conjunto dos resultados descritos nesta revisão contribui para a prática clínica dos profissionais da saúde indicando que a depressão está associada com histórias graves de traumas na infância, entre elas, abusos e negligências, merecendo destaque para as situações de superproteção materna e paterna, as quais possuem poucas investigações sobre os efeitos lesivos a longo prazo no desencadeamento de transtornos psiquiátricos no adulto, como a depressão. Ressalta-se que a principal contribuição desta revisão se refere à influência dos subtipos de EP, especialmente o abuso emocional e sexual, a negligência parental e a super-proteção materna na resposta terapêutica de pacientes depressivos. Tais pacientes apresentam menor aderência ao tratamento farmacológico, pior resposta ao antidepressivo, menor redução dos sintomas depressivos

e recorrência de novos episódios depressivos. Destaque especial para o subtipo de EP, abuso emocional, pois este desempenhou influência constante no desfecho negativo da resposta terapêutica de pacientes depressivos.

Importante destacar ainda que os 21 estudos incluídos utilizaram diferentes instrumentos para avaliação de EP, demonstrando a complexidade do tema investigado, bem como chamando a atenção para a variedade de subtipos de Estresse Precoce investigados no meio acadêmico e portanto, a necessidade da utilização de instrumentos padronizados e consagrados na literatura, a fim de ter um maior controle metodológico dos estudos. Ressalta-se que nesta revisão, uma parcela minoritária de estudos não utilizou instrumentos padronizados para avaliação de estresse precoce, reforçando assim os achados dos seus estudos.

A literatura científica tem demonstrado que a remissão dos sintomas depressivos demonstra ser um parâmetro para a resposta terapêutica do paciente depressivo, sendo a utilização de escalas psicométricas a estratégia de mensuração de tal resposta (Piccoloto et al., 2000; Tavares & Jurueña, 2001). Entende-se por resposta terapêutica quando o paciente depressivo atinge a diminuição dos sintomas depressivos e/ou a adquire funcionalidade para executar suas atividades cotidianas, ou ainda recebe a alta hospitalar, sendo que ela pode ser avaliada através de escalas que quantificam de gravidade da sintomatologia depressiva. Assim, os achados dos estudos incluídos nesta revisão contribuem enfatizando que o estresse precoce é um fator moderador na resposta terapêutica de pacientes depressivos. Cabendo salientar que pacientes depressivos com EP apresentam resposta terapêutica menos favorável do que pacientes sem graves traumas na infância (Johnstone et al., 2009; Kaplan & Klinetob, 2000).

Além disso, a análise detalhada dos estudos selecionados evidenciou ainda que além das experiências traumáticas na infância, outros fatores devem ser considerados ao analisar o desfecho desfavorável dos pacientes, tais como comorbidades psiquiátricas, especialmente transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de personalidade borderline, assim como presença de ideação suicida, histórico familiar de depressão, isolamento social e menor escolaridade.

Considerando que a depressão é uma doença sistêmica, onde os fatores ambientais exercem grande influencia no desfecho da resposta terapêutica do paciente depressivo, a revisão sistemática pode contribuir indicando que as abordagens combinadas, que realizam a associação entre psicoterapia e farmacoterapia parecem apresentar eficácia superior para pacientes depressivos

crônicos com EP. Entretanto, ressalta-se que ainda existem divergências entre os pesquisadores sobre tais abordagens.

Na presente revisão foram incluídos estudos que empregaram diferentes abordagens terapêuticas, no entanto, a temática investigativa é atual e apresentam delineamentos diversificados, entre elas: Psicoterapia Interpessoal, Psicoterapia Cognitiva Comportamental, Sistema de Psicoterapia Analítico Cognitivo-Comportamental, Psicoterapia Dinâmica Breve, Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo e Meditação combinada com Visita Domiciliar, assim como diferentes classes de antidepressivos evidenciando que a comunidade científica têm procurado compreender o efeito potencializador que o EP exerce para no desfecho de pacientes depressivos.

É importante ressaltar que de acordo com a prática baseada em evidências, a intervenção para pacientes depressivos dentro dos princípios da Terapia Ocupacional pode ser feita através da Terapia Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Interpessoal (Dopheide, 2006). As evidências atuais também apontam que as atividades de lazer são recursos relevantes para diminuir os sintomas depressivos, melhorar o bem-estar e gerenciamento das atividades cotidianas de um modo geral dos sujeitos (Babyak et al., 2000; Fine, 2001). No entanto, até o presente momento não foram encontradas evidências científicas da terapia ocupacional especificamente para pacientes depressivos com estresse precoce, reforçando assim a importância deste estudo.

Vale mencionar ainda que a maioria dos estudos selecionados ressaltou ser pioneiro dentro da especificidade estudada, demonstrando assim que a temática investigativa é recente e de extrema relevância para a compreensão das relações causais entre estresse precoce, depressão, resposta e abordagem terapêutica de pacientes depressivos crônicos.

Importante ainda frisar que os estudos empregaram instrumentos consagrados na literatura para avaliação da resposta terapêutica dos pacientes depressivos com história de estresse precoce, embora foram utilizados diferentes instrumentos e versões diversificados demonstrando assim a necessidade de unificação de instrumentos padronização na literatura científica para pacientes depressivos, tais como a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HRSD) e a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS).

Além disso, embora a maioria dos estudos demonstraram redução dos sintomas depressivos dos pacientes com EP a partir das abordagens terapêuticas empregadas, nota-se que uma parcela significativa não remitiu a sintomatologia no período de acompanhamento do estudo. Tais dados podem ser explicados pelo fato das amostras serem constituídas por pacientes com depressão crônica, com seqüelas graves de traumas na infância, importantes comorbidades psiquiátricas,

predispondo assim para uma pior resposta terapêutica, dificultando assim o prognóstico. Além disso, as taxas de recaídas podem ser explicadas pela utilização de psicoterapias de intervenções breves, sugerindo a necessidade de desenvolvimento de abordagens mais complexas para o paciente depressivo com EP.

Destaca-se que não foram encontrados estudos de revisão sistemática acerca da complexa interação entre depressão, estresse precoce e resposta terapêutica, sendo esta a primeira revisão publicada no Brasil. Os achados do nosso estudo contribuem para a atuação clínica de todos profissionais na área da saúde, enfatizando ainda a necessidade de novas abordagens terapêuticas para pacientes depressivos com história de EP. Ademais, este estudo indica que pacientes depressivos crônicos que vivenciaram situações traumáticas na infância compõem um grupo de indivíduos mais responsivos a intervenções psicossociais.

Dessa maneira, a identificação dos principais preditores da resposta terapêutica torna-se relevante no desfecho favorável do paciente depressivo com EP, compreendendo que as situações de traumas precoces devem ser consideradas como um importante preditor da resposta terapêutica e na escolha adequada de tratamento para o paciente depressivo com EP.

Assim, ressalta-se que a depressão não pode ser compreendida apenas pela ótica de experiências traumáticas na infância. Elenca-se a necessidade de novas pesquisas para identificação dos fatores preditores da resposta terapêutica de pacientes depressivos com história de estresse precoce.

Estudo 2

4. Estudo 2- Relação entre os Subtipos de Estresse Precoce na Vida Adulta de Pacientes Psiquiátricos Tratados em um Programa de Semi-Internação Psiquiátrica.

Introdução

Estudos recentes têm examinado o efeito do estresse nas fases iniciais do desenvolvimento de indivíduos, demonstrando que quando o estresse ocorre precocemente, pode levar a “cicatrices biológicas” e psicológicas ao longo da vida (Teicher, 2002).

A literatura científica denomina de Estresse Precoce (EP) uma variedade de experiências traumáticas que podem ocorrer durante a infância e adolescência, como abusos, negligências, perda parental, divórcio dos pais, cuidadores com transtornos psiquiátricos, doenças infantis envolvendo hospitalizações prolongadas, falta de cuidados básicos, abandono, privação de comida ou abrigo adequado, falta de encorajamento ou suporte, bem como violência familiar (Johnstone et al., 2013; Bandelow et al., 2005; Bernstein et al., 2003; Zavaschi, 2002).

Diversos estudos têm investigado o efeito agravante e mantenedor do EP no desencadeamento de transtornos psiquiátricos no adulto. Estudos fundamentais como os de Collishaw et al. (2007), Anda et al. (2006), Heim et al. (2004), Teicher et al. (2003), Edwards et al. (2003), Kessler et al. (1997), Mullen et al. (1996) evidenciaram o impacto futuro dos traumas precoces na saúde mental. A revisão sistemática conduzida por Martins et al. (2011) demonstrou que a exposição individual a adversidades na infância e adolescência é fator preditivo de transtornos psiquiátricos na idade adulta, tais como: Depressão e Transtorno de Personalidade Borderline. Nesta mesma direção, outra revisão sistemática com ótimo impacto na literatura, avaliou a associação entre os subtipos de EP com transtornos psiquiátricos no adulto, encontrando que o abuso físico, sexual e negligência inespecífica são associados com Transtornos de Humor e de Ansiedade, enquanto que o abuso emocional é associado com Transtornos de Personalidade e Esquizofrenia, bem como que a negligência física é associada com os Transtornos de Personalidade (Carr et al., 2013).

Em consonância, os estudos de Wingefeld et al, 2011; Martins et al., 2011; Gibb et al., 2007, Gibb et al., 2003 mostraram que o abuso emocional está associado com sintomas depressivos no adulto. Além disso, a literatura científica indica que é comum a co-ocorrência de abuso ou negligência, sendo difícil ocorrer um único subtipo de EP, de modo que a incidência pode variar cerca de 40% a 95% das amostras estudadas (Berzenski & Yates, 2011; Higgins & McCabe, 2000). O estudo de Chartier et al. (2010), demonstrou que entre os pacientes psiquiátricos com EP, 37%

deles tinha relatado a ocorrência de mais de um subtipo de EP. O estudo de Felitti et al. (1998) evidenciou que indivíduos que vivenciaram situações de adversidade infantil, a probabilidade de ter experimentado mais de um subtipo de EP situa-se em torno de 80% aproximadamente.

De acordo com Hahm et al. (2010), a co-ocorrência de subtipos de EP é uma medida importante da gravidade de psicopatologia, uma vez que vários estudos estão enfatizando a relação entre a co-ocorrência de EP com o aumento da severidade dos sintomas psiquiátricos. Nesta mesma direção, dada a importância do estresse no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, recentemente o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-5), incluiu entre as suas classificações uma categoria específica para o diagnóstico de Transtornos Relacionados a Traumas e Estressores (APA, 2014).

Assim, os pesquisadores também apontam para a necessidade de analisar como o estresse desencadeia e interage com psicopatologia, mostrando que este aumenta o risco para depressão, ocasionando a suscetibilidade para ocorrência de diferentes tipos de estresse (Wingenfeld et al., 2011).

De acordo com Heim e Nemeroff (2001), as crianças expostas a experiências traumáticas na infância têm um risco aumentado para o desenvolvimento de depressão. A sensibilização persistente dos circuitos do sistema nervoso central, que são integralmente envolvidos na regulação de tensão e emoção, como consequência do EP, podem representar os substratos biológicos subjacentes a uma maior vulnerabilidade ao estresse posterior, predispondo estes indivíduos a desenvolver uma ampla gama de transtornos mentais e físicos que são conhecidos por expressar ou piorar a relação com o estresse agudo. O estresse intenso provoca um efeito adverso importante na vida de uma pessoa, afetando não só a saúde mental, mas a saúde física, a cognição e o desempenho ocupacional em atividades diárias (Cruz et al., 2007; Heim & Nemeroff, 2001).

Outra consequência importante do EP está relacionada com o aumento de tentativas de suicídio em indivíduos com transtornos psiquiátricos que sofreram EP. Vários estudos têm sugerido uma associação entre EP e aumento suicídio na idade adulta (Tunnard et al., 2014; Ford et al, 2011; Sesar et al, 2008; Arrata et al., 2007; Mullen et al., 1996, Briere & Runtz, 1988). O estudo de Sfoggia et al. (2008), demonstrou que adultos com história de abuso e negligência grave tiveram mais tentativas de suicídio do que aqueles que não relataram EP. Também na pesquisa realizada por Brown et al. (1999) foi encontrado dados importantes, em que as vítimas de abuso sexual possuem 8 vezes mais probabilidade de cometer suicídio. Assim, o presente estudo objetivou analisar a

relação entre os subtipos de estresse precoce de pacientes psiquiátricos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em Hospital Dia. Também foram investigadas as chances de ocorrência de depressão de acordo com as características sociodemográficas e clínicas desta amostra.

Métodos

Amostra e Desenho do Estudo

A amostra foi composta por 81 pacientes psiquiátricos tratados no Hospital Dia, unidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD do HC-FMRP-USP). Os critérios de inclusão do estudo foram: pacientes com transtorno psiquiátrico confirmado de acordo com o Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000), em acompanhamento no HD do HC-FMRP-USP, com idade entre 18-65 anos.

Foram excluídos os pacientes com alguma doença física significativa em fase aguda, transtornos mentais causados por uma condição médica geral ou resultante do efeito fisiológico direto de uma substância, Transtornos Relacionados a Substâncias, retardo mental, pacientes em surto psicótico agudo, déficits cognitivos, doenças neurológicas progressivas e degenerativas.

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Participantes foram informados sobre que o objetivo deste estudo era investigar a associação entre estresse precoce e transtornos psiquiátricos na vida adulta. Em seguida, o termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido de todos os pacientes e os questionários inseridos neste estudo foram aplicados.

Dados sócio-demográficos e clínicos

Características sociodemográficas e clínicas (idade, gênero, prática religiosa, histórico familiar de transtorno psiquiátrico, tentativa de suicídio, entre outros) foram obtidas através da administração de um questionário sociodemográfico desenvolvido pelos pesquisadores. Foi avaliada ainda a gravidade da desesperança com a Escala de Desesperança de Beck (BHS; Beck et al., 1974). Este é um questionário de auto-preenchimento com 20 questões do tipo verdadeiro-falso

desenvolvido para avaliar a extensão de crenças positivas e negativas sobre o futuro. A versão em português foi traduzida e adaptada por Cunha (2001).

Avaliação do Diagnóstico Psiquiátrico

A avaliação do diagnóstico psiquiátrico foi conduzida usando a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI; Sheehan et al., 1998), versão em português traduzida e adaptada por Amorim (2000). A MINI é uma entrevista estruturada breve desenvolvida para avaliar critérios diagnósticos da maioria dos transtornos psiquiátricos classificados no DSM-IV e CID-10.

Existe uma versão chamada MINI PLUS, destina-se a avaliação do diagnóstico psiquiátrico principal ao longo da vida, na pesquisa e clínica, e explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e exclusão e a cronologia (início e duração da doença, número de episódios) (Amorim, 2000). Todos os pacientes foram avaliados por dois psiquiatras (MFJ; CVWB) treinados e certificados para utilizar as entrevistas padronizadas. Os entrevistadores tinham longa experiência na administração de entrevistas padronizadas.

Subtipos de Estresse Precoce

Os subtipos de estresse precoce foram avaliados usando o Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 1994). O CTQ é um questionário de auto-preenchimento retrospectivo que investiga a história de abuso e negligência durante a infância e pode ser aplicado na adolescência (a partir de 12 anos) e adulto, onde o respondedor gradua a frequência de 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância. O CTQ avalia 5 subtipos de estresse precoce:

- ❖ Abuso Emocional: agressões verbais e ameaças que afetam o bem estar e a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma
- ❖ Abuso Físico: agressões físicas cometida por alguém mais velho, acarretando lesões corporais e que podem chegar ao homicídio.
- ❖ Abuso Sexual: qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre uma criança e alguém que está em posição de poder e confiança sobre a vítima.
- ❖ Negligência Emocional: falha do cuidador ao fornecer as necessidades básicas emocionais e psicológicas como: amor, motivação e o suporte.

- ❖ **Negligência Física:** quando os pais ou responsáveis falham na alimentação e vestuário, não atendendo as necessidades básicas, como: moradia, segurança, supervisão e saúde (Bernstein et al., 2003).

Os itens do CTQ são classificados em uma escala likert que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. O ponto de corte para o estresse precoce e seus subtipos (abuso emocional, físico e sexual e negligência emocional e física) foi definido quando pelo menos uma dessas experiência antes dos 18 anos de idade for classificada como *moderado-severo* ou *severo-extremo* de acordo com a classificação no CTQ, proposto pela maioria dos autores da área do trauma infantil (Carpenter et al., 2007; Bernstein et al., 2003; 1997, 1994). A versão em português foi traduzida e adaptada por Grassi-Oliveira et al. (2006).

Análises Estatísticas

A análise de regressão logística múltipla foi conduzida pelo programa estatístico Stata 9 para testar a relação entre depressão e abuso emocional, sendo controlada as variáveis independentes.

A análise univariada da depressão foi realizada com cada uma das variáveis analisadas independentemente. Aquelas com $p < 0.30$ ou que são relevantes na literatura foram incluídos no modelo múltiplo usando o método Stepwise Forward, quando a associação entre depressão e abuso emocional na infância foi ajustada para todas as variáveis independentes.

Permaneceram para a análise das variáveis com $p < 0.20$ ou aquelas que se ajustaram as variáveis dependentes. Também foi utilizado o Qui-quadrado para a análise da ocorrência de subtipos de estresse precoce e o teste t de Student para análise dos escores CTQ.

Resultados

Os participantes eram predominantemente mulheres (72.8%), com idade inferior a 40 anos de idade, relatando ter prática religiosa (86.5%) e com histórico de transtorno psiquiátrico na família (77.0%).

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, 54% dos pacientes atendidos no hospital tinham depressão, seguido de transtorno bipolar (21%). Outros diagnósticos avaliados foram: transtornos de ansiedade (12.3%), esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (6.2%), transtornos alimentares (3.7%), transtornos dissociativos (1.2%) e transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local (1.2%). Não foram incluídos pacientes com diagnóstico de transtorno por abuso de

substâncias na amostra porque o Hospital Dia não admite pacientes com este diagnóstico. Maiores detalhes podem ser encontrados na tabela 5.

Tabela 5 – Características sócio-demográficas e clínicas da amostra

Variável	n (%)
	n=81 (100%)
Gênero	
Masculino	22 (27.2)
Feminino	59 (72.8)
Grupos de Idade	
< 29 anos	22 (27.2)
30-39 anos	22 (27.2)
40-49 anos	29 (35.8)
>50 anos	8 (9.8)
Prática Religiosa	64 (86.5)
Estado Civil	
Com parceiro	41 (50.6)
Sem parceiro	40 (49.4)
Suicídio	54 (66.7)
Histórico Familiar de Doença Psiquiátrica	57 (77.0)
Transtorno Depressivo	44 (54.3)

Os dados relacionados aos subtipos de estresse precoce são apresentados na tabela 6. Nota-se que houve uma alta prevalência de abuso emocional na infância entre os pacientes, enquanto que o abuso sexual teve uma menor ocorrência.

Tabela 6- Escores do CTQ e ocorrência dos subtipos de estresse precoce entre os pacientes

Variável	n (%)	p (X²)	Escore CTQ, média ± e.p.m.	p (t)
Abuso Emocional		<0.001		<0.001
Não	35 (43.2)		8.26 (±0.40)	
Sim	46 (56.8)		16.7 (±0.68)	
Abuso Físico		<0.001		<0.001
Não	49 (60.5)		5.60 (±0.22)	
Sim	32 (39.5)		11.96 (±0.80)	
Abuso Sexual		<0.001		<0.001
Não	59 (72.8)		5.04 (±0.04)	
Sim	22 (27.2)		9.25 (±0.84)	
Negligência Emocional		<0.001		<0.001
Não	44 (54.3)		9.43 (±0.59)	
Sim	37 (45.7)		16.32 (±0.68)	
Negligência Física		<0.001		<0.001
Não	42 (51.9)		6.43 (±0.31)	
Sim	39 (48.2)		11.79 (±0.53)	

Nota: e.p.m: erro padrão da média; CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância; X²: teste qui-quadrado.

Nesta população, a depressão foi associada com o abuso emocional e o abuso sexual, com consideráveis diferenças estatísticas significantes. No entanto, a relação com negligência física, embora não significativa, também pode ser considerada, porque mostrou um p-valor baixo.

Estes dados indicam que a ocorrência de depressão na idade adulta está relacionada a situações de abuso emocional, abuso sexual e negligência física durante a infância.

Tabela 7 – Relação entre depressão e subtipos de estresse precoce entre os pacientes

Variável	Depressão		<i>p</i>
	Não 37 (45.7%)	Sim 44 (54.3%)	
Abuso Emocional			0.002
Não	53 (65.7)	28 (34.3)	
Sim	25 (30.4)	56 (69.6)	
Abuso Físico			0.23
Não	41 (51.1)	40 (48.9)	
Sim	30 (37.5)	51 (62.5)	
Abuso Sexual			0.01
Não	44 (54.2)	37 (45.8)	
Sim	18 (22.7)	63 (77.3)	
Negligência Emocional			0.19
Não	42 (52.3)	39 (47.7)	
Sim	31 (37.8)	50 (62.2)	
Negligência Física			0.08
Não	44 (54.8)	37 (45.2)	
Sim	29 (35.9)	52 (64.1)	

A análise das chances de ocorrência de depressão de acordo com as características sociodemográficas e clínicas mostrou que as mulheres estão mais expostas em comparação com os homens. Além disso, também foi observado um aumento de cerca de 4 vezes maior na chance de ter depressão entre pessoas que sofreram abuso emocional ou sexual na infância ou que relataram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida. Os pacientes com alto nível de desesperança também mostraram uma maior chance de apresentar depressão (Tabela 8).

Tabela 8 – Regressão Logística Univariada entre Depressão e Abuso Emocional entre os Pacientes

Variável	Odds Ratio (IC 95%)	p
Gênero		0.14
Masculino	1	
Feminino	2.11 (0.78 - 5.71)	
Grupos de Idade		
< 29 anos	1	
30-39 anos	1.73 (0.53 - 5.82)	0.36
40-49 anos	2.74 (0.87 - 8.61)	0.08
>50 anos	1.44 (0.28 - 7.34)	0.65
Prática Religiosa		0.31
Sim	1	
Não	1.24 (0.32 - 4.83)	
Estado civil		0.90
Com parceiro	1	
Sem parceiro	1.05 (0.44 - 2.53)	
Histórico Familiar de Transtorno Psiquiátrico		0.45
Não	1	
Sim	0.65 (0.21 - 1.99)	
Abuso Emocional		0.002
Não	1	
Sim	4.38 (1.71 - 11.2)	
Abuso Sexual		0.01
Não	1	
Sim	4.03 (1.31 - 12.36)	
Tentativa de Suicídio		0.009
Não	1	
Sim	3.68 (1.39 - 9.77)	
Desesperança (BHS)		0.01
Desesperança Normal ou Suave	1	
Desesperança Moderada/Grave	3.07 (1.20 - 7.87)	

Nota: IC: intervalo de confiança do teste estatístico

Na regressão bivariada, os pacientes com história de abuso emocional na infância tinham uma prevalência 4.38 maior de apresentarem depressão em comparação com aqueles sem história de trauma emocional. Nos modelos seguintes, após ajustes das variáveis sociodemográficas e clínicas, a magnitude da razão de chances diminuiu, embora a prevalência ainda permaneceu 3.23 vezes maior no grupo de pacientes expostos ao abuso emocional na infância ($p=0.031$).

Tabela 9- Análise de Regressão Logística Múltipla entre Depressão e Abuso Emocional entre pacientes.

Modelo	Abuso Emocional OR (IC 95%)		<i>p</i>
	Não	Sim	
Modelo Bruto	Referência	4.38 (1.71 – 11.20)	0.002
Modelo 2	Referência	4.04 (1.54 – 10.55)	0.004
Modelo 3	Referência	3.84 (1.40 – 10.55)	0.009
Modelo 4	Referência	3.71 (1.31 – 10.47)	0.013
Modelo 5	Referência	3.23 (1.11 – 9.38)	0.031

Modelo Bruto: Transtorno Depressivo + Abuso Emocional
Modelo 2 Modelo Bruto + Gênero
Modelo 3 Modelo 2 + Histórico de Transtorno Psiquiátrico
Modelo 4 Modelo 3 + Tentativa de Suicídio
Modelo 5 Modelo 4 + Desesperança

Discussão

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, os transtornos psiquiátricos são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações no humor, no pensamento, nas emoções e no comportamento associados com angústia pessoal e/ou funcionamento deficiente (APA, 2014). Além disso, ocasionam marcantes prejuízos para desempenhar atividades no âmbito pessoal, social, familiar e ocupacional (OMS, 1993).

Os transtornos mentais são frequentes na população, originando alto custo social e econômico, já que causam incapacitações graves elevando assim a demanda nos serviços de saúde (Santos & Siqueira, 2010). Um estudo da Organização Mundial da Saúde demonstrou que dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de transtornos mentais na população adulta entre 15-59 anos, merecendo destaque para os transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos de humor (OMS, 2000).

A depressão é um dos transtornos mentais mais comuns, com estimativas variando em torno 16% na população em algum momento da vida. A Organização Mundial da Saúde reconheceu que ela é uma das psicopatologias que ocasionam maior comprometimento e sofrimento mental, sendo considerada um problema de saúde pública (Lacerda et al., 2009). Por esse motivo, faz-se necessário a identificação dos fatores etiológicos para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes a fim de minimizar os efeitos nocivos de tal condição psicopatológica.

A literatura científica vem apontando que os fatores estressores na infância, denominados de estresse precoce, estão intimamente ligados ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos no adulto (McLaughlin et al., 2010; Collishaw et al., 2007). Entre os subtipos de estresse precoce, o abuso emocional vem sendo estudado em diversas pesquisas, demonstrado que o mesmo parece estar associado com o desenvolvimento de transtornos de depressivos na vida adulta (Shapero et al., 2014; Brietzke et al., 2012; Norman et al., 2012; Seok et al., 2012; Wingefeld et al., 2011; Gibb et al., 2007). O estudo conduzido por Martins et al. (2014) com amostra brasileira evidenciou que o abuso emocional está intimamente relacionado com a depressão. Nessa mesma direção, o estudo realizado por Pinto et al. (2015), com amostra portuguesa também demonstrou, a partir de análises de regressão logística e linear que as adversidades na infância e adolescência esclarecem em torno de 6% dos sintomas depressivos e aumenta o risco de tentativas de suicídio em torno de 1818 vezes. Em nosso estudo foi evidenciado uma porcentagem em torno de 70% de pacientes depressivos com abuso emocional e a partir dos resultados da análise de regressão encontrou-se uma razão de chances de 4.38 vezes de ocorrência de depressão em pacientes com abuso emocional na infância, demonstrando assim a importância deste subtipo de estresse precoce como gatilho para desencadear o transtorno depressivo. O abuso emocional muitas vezes se torna imperceptível por parte dos profissionais da saúde e educação devido sua invisibilidade e discrição, no entanto é de extrema relevância o seu reconhecimento a fim de prevenir sequelas futuras.

Além disso, na nossa investigação, encontramos um predomínio de pacientes depressivos do gênero feminino (72.8%) e a partir da análise de regressão logística múltipla foi evidenciado que pacientes com abuso emocional na infância do gênero feminino possuem uma razão de chances de ocorrência de 4.04 vezes em desenvolver depressão, corroborando assim as evidências da literatura científica. De acordo com os estudos de Fleck et al. (2009) e Kessler et al. (2005) há uma relação de duas mulheres deprimidas para um homem, a partir da adolescência, prevalência esta explicada por multifatores, merecendo destaque os fatores neuroendócrinos e femininos. As mudanças hormonais

ocorridas em diferentes etapas do desenvolvimento da mulher, ou seja, período pré-menstrual, gravidez e período perimenopausal indicam para a associação entre a depressão e o gênero feminino (Baptista et al., 1999). A pesquisa conduzida por Weissman & Klerman (1977) foi pioneira nesta associação sendo notadamente importante para outros pesquisadores ampliarem a compreensão da etiologia para a maior prevalência da depressão nas mulheres quando comparados aos homens. Além disso, estudos evidenciam que os homens tendem a apresentar estratégias de enfrentamento à depressão exteriorizados, tais como consumo de álcool e drogas, enquanto que as mulheres internalizam os sintomas, expressando a tristeza a partir de isolamento social, choros e retraimento emocional, sintomas característicos do quadro sintomatológico depressivo (Parker & Wilhelm, 1995; Windle, 1992). Outros estudos apontam que as mulheres possuem problemas relacionados à sensação de bem-estar, desempenho do papel social, bem como abuso físico e sexual na infância, enquanto que os homens estão envolvidos com o uso abusivo de álcool e drogas, sendo este comportamento um disparador também para a tentativa de suicídio (Soares & Bueno, 2011).

Outro resultado de grande evidência científica diz respeito à associação entre depressão e histórico familiar de transtorno psiquiátrico. Em nossa pesquisa, 77% dos pacientes tinham histórico familiar de transtornos psiquiátricos e a partir da análise de regressão, evidenciamos que pacientes com abuso emocional, do gênero feminino e com história de transtorno mental na família possuem uma razão de chances de 3.84 vezes mais em desenvolver depressão. Este resultado corrobora os achados da literatura, já que o risco de depressão aumenta 2 a 3 vezes em familiares de primeiro grau de indivíduos com depressão maior quando comparados a pessoas saudáveis (Kaplan & Sadock, 1999; Klerman & Weissman, 1989). Frota-Pessoa (1990) enfatiza que um indivíduo que tem um parente em primeiro grau com depressão, corre um risco de 15% a 23% de vir a ter a mesma doença. Paprocki (1990) refere que a prevalência de depressão nos filhos de pessoas deprimidas é de 5% a 12% a mais que na população geral. Ademais o histórico familiar positivo é indicativo de pior evolução no tratamento psiquiátrico (Nierenberg et al., 2007; Levinson, 2006; Baptista, 2004).

Na metanálise de Sullivan et al. (2000) foi visto uma razão de chances de 2.84 vezes em pacientes depressivos com histórico familiar de depressão, quando comparados com indivíduos sem o histórico familiar. Tal influência genética se torna mais evidente quando se analisa o período de aparecimento da doença e o número de episódios, já que os familiares de indivíduos com depressão recorrente e início precoce apresentam taxa de 17.4% enquanto que os parentes de indivíduos com

único episódio depressivo e de início tardio apresentam taxas de 3.4% (Bland et al., 1986). Vale mencionar que a predisposição genética e a interação com o meio ambiente é um aspecto individual, portanto irá depender da combinação entre a genética e o meio ambiente para a pessoa apresentar ou não a depressão (Caspi et al., 2003; Kendler & Gardner, 2001).

Estudos consagrados e atuais também evidenciam uma associação potencial entre a depressão e o suicídio, sendo que o comportamento impulsivo e a agressividade são indícios importantes nesta associação (McGirr et al., 2007a; McGirr et al., 2007b; Dumais et al., 2005; Turecki, 2005; Brent et al., 2004). Pesquisas conduzidas por grandes centros epidemiológicos nos Estados Unidos, Canadá e China ratificam que a depressão é a principal entidade nosológica associada com ideação, tentativa e planos suicidas (Chachamovich et al., 2009). Um estudo evidenciou que, apesar da metade das pessoas deprimidas que cometeram o suicídio estar sob tratamento psiquiátrico, a minoria estava recebendo tratamento apropriado para depressão. Ademais, este estudo demonstrou que o fato de ser homem dificulta a resposta terapêutica, já que os homens procuram menos ajuda especializada, consequentemente os índices de diagnóstico de depressão em homens são menores e que estes aderem menos aos tratamentos (Isometsa et al., 1994).

Kessler et al. (2005) avaliaram a proporção entre depressão maior e ideação, planejamento, tentativa e gestos suicidas nos anos de 1990-1992, sendo tal pesquisa repetida após uma década; os achados deste estudo mantiveram-se semelhantes, demonstrando assim uma estabilidade temporal da associação entre depressão e suicídio. Além disso, a pesquisa conduzida por da Silva et al. (2006) demonstrou uma razão de chance de 4.4 vezes entre ideação suicida e humor deprimido. Nosso estudo está de acordo com as evidências científicas, já que mais de 70% da amostra tinha histórico de tentativa de suicídio; ademais a partir da análise estatística foi evidenciado que pacientes com abuso emocional na infância, do gênero feminino, com histórico de transtorno mental na família e com tentativa de suicídio possuem uma razão de chances de ocorrência de 3.71 vezes de desenvolver depressão. Nesse sentido, Tunnard et al. (2014) evidenciou um aumento de chances de ocorrência de 2.78 vezes de pacientes depressivos com estresse precoce (sem especificar o subtipo de estresse precoce) cometerem o suicídio. O estudo de Barbosa et al. (2014) especificou que o abuso emocional é o subtipo de estresse precoce que mais elevou as chances de ocorrência de suicídio. No entanto, diferente dos nossos achados, outro estudo como a coorte com 3017

indivíduos conduzida por Brezo et al. (2007) encontrou uma razão de chances de 6.8 vezes entre abuso sexual na infância e suicídio.

Outro ponto interessante identificado no nosso estudo foi a associação entre depressão e desesperança. De acordo com a teoria de Aaron Beck, a depressão resultaria de pensamentos e crenças distorcidas, onde há uma visão negativa com relação ao futuro, gerando grande desesperança em relação à própria vida (Beck, 1997). Além disso, a desesperança está intimamente associada à ideação suicida, sendo que a incidência do suicídio em pessoas deprimidas é de 15% (Dattilio et al., 2004). Leahy (2006) aponta que o estresse é uma fonte primária de ativação de pensamentos distorcidos em deprimidos, nesse sentido o processo de reestruturação cognitiva irá colaborar para prevenir a presença de humor deprimido, apatia, cansaço entre outras alterações fisiológicas presentes na depressão (Bhar et al., 2008; Beck 1984). Dessa forma, os resultados do nosso estudo parecem confirmar estes achados da literatura demonstrando que pacientes com abuso emocional na infância, do gênero feminino, com histórico de transtornos mentais e tentativas de suicídio e desesperança possuem 3.23 mais chances em desenvolver depressão.

É importante enfatizar que nosso estudo apresenta uma limitação metodológica com relação à investigação isolada do estresse precoce na influência de transtornos psiquiátricos no adulto, de modo que seria necessário avaliar o também o estresse de vida atual. A depressão é uma doença complexa, sendo explicada pela interação do genótipo que inclui a hereditariedade, do ambiente vivido na infância, o qual pode ser marcado por possíveis traumas, temperamento que dá ao indivíduo a capacidade de lidar com o ambiente e a resiliência de alguns indivíduos, que pode explicar diferentes tipos de resposta aos mesmos eventos estressantes (Mello et al., 2007).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde capacitada para auxiliar as pessoas com problemáticas de ordem psíquica a viverem em sua plenitude. Para Terapeutas Ocupacionais, uma vida plena significa o engajamento nas atividades que a pessoa quer e precisa fazer, não importa qual lesão, doença, condição, deficiência, estilo de vida, ou ambiente se coloque no caminho. As atividades humanas do dia-dia são denominadas como ocupações, e elas são os blocos de construção da saúde física, psicológica, emocional e espiritual (University of Southern California – USA). Assim, faz-se o desenvolvimento de novas pesquisas que possam contribuir para ampliar a compreensão mais ampla da doença depressiva e as possibilidades de intervenção dos profissionais da saúde, dentre eles o terapeuta ocupacional.

Estudo 3

5. Estudo 3- Impacto do Estresse Precoce no Desempenho Ocupacional e na Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos de Pacientes Depressivos Adultos.

Introdução

A violência é um tema que acompanha a evolução da civilização humana desde seus primórdios. Ela é considerada um fenômeno complexo, multidimensional que merece atenção e punição daqueles que cometeram tal ato violento (Almeida, 2010). Para Freud, a sociedade surgiu a partir do assassinato do pai da tribo primitiva, sendo assim um ato de violência fundamental na estruturação do psiquismo e da civilização (Freud, 1996).

Frequentemente as situações de violência estão associadas a traumas, ou seja, um choque intenso capaz de romper a barreira protetora do ego, acarretando em perturbações duradouras na estrutura psíquica. Entretanto, Freud atribuiu duas consequências ao trauma psíquico, sendo um caracterizado por aquele tipo de trauma que organiza o ego, permitindo através de eventos sucessivos, repetí-los, rememorá-los e elaborá-los. O segundo tipo de trauma, considerado negativo, seria aquele que se torna um obstáculo para o desenvolvimento do psiquismo, ocasionando uma desorganização devastadora (Freud, 1976).

De acordo com a teoria psicanalítica, o psiquismo seria estruturado através das relações primitivas do bebê com seus pais, desempenhando assim papel decisivo no enfrentamento das sequelas dos eventos traumáticos (Freud, 1976). Nesse mesmo sentido, a teoria do apego de John Bowlby fundamenta que o apego entre a mãe e o bebê é uma das interações mais importantes no desenvolvimento infantil, pois esta relação se desenvolve através do sentimento de segurança. Em contrapartida as interações negativas de maus tratos emocionais entre os pais e a criança levam a um conjunto de crenças negativas e expectativas sobre os outros baseados em sentimentos de autossacrifício, vergonha e vulnerabilidade ao dano, sendo gatilhos para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos posteriores (Bowlby, 1982).

As consequências dos maus tratos infantis tomaram um dimensionamento maior a partir das últimas décadas (UNICEF, 2012) e embora aconteceram importantes avanços científicos na compreensão dos efeitos maléficos para a saúde mental destas crianças e adolescentes, este tema apresenta-se um desafio para os profissionais da saúde, da educação, do direito e demais disciplinas.

Estima-se que anualmente cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram algum tipo de maus tratos (WHO, 2003). No Brasil, 18 mil crianças e adolescentes são espancadas diariamente,

sendo que de 20% dos casos de violência, apenas um é denunciado, em torno de 10% das crianças são levadas a algum serviço de emergência, 5% delas falecem nas mãos dos agressores e 35% são gravemente maltratadas novamente. Ademais, de acordo com o Ministério da Saúde, tais agressões físicas constituem a primeira causa de morte na faixa etária de 0 a 19 anos de idade (UNICEF, 2003; Oliveira et al., 2003). Além disso, a literatura científica aponta que a incidência de múltiplos tipos de maus tratos pode variar em torno de 40% a 95% da amostra de pacientes psiquiátricos adultos que passaram por traumas na infância (Berzenski & Yates, 2011; Higgins & McCabe, 2000).

No Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período de maio de 2009 a julho de 2010, o tipo de violência mais frequente entre as crianças atendidas foram o abuso sexual intrafamiliar (16.3%), a perda de familiar por assassinato (14.3%) e a violência doméstica do casal presenciada pelos filhos (14.3%) (Fiks & Mello, 2011). No estudo de Weber & Brandenburg (2005), foi evidenciado alta correlação entre estilo parental negligente e a depressão em crianças. Ademais, a pesquisa conduzida por Moskina et al. (2007) estudou a relação entre trauma na infância, idade de início da depressão e traços de personalidade com 324 adultos depressivos unipolares recorrente e encontrou que em torno de 80% dos entrevistados relataram história de abusos e/ou negligências.

Vale mencionar que há evidências científicas de que as situações de abusos e negligências infantis são mais frequentes em países em desenvolvimento, devido aos fatores culturais e econômicos (Krug et al., 2002). A exemplo de duas metanálises publicadas recentemente que evidenciaram altas taxas de prevalência de abuso sexual infantil na África e Austrália, enquanto que as menores taxas do abuso sexual apareceram nos países europeus e asiáticos (Stoltenborg et al., 2011; Pereda et al., 2009). Apesar de tais dados alarmantes, sabe-se que as notificações sobre maus tratos infantis ainda são escassas, havendo a necessidade de treinamento dos profissionais da saúde, da educação e de diferentes especialidades que atuam com crianças e adolescentes (Fallon et al., 2010).

Cabe ainda ressaltar que a literatura científica enfatiza que o caráter intergeracional da violência pode ser explicado por três principais teorias: a primeira refere-se à teoria da aprendizagem social, de forma que a resolução de conflitos interpessoais é mediada pela violência, já que este foi o comportamento aprendido na infância (Bandura, 1978). Além disso, existe a compreensão de que o componente biológico da agressividade é herdado geneticamente (Muller et

al., 1995) e a terceira teoria explica a importância da interação do meio ambiente com a genética (Kaufman & Zigler, 1987). Somado a isto, os estudos apontam que crianças abusadas possuem maior probabilidade de serem abusadores na idade adulta (Tondowski et al., 2014). No entanto, nenhuma teoria isolada é capaz de elucidar as causas da intergeracionalidade da violência, pois esta é melhor compreendida por multifatores (Belsky, 1980).

Devido ao impacto negativo na saúde mental das crianças e adolescentes que vivenciaram algum tipo de violência, atualmente há um número crescente de pesquisas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento sobre os efeitos nocivos das experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência, denominadas de estresse precoce. No Brasil, os estudos sobre o impacto do estresse precoce na saúde mental de pacientes psiquiátricos adultos surgiram recentemente a partir das pesquisas conduzidas por Mario Juruena, Marcelo Feijó de Melo, Rodrigo Grassi-Oliveira, Maria Lucrécia Zavaschi, Silvia Koller, Marilda Lipp e seus colaboradores, entre outros pesquisadores.

De acordo com Bernstein et al. (2003) existem 5 subtipos de Estresse Precoce que são caracterizados por: abuso emocional: agressões verbais e ameaças que afetam o bem estar e a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma; abuso físico: agressões físicas cometida por alguém mais velho, acarretando lesões corporais e que podem chegar ao homicídio; abuso sexual: qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre uma criança e alguém que está em posição de poder e confiança sobre a vítima; negligência emocional: falha do cuidador ao fornecer as necessidades básicas emocionais e psicológicas como: amor, motivação e o suporte e a negligência física: quando os pais ou responsáveis falham na alimentação e vestuário, não atendendo as necessidades básicas, como: moradia, segurança, supervisão e saúde (Bernstein et al., 2003). Ainda se caracteriza como estresse precoce: a morte dos pais ou substitutos, as privações materna ou paterna por abandono, separações ou divórcio, transtorno psiquiátrico dos pais e abandonos (Bandelow et al., 2005; Zavaschi et al., 2002). Ademais, a literatura científica aponta que mais de 30% dos transtornos psiquiátricos no adulto estão associados diretamente a ocorrência de estresse precoce, evidenciando assim que essas experiências têm um impacto cumulativo sobre a saúde mental (Benjet et al., 2010; McLaughlin et al., 2010). O estudo conduzido por Martins et al., (2014) com amostra brasileira detectou que em torno de 70% dos pacientes depressivos tinham história de abuso emocional na infância ou adolescência.

As investigações científicas indicam que a ocorrência de estresse precoce predispõe ao desencadear de diversos transtornos psiquiátricos, especialmente de transtornos depressivos,

aumenta à gravidade dos sintomas psiquiátricos, de modo especial o risco de suicídio, bem como influencia negativamente na resposta terapêutica dos pacientes (Tunnard et al., 2014; Douglas & Porter, 2012; Saveanu & Nemeroff, 2012; McLaughlin et al., 2010; Fergusson et al., 2002; Kendler et al., 2002; Wise et al., 2001; Heim & Nemeroff, 2001; Juruena, 2007).

Sabe-se que a depressão caracteriza-se por uma doença psiquiátrica heterogênea, multifatorial, de curso crônico e recorrente, frequentemente relacionada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física (Fleck et al., 2009). Além disso, há perda significativa no interesse para a execução de tarefas consideradas essenciais, o que de certa maneira limita a execução de suas atividades e bem estar (Juruena, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de 150 milhões de pessoas possuem comprometimentos significativos no desempenho de suas atividades diárias e na saúde de um modo geral em decorrência da depressão (WHO, 2010). Portanto, uma das áreas afetadas pela depressão diz respeito ao desempenho ocupacional, conceito utilizado pelos terapeutas ocupacionais para designar a habilidade dos indivíduos para manter uma rotina diária, desempenhar papéis ocupacionais, sociais e tarefas que possuem como objetivo a automanutenção, a produtividade e o lazer, executadas de modo satisfatório e apropriado para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do sujeito (Kubota et al., 2014; Motizuki et al., 2014). Assim, quando há um prejuízo no desempenho ocupacional desencadeado pela sintomatologia da depressão, em especial a anedonia, falta de energia, perda da produtividade, diminuição da interação social, a terapia ocupacional torna-se essencial para o tratamento de pacientes com transtornos mentais, incluindo a depressão (Dossett & Stone, 2011). A terapia ocupacional realiza suas intervenções através da oferta de atividades significativas para o paciente depressivo para promover a saúde ocupacional e habilitar tais pessoas para se engajar em suas tarefas e papéis ocupacionais (Francisco, 1988).

Devido à alta prevalência da depressão e a necessidade de uma compreensão mais aprofundada sobre os fatores etiológicos, identificação dos endofenótipos de vulnerabilidade, bem como sobre as abordagens terapêuticas mais eficazes para a depressão, o presente estudo objetivou avaliar o impacto do estresse precoce na gravidade dos sintomas psiquiátricos e no desempenho ocupacional de pacientes depressivos adultos.

Métodos

Contexto do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) com pacientes depressivos que estavam em atendimento no Hospital Dia (HD), no Ambulatório de Transtornos do Humor (PQH) e no Serviço de Assistência Médica e Social de Pessoal (SAMSP).

Desenho do Estudo

Estudo transversal, a partir de uma avaliação quantitativa e qualitativa da história de vida psiquiátrica, clínica e do desempenho ocupacional de pacientes depressivos.

Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi realizado com noventa e um ($n=91$) pacientes depressivos, divididos em dois grupos: sessenta e dois ($n=62$; 73.4%) pacientes com Estresse Precoce e vinte e cinco ($n=25$; 29.6%) pacientes sem Estresse Precoce, sendo avaliados durante o período de julho de 2012 a dezembro de 2015. A avaliação do estresse precoce foi realizada através do Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ). Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de episódio depressivo atual, incluindo Transtornos Depressivos Unipolares e Bipolares, de acordo com os critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas associadas ao diagnóstico principal, com pontuação na Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁) ≥ 16 , ou seja, pacientes depressivos com gravidade do quadro variando de moderada a grave (Hamilton, 1960). Todos os pacientes foram avaliados clinicamente quanto à presença de comorbidades, transtornos físicos, condições médicas gerais e estilo de vida. Foram excluídos pacientes com transtornos mentais causados por uma condição médica geral ou resultantes de efeito fisiológico direto de uma substância, abuso ou dependência de substâncias. Além disso, pacientes com retardo mental, déficits cognitivos, doença neurológica progressiva e degenerativa ou ainda em episódio psicótico agudo também foram excluídos, já que poderiam prejudicar a compreensão dos instrumentos de avaliação adotados neste estudo.

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e clínico

Questionário desenvolvido pelos pesquisadores para avaliação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes depressivos inseridos no estudo.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI-Plus) (Sheehan et al., 1998)

A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias (Amorim, 2000). Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. No nosso estudo utilizamos a versão MINI-Plus por esta se destinar à avaliação mais aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida e explorar sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início, duração dos transtornos e número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (Amorim, 2000). A versão brasileira é denominada de Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versão brasileira 5.0.0, traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000), sendo sua versão original de Sheehan et al. (1998).

Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID Hamilton Depression Rating Scale – GRID-HAM-D₂₁) (DRSST, 2003)

A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtornos do humor (Hamilton, 1960). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando a pontuação entre 0 a 2 ou de 0 a 4 (Gorenstein e Moreno, 2011). Embora este instrumento seja considerada padrão-ouro na avaliação de gravidade da depressão, a literatura tem mostrado, ao longo dos anos, que há falhas nesse instrumento, principalmente relacionadas à baixa confiabilidade interavaliadores, em decorrência da falta de um modelo de entrevista e da dificuldade de padronização na pontuação (Snaith, 1996; Williams, 2001; Bagby et al., 2004). Nesse sentido, em 2003 foi criada a GRID-HAM-D (DRSST, 2003), com o intuito de conferir melhorias na HAM-D, no sentido de fornecer ao avaliador dimensões de intensidade e frequência independentemente para cada item da escala, permitindo assim uma padronização na aplicação da escala e uma maior

confiabilidade interavaliadores na pontuação dos itens, sem que seja necessário o desenvolvimento de uma nova escala (Iannuzzo et al., 2006; Willians et al., 2008). Por este motivo, em nosso estudo optamos por utilizar a versão modificada da HAM-D, a GRID-HAM-D de 21 itens traduzida e adaptada para o português por Henrique-Araújo et al. (2014).

Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) (Bernstein et al., 2003)

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) foi elaborado por Bernstein et al. (1994) para investigar história de abuso e negligência durante a infância, podendo ser aplicado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância.

É uma entrevista retrospectiva, autoaplicável que avalia 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física (Grassi-Oliveira et al., 2006; Seganfredo et al., 2009). Os itens do CTQ são classificados em uma escala Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. Segundo o proposto por Bernstein et al. (2003), indivíduos que apresentam escores de *Moderado-Severo* ou *Severo-Extremo*, em qualquer um dos subtipos, são considerados com estresse precoce. Neste sentido, indivíduos sem estresse precoce são aqueles que apresentam escores classificados como *Nenhum-Mínimo* ou *Leve-Moderado*, em todos os subtipos de estresse precoce (Grassi-Oliveira et al., 2014; Carpenter et al., 2007; Bernstein et al., 2003; 1997;1994).

Inventário de Depressão de Beck II (Beck Depression Inventory – BDI-II) (Beck et al., 1996)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck et al. (1961) para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. É um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas (Beck et al. 1996). O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala (Giavoni et al., 2008). Neste estudo utilizamos a versão mais recente do BDI, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) traduzido e adaptado para o português por Gorenstein et al. (2011), tendo em conta os estudos de validação realizados por Gomes-Oliveira et al. (2012).

Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI) (Beck et al., 1988a)

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento desenvolvido para avaliar a severidade dos sintomas de ansiedade. É constituído por 21 itens que inclui os principais sintomas cognitivos, afetivos e fisiológicos de ansiedade, sendo de fácil e rápida administração, ela descreve sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente é perguntado o quanto ele (a) foram incomodado por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63 (Cunha, 2001). Em nosso estudo foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck traduzido e adaptado para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1988a).

Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale - BHS) (Beck et al., 1974)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS) é um instrumento estruturado de autoadministração, composto por afirmativas que avaliam o grau de desesperança do paciente (mede atitudes negativas referentes ao futuro e seu grau de pessimismo) (Cunha, 2001). É uma escala dicotômica (certo e errado) e seus itens são pontuados em 0 ou 1, com um intervalo de pontuação de 0-20, onde a soma de seus itens individuais resulta em um escore total, a partir do qual se classifica a desesperança em nível mínimo, leve, moderado ou grave (Cunha, 2001). Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Desesperança de Beck traduzida e adaptada para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1974).

Escala de Ideação Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation - BSI) (Beck et al., 1988b)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) foi construída para abordar o tema do pensamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos. A BSI é composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 3, onde seu escore varia de 0-38, de forma que a pontuação total produz um escore de gravidade. Não existe um corte dicotômico para definição de alto risco, mas as contagens altas indicam um maior risco de ideação suicida e os itens individuais podem ser usados como subsídios para ideação suicida ativa, ideação suicida passiva e tentativas de suicídio anteriores. No entanto, é calculada apenas a soma dos pontos para os primeiros 19 itens, não possuindo ponto de corte. Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) traduzida e adaptada para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1988b).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)- Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) (Zigmond & Snaith, 1983)

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) é um instrumento de auto-preenchimento para avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em contextos hospitalares (Botega et al., 1995). Ela possui 14 questões do tipo múltipla escolha, sendo que os itens podem ser pontuados de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada subescala. De acordo com Zigmond & Snaith (1983), pontuação maior ou igual a nove pontos caracterizam pacientes com depressão e com ansiedade. Em nosso estudo foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão traduzida e adaptada para o português por Botega et al. (1995), sendo sua versão original de Zigmond & Snaith (1983).

Escala de Impulsividade de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale BIS-11) (Patton et al., 1995)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) é um instrumento de auto-preenchimento para avaliar as dimensões da impulsividade amplamente definida como o “agir sem pensar”. A BIS-11 é constituído por 30 itens, é uma escala do tipo likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos, (Malloy-Diniz et al., 2010). Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) traduzida e adaptada para o português por Diemen et al. (2007), sendo sua versão original de Patton et. al. (1995).

Medida Canadense do Desempenho Ocupacional- COPM (Canadian Occupational Performance Measure) (Law et al., 1990)

A Medida Canadense do Desempenho Ocupacional é uma entrevista semi-estruturada, individualizada, que objetiva quantificar a auto-percepção do cliente no desempenho ocupacional. O seu enfoque está direcionado para as áreas do desempenho, especificamente as atividades de vida diária, produtividade e lazer (Sumsion, 2003). A administração da COPM é realizada em 4 etapas : 1ª) identificação dos problemas do desempenho ocupacional; 2ª) quantificação da importância da atividade em termos de relevância para a vida do cliente, sendo que a importância é quantificada numa escala de 1-10 pontos; 3ª) cálculo do escore e planejamento da intervenção e implementação; 4ª) reavaliação e juntamente com o cliente análise de problemas novos ou remanescentes de

desempenho ocupacional. O escore obtido reflete a percepção do paciente em relação ao seu próprio desempenho e auxilia na definição de prioridades para o processo terapêutico. No nosso estudo será utilizada a versão traduzida para o português por Magalhães et al. (2009), sendo sua versão original de Law et al. (1990).

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, onde foram feitos cálculos de estatística descritiva, como frequência simples, porcentagens, médias, erro padrão da média ($\pm epm$). A comparação dos dados não paramétricos foi realizada através do teste do qui-quadrado (χ^2) e para os dados paramétricos utilizamos o teste *t* de Student não pareado. As correlações entre a gravidade do estresse precoce, a sintomatologia psiquiátrica e o do desempenho ocupacional foram examinadas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson*. Vale mencionar que a classificação para os graus de coeficiente de correlação utilizada em nosso estudo foi a proposta por Dancey & Reidy (2006), sendo considerado os seguintes valores: 0.1 a 0.3= fraca; 0.4 a 0.6= moderada; 0.7 a 0.9= forte; 1= perfeito. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$.

Resultados

Características sócio-demográficas da amostra geral

O estudo foi composto por uma amostra geral de 91 pacientes em episódio depressivo atual, que estavam em atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Na tabela a seguir estão demonstradas as características sócio-demográficas dos pacientes avaliados durante o período de fevereiro de 2012 a dezembro de 2015.

Tabela 10- Características sócio-demográficas da amostra geral

	<i>n=91 (100%)</i>
Gênero, <i>n</i> (%)	
Feminino	74 (81.3)
Masculino	17 (18.7)
Idade, anos ($\pm epm$)	
	41.02 (± 1.1)
Cor, <i>n</i> (%)	
Branco(a)	52 (57.1)
Pardo(a)	31 (34.1)
Negro(a)	6 (6.6)
Amarelo(a)	2 (2.2)
Escolaridade, <i>n</i> (%)	
EFI	22 (24.2)
EFC	10 (11.0)
EMI	3 (3.3)
EMC	26 (28.6)
ESI	14 (15.4)
ESC	16 (17.6)
Religião, <i>n</i> (%)	
	76 (83.5)
Estado Civil, <i>n</i> (%)	
Solteiro(a)	27 (29.7)
Casado(a)/Amasiado(a)	37 (40.7)
Separado(a)/Divorciado(a)/ Desquitado(a)	23 (25.3)
Viúvos(a)	4 (4.4)
Reside, <i>n</i> (%)	
Sozinho(a)	13 (14.3)
Família Originária	31 (34.1)
Família Conjugal	46 (50.5)
Cuidador/Amigos/Outros	1 (1.1)
Filhos, <i>n</i> (%)	
	64 (70.3)
Trabalho, <i>n</i> (%)	
Ativo	11 (12.1)
Inativo	80 (87.9)
Nota: EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo. <i>epm</i> : erro padrão da média.	

Na amostra, houve um predomínio de indivíduos do sexo feminino (81.3%), sendo que a média da idade da amostra geral foi de 41.05 (± 1.15) anos. Com relação à cor, identificamos na amostra, um predomínio da cor branca (57.1%), já com relação à escolaridade encontramos um predomínio de pacientes com Ensino Médio Completo (EMC), que corresponde a 28.6% da amostra geral deste estudo.

No que diz respeito à religião 83.5% da amostra é adepto a alguma crença religiosa. Com relação ao estado civil 40.7% da amostra são casados (as)/amasiados (as), 50.5% residem com a família conjugal, 70.3% possuem filhos e 87.9% estão atualmente inativos em seus trabalhos.

A tabela a seguir demonstra as características clínicas da amostra inserida neste estudo:

Tabela 11- Características clínicas da amostra geral

	<i>n=91 (100%)</i>
Diagnóstico Principal, <i>n</i> (%)	
Depressão Unipolar	65 (71.4)
Depressão Bipolar	26 (28.6)
Idade de início da doença, média ($\pm epm$)	28.6 (± 1.4)
Idade do episódio depressivo atual, média ($\pm epm$)	41.0 (± 1.1)
Duração da doença, média, ($\pm epm$)	12.7 (± 1.3)
Doenças Clínicas, <i>n</i> (%)	61 (67.0)
Tabagismo, <i>n</i> (%)	17 (18.7)
Etilismo, <i>n</i> (%)	5 (5.5)
Uso de Drogas Ilícitas, <i>n</i> (%)	2 (2.2)
Tentativas de Suicídio, <i>n</i> (%)	65 (71.4)
Tratamento Psiquiátrico Prévio, <i>n</i> (%)	83 (91.2)
Internação Psiquiátrica Prévia, <i>n</i> (%)	49 (53.8)
Hist. familiar de transtorno psiquiátrico, <i>n</i> (%)	64 (70.3)
Medicações psiquiátricas, <i>n</i> (%)	
ISRS	60 (65.9)
ADT	21 (23.1)
Outros AD	21 (23.1)
Antipsicótico	53 (58.2)
Estabilizador do Humor	38 (41.8)
Benzodiazepínico	4 (4.4)
Nº de medicações psiquiátricas, média ($\pm epm$)	2.8 (± 0.1)
Tempo de internação, dias ($\pm epm$)	95.8 (± 3.5)

Nota: ISRS: Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina; ADT: Antidepressivo Tricíclico; AD: Antidepressivo; Nº: Número; Hist.: Histórico; *epm*: erro da média.

Na avaliação da história clínica da amostra geral de pacientes em episódio depressivo atual, houve um predomínio de pacientes com diagnóstico de depressão unipolar (71.4%), sendo a média da idade de início da doença de 28.6 anos e a média da idade do episódio depressivo atual de 41.5 anos e duração média da doença de 12.7 anos.

Desta amostra, 67% dos pacientes possuíam alguma doença clínica, 18.7% são tabagistas, 5.5.% etilistas e 2.2% fazem uso de drogas ilícitas. No que se refere às tentativas de suicídio, 71.4% da amostra tentou suicídio pelo menos uma vez, 91.2% já realizaram tratamento psiquiátrico prévio e 53.8% já passaram por internação psiquiátrica prévia. Com relação à história familiar de transtornos psiquiátricos, a maioria dos pacientes (70.3%) tinha história familiar positiva de transtorno psiquiátrico.

Quanto às comorbidades psiquiátricas, 32 (35.2%) pacientes apresentavam Transtorno de Ansiedade Generalizada, 15 (16.5%) Transtorno de Pânico, 22 (24.2%) Agorafobia, 25 (27.5%) Fobia Social, 5 (5.5%) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 15 (16.5%) Fobia Específica, 37 (40.7%) Transtorno de Personalidade, 2 (2.2%) Distímia, 5 (5.5%) Transtorno Conversivo, 2 (2.2%) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 3 (3.3%) Hipocondria, 13 (14.3%) Transtorno de Somatização, 3 (3.3%) Transtorno Doloroso, 5 (5.5%) Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda entre as 74 pacientes do gênero feminino, 7 (7.7%) apresentavam Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

Por fim, com relação às medicações psiquiátricas, todos os pacientes estavam em uso de medicação, sendo que 65.9% faziam uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), 23.1% de antidepressivos tricíclicos (ADT), 23.1% de outros antidepressivos, 58.2% de antipsicótico, 41.8% de estabilizadores do humor e 4.4.% de benzodiazepínicos.

A tabela a seguir demonstra a classificação da gravidade do estresse precoce entre os pacientes depressivos de acordo com os subtipos.

Tabela 12- Classificação da gravidade do estresse precoce entre pacientes depressivos de acordo com os subtipos

	SUBTIPOS	Não à mínimo	Leve à moderado	Moderado à severo	Severo à extremo
Pacientes com estresse precoce n=64 (100%)	Abuso Emocional	4 (6.3)	9 (14.1)	13 (20.3)	38 (59.4)
	Abuso Físico	16 (25.0)	13 (20.3)	5 (7.8)	30 (46.9)
	Abuso Sexual	30 (46.9)	4 (6.3)	10 (15.6)	20 (31.3)
	Negligência Emocional	6 (9.4)	9 (14.1)	12 (18.8)	37 (57.8)
	Negligência Física	18 (28.1)	9 (14.1)	15 (23.4)	22(34.4)
Pacientes sem estresse precoce n=27 (100%)	Abuso Emocional	15 (55.6)	12 (44.4)	0 (0)	0 (0)
	Abuso Físico	22 (81.5)	5 (18.5)	0 (0)	0 (0)
	Abuso Sexual	24 (88.9)	3 (11.1)	0 (0)	0 (0)
	Negligência Emocional	20 (74.1)	7 (25.9)	0 (0)	0 (0)
	Negligência Física	22 (81.5)	5 (18.5)	0 (0)	0 (0)

Nota: Com estresse precoce: escores classificados como *Moderado-Severo* e *Severo-Extremo* no CTQ; sem estresse precoce: escores classificados como *Não-Mínimo* e *Leve-Moderado* no CTQ.

De acordo com a tabela 12, dos 91 pacientes em episódio depressivo atual, avaliados, n=64 (70.4%) possuíam história de estresse precoce, comparados a n=27 (29.6%) pacientes sem história de estresse precoce. É importante destacar que, embora a maioria dos pacientes avaliados na amostra foi classificada como *Moderado-Severo* e *Severo-Extremo*, há também um número significativo de pacientes que sofreram algum tipo de trauma classificados como *Não-Mínimo* e *Leve-Moderado*, mas que não foram considerados, segundo a literatura da área, com estresse precoce. Dos 64 pacientes com estresse precoce, 79.7% deles sofreram algum tipo de abuso emocional, 54.7% sofreram abuso físico, 46.9% sofreram abuso sexual, 76.6% sofreram negligência emocional e 57.8% sofreram negligência física.

Na tabela 13 são demonstradas as diferenças entre os grupos com relação aos escores do CTQ total e dos subtipos de estresse precoce.

Tabela 13- Gravidade do estresse precoce e dos seus subtipos de acordo com os escores do CTQ entre os grupos

<i>n</i> =91 (100%)				
	Pacientes Depressivos		<i>F</i> (d.f.)	<i>p</i>
	Com Estresse Precoce (<i>n</i> =64; 70.4%)	Sem Estresse Precoce (<i>n</i> =27; 29.6%)		
CTQ total, média ($\pm$epm)	67.8 ($\pm$ 2.3)	33.6 ($\pm$ 0.9)	22.82 (80.9)	<0.001
Abuso Emocional	16.7 ($\pm$ 0.6)	8.2 ($\pm$ 0.5)	11.97 (86.1)	<0.001
Abuso Físico	12.4 ($\pm$ 0.7)	5.7 ($\pm$ 0.2)	61.48 (76.0)	<0.001
Abuso Sexual	10.3 ($\pm$ 0.8)	5.1 ($\pm$ 0.6)	58.40 (63.6)	<0.001
Negligência Emocional	16.8 ($\pm$ 0.6)	8.2 ($\pm$ 0.5)	9.17 (79.5)	<0.001
Negligência Física	11.5 ($\pm$ 0.6)	6.3 ($\pm$ 0.2)	27.27 (84.8)	<0.001

Nota: CTQ: Questionário Sobre Traumas na Infância; *epm*: erro padrão da média.

No tocante à avaliação da gravidade do estresse precoce, foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere à pontuação do CTQ total ($p<0.001$). Na amostra avaliada, os pacientes com EP apresentaram escores totais do CTQ significativamente maiores quando comparados aos pacientes sem EP ($p<0.001$). Foram encontradas também diferenças significativas entre os grupos em todos os subtipos de estresse precoce: abuso emocional ($p<0.001$); abuso físico ($p<0.001$); abuso sexual ($p<0.001$); negligência emocional ($p<0.001$) e negligência física ($p<0.001$).

Com relação à investigação da gravidade do estresse precoce através da quantidade de subtipos, nota-se que a maioria dos pacientes avaliados na amostra ($n=64$; 70.4%) sofreu pelo menos um dos cinco subtipos de estresse precoce. A distribuição da gravidade do EP dos 64 pacientes com EP está apresentada na tabela abaixo.

Tabela 14- Quantidade de subtipos de Estresse Precoce *n*=64 (70.4%)

1 subtipo	11 (17.2)
2 subtipos	15 (23.4)
3 subtipos	8 (12.5)
4 subtipos	11 (17.2)
5 subtipos	19 (29.7)

A seguir serão demonstradas as características sócio-demográficas de pacientes depressivos com e sem estresse precoce.

Tabela 15- Características sócio-demográficas da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce

	n=91 (100%)		Estatística	p
	Pacientes Depressivos			
	Com Estresse Precoce (n=64; 70.4%)	Sem Estresse Precoce (n=27; 29.6%)		
Gênero, n (%)			X^2 (d.f.)=1.44 (1.0)	0.22
Feminino	50 (78.1)	24 (88.9)		
Masculino	14 (21.9)	3 (11.1)		
Idade, anos ($\pm$epm)	40.5 ($\pm$ 1.3)	42.2 ($\pm$ 2.3)	t (d.f.)=0.67 (89.0)	0.50
Cor, n (%)			X^2 (d.f.)=10.07 (3.0)	0.01
Branco (a)	30 (46.9)	22 (81.5)		
Pardo (a)	26 (40.6)	5 (18.5)		
Negro (a)	6 (9.4)	0 (0.0)		
Amarelo (a)	2 (3.1)	0 (0.0)		
Escolaridade, n (%)			X^2 (d.f.)=9.77 (5.0)	0.08
EFI	18 (28.1)	4 (14.8)		
EFC	8 (12.5)	2 (7.4)		
EMI	1 (1.6)	2 (7.4)		
EMC	20 (31.3)	6 (22.2)		
ESI	10 (15.6)	4 (14.8)		
ESC	7 (10.9)	9 (33.3)		
Religião, n (%)	51 (79.7)	25 (92.6)	X^2 (d.f.)=2.29 (1.0)	0.13
Estado civil, n (%)			X^2 (d.f.)=1.58 (3.0)	0.66
Solteiro (a)	19 (29.7)	8 (29.6)		
Casado (a)/Amasiado (a)	28 (43.8)	9 (33.3)		
Separado (a)/Divorciado (a)/ Desquitado (a)	15 (23.4)	8 (29.6)		
Viúvos (a)	2 (3.1)	2 (7.4)		
Reside, n (%)			X^2 (d.f.)=6.81 (3.0)	0.78
Sozinho	7 (10.9)	6 (22.2)		
Família Originária	20 (31.3)	11 (40.7)		
Família Conjugal	37 (57.8)	9 (33.3)		
Outros	0 (0)	1 (3.7)		
Possui Filhos, n (%)	45 (70.3)	19 (70.4)	X^2 (d.f.)=0.00 (1.0)	0.99
Trabalho, n (%)			X^2 (d.f.)=1.49 (1.0)	0.22
Ativo	6 (9.4)	5 (18.5)		
Inativo	58 (90.6)	22 (81.5)		

Nota: EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo; epm: erro padrão da média.

Os grupos de pacientes com e sem EP foram semelhantes quanto ao gênero, havendo um predomínio de pacientes do sexo feminino ($p=0.22$) e a idade média ($p=0.50$), sendo a idade média dos pacientes com EP de 40.5 (± 1.3) anos e dos pacientes sem EP de 42.2 (± 2.3) anos. Encontramos diferença significativa para cor da pele, embora a cor branca seja predominante em ambas às amostras ($p=0.01$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação à escolaridade ($p=0.08$), embora no grupo com EP encontramos um predomínio pacientes com ensino médio completo (EMC) e no grupo sem EP um predomínio de pacientes com ensino superior completo (ESC). No que diz respeito à prática de religião, não foram encontradas diferenças significativas ($p=0.13$), assim como para o estado civil ($p=0.66$), havendo um predomínio em ambos os grupos de pacientes casados (as)/amasiados (as). No grupo de pacientes com EP, a maioria dos pacientes residia com a família conjugal, enquanto que no grupo de pacientes sem EP a maioria reside com a família originária, entretanto, sem diferença significativa ($p=0.78$). Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes possuem filhos ($p=0.99$) e estão inativos em seus trabalhos ($p=0.22$).

Tabela 16- Características clínicas da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce

n=91 (100%)				
	Pacientes Depressivos		Estatística	p
	Com Estresse Precoce (n=64; 70.4%)	Sem Estresse Precoce (n=27; 29.6%)		
Diagnóstico, n (%)			χ^2 (d.f.)=0.75 (1.0)	0.38
Depressão Unipolar	44 (68.8)	21 (77.8)		
Depressão Bipolar	20 (31.3)	6 (22.2)		
Idade de início da doença, média ($\pm epm$)	26.6 (± 1.5)	33.2 (± 3.2)	t (d.f.)=2.11 (56.0)	0.03
Idade do episódio depressivo atual, média ($\pm epm$)	41.2 (± 1.5)	42.2 (± 3.1)	t (d.f.)=2.60 (68.0)	0.71
Duração da doença, média, ($\pm epm$)	13.5 (± 1.5)	10.8 (± 2.2)	t (d.f.)=0.01 (55.0)	0.35
Hospitalizações anteriores, n ($\pm epm$)	1.7 (± 0.2)	1.4 (± 0.4)	t (d.f.)=0.06 (43.0)	0.57
Doenças clínicas, n (%)	42 (65.6)	19 (70.4)	χ^2 (d.f.)=0.19 (1.0)	0.66
Tabagismo, n (%)	11 (17.2)	6 (22.2)	χ^2 (d.f.)=0.31 (1.0)	0.57
Etilismo, n (%)	4 (6.3)	1 (3.7)	χ^2 (d.f.)=0.23 (1.0)	0.62
Uso de drogas ilícitas, n (%)	2 (3.1)	0 (0.0)	χ^2 (d.f.)=0.86 (1.0)	0.35
Tentativas de suicídio, n (%)	47 (73.4)	18 (66.7)	χ^2 (d.f.)=0.42 (1.0)	0.48
Tratamento psiquiátrico prévio, n (%)	57 (89.1)	26 (96.3)	χ^2 (d.f.)=1.23 (1.0)	0.15
Internação psiquiátrica prévia, n (%)	32 (50.0)	17 (63.0)	χ^2 (d.f.)=1.28 (1.0)	0.03
Hist. familiar de transtorno psiquiátrico, n (%)	46 (71.9)	18 (66.7)	χ^2 (d.f.)=0.24 (1.0)	0.34
Medicações psiquiátricas, n (%)				
ISRS	44 (68.8)	16 (59.3)	χ^2 (d.f.)=0.76 (1.0)	0.38
ADT	14 (21.9)	7 (25.9)	χ^2 (d.f.)=0.17 (1.0)	0.67
Outros AD	13 (20.3)	8 (29.6)	χ^2 (d.f.)=0.92 (1.0)	0.33
Antipsicótico	32 (50)	21 (77.8)	χ^2 (d.f.)=6.02 (1.0)	0.01
Estabilizador do Humor	22 (34.4)	16 (59.3)	χ^2 (d.f.)=4.83 (1.0)	0.02
Benzodiazepínico	43 (67.2)	12 (44.4)	χ^2 (d.f.)=4.10 (1.0)	0.04
Nº de medicações psiquiátricas, média ($\pm epm$)	2.7 (± 0.1)	3.1 (± 0.2)	t (d.f.)=1.95 (89.0)	0.05
Tempo de internação, dias ($\pm epm$)	95.8 (± 4.3)	95.8 (± 6.3)	t (d.f.)=0.00 (71.0)	1.00

Nota: ISRS: Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina; ADT: Antidepressivo Tricíclico; AD: Antidepressivo; Nº: Número; Hist.: Histórico; *epm*: erro da média.

Na avaliação da história clínica, encontramos um predomínio de Depressão Unipolar em ambos os grupos de pacientes com e sem EP (68.8% e 77.8%, respectivamente; $p=0.38$).

Encontramos diferença significativa para a média da idade de início da doença ($p=0.03$), enquanto a média da idade de início da doença dos pacientes com EP foi de 26.6 (± 1.5) anos, dos

pacientes sem EP foi de 33.2 (± 3.2) anos. Em ambos os grupos, não houve diferença significativa para a média da idade do episódio depressivo atual ($p=0.71$), média da duração da doença ($p=0.35$), hospitalizações prévias ($p=0.57$) e presença de doenças clínicas ($p=0.66$). Em ambos os grupos, a maioria dos pacientes não eram tabagistas ($p=0.57$), nem etilistas ($p=0.62$) e nem usuários (as) de drogas ilícitas ($p=0.35$). Além disso, os grupos também não diferiram no que se refere às tentativas de suicídio ($p=0.48$), tratamento psiquiátrico prévio ($p=0.15$) e histórico familiar de transtorno psiquiátrico ($p=0.34$). Encontramos diferença significativa entre os grupos para internação psiquiátrica prévia ($p=0.03$), sendo que dos pacientes com EP, 50% já passaram por internação psiquiátrica previamente, enquanto que dos pacientes sem EP 63.7% já haviam passado previamente por internação psiquiátrica.

Quanto às comorbidades psiquiátricas, no grupo de pacientes com EP verificamos que 23 (35.9%) dos pacientes apresentavam Transtorno de Ansiedade Generalizada, 13 (20.3%) Transtorno de Pânico, 15 (23.4%) Agorafobia, 18 (28.1%) Fobia Social, 5 (7.8%) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 12 (18.8%) Fobia Específica, 27 (42.2%) Transtorno de Personalidade, 2 (3.1%) Distímia, 3 (4.7%) Transtorno Conversivo, 2 (3.1%) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 3 (4.7%) Hipocondria, 8 (12.5%) Transtorno de Somatização, 3 (4.7%) Transtorno Doloroso, 5 (7.8%) Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda entre as 50 pacientes do gênero feminino, 6 (9.4%) apresentavam Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. No grupo de pacientes sem EP encontramos que 9 (33.3%) dos pacientes apresentavam Transtorno de Ansiedade Generalizada, 2 (7.4%) Transtorno de Pânico, 7 (25.9%) Agorafobia, 7 (25.9%) Fobia Social, 27 (100%) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 3 (11.1%) Fobia Específica, 10 (37%) Transtorno de Personalidade, 27 (100%) Distímia, 2 (7.4%) Transtorno Conversivo, 27 (100%) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 27 (100%) Hipocondria, 5 (18.5%) Transtorno de Somatização, 27 (100%) Transtorno Doloroso, 27 (100%) Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda entre as 24 pacientes do gênero feminino, 1 (3.7%) apresentavam Transtorno Disfórico Pré-Menstrual.

Os pacientes com e sem EP não diferiram com relação ao uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina ($p=0.38$), de antidepressivos tricíclicos ($p=0.67$) e de outros antidepressivos ($p=0.33$). Porém diferiram para o uso de antipsicóticos ($p=0.01$), de estabilizadores do humor ($p=0.02$) e de benzodiazepínicos ($p=0.04$). A média do número de medicações psiquiátricas utilizadas pelos pacientes com e sem EP foi muito semelhante ($p=0.28$).

Na tabela a seguir estão descritos os dados clínicos de avaliação da gravidade da sintomatologia psiquiátrica entre os pacientes depressivos com e sem estresse precoce.

Tabela 17- Gravidade dos sintomas psiquiátricos da amostra de pacientes depressivos com e sem estresse precoce

	<i>n</i> =91 (100%)			
	Pacientes Depressivos		<i>t</i> (d.f.)	<i>p</i>
	Com Estresse Precoce (<i>n</i> =64; 70.4%)	Sem Estresse Precoce (<i>n</i> =27; 70.4%)		
<i>GRID-HAM-D₂₁</i> , média ($\pm epm$)	22.2 (± 0.7)	25.4 (± 1.2)	-1.20 (89.0)	0.23
<i>BDI-II</i> , média ($\pm epm$)	41.6 (± 1.3)	37.0 (± 2.2)	-1.80 (89.0)	0.07
<i>BAI</i> , média ($\pm epm$)	31.6 (± 1.5)	32.5 (± 1.9)	0.35 (89.0)	0.72
<i>BHS</i> , média ($\pm epm$)	13.2 (± 0.5)	10.4 (± 1.1)	-2.29 (40.0)	0.02
<i>BSI</i> , média ($\pm epm$)	16.5 (± 1.1)	12.8 (± 2.0)	-1.68 (89.0)	0.09
<i>BIS-11</i> , média ($\pm epm$)	76.2 (± 1.2)	69.5 (± 2.3)	-2.77 (89.0)	0.007
<i>HAD-D total</i> , média ($\pm epm$)	14.9 (± 0.4)	14.8 (± 0.9)	-0.16 (82.0)	0.87
<i>HAD-A total</i> , média ($\pm epm$)	14.05 (± 0.5)	13.8 (± 0.5)	-0.22 (64.0)	0.82

Nota: HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; HAD-D: Sub-escala de Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; HAD-A: Sub-escala de Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão *epm*: erro da média.

Na avaliação da sintomatologia psiquiátrica, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para as escalas BHS ($p=0.02$), e BSI-11 ($p=0.007$). Ademais, encontramos uma tendência dos grupos diferirem com relação à escala BDI-II ($p=0.07$) e não foram encontradas diferenças significativas na escala GRID-HAM-D₂₁ ($p=0.23$), na BAI ($p=0.72$), na BSI ($p=0.09$), na HAD-D ($p=0.87$) e na HAD-A ($p=0.82$).

Além disso, foram realizadas análises de correlação entre as variáveis psicométricas nos grupos com EP e sem EP, sendo que no grupo de pacientes sem EP observamos apenas uma tendência na correlação entre o CTQ e a BIS-11 ($r=0.34$; $p=0.07$), enquanto que nas demais escalas não foram encontradas diferenças significativas nas correlações: CTQ e GRID-HAM-D₂₁ ($r=-0.26$; $p=0.19$); CTQ e BDI-II ($r=0.00$; $p=0.99$); CTQ e BAI ($r=-0.11$; $p=0.56$); CTQ e BHS ($r=-0.35$; $p=0.86$); CTQ e BSI ($r=0.22$; $p=0.26$); CTQ e HAD-D ($r=-0.28$; $p=0.18$); CTQ e HAD-A ($r=0.10$; $p=0.63$); CTQ e COPM-D ($r=-0.39$; $p=0.89$); CTQ e COPM-S ($r=0.02$; $p=0.92$).

Enquanto isso, no grupo com EP, observou-se correlações positivas e significativas entre a gravidade do trauma na infância e a gravidade da depressão com os instrumentos: CTQ e GRID-

HAM-D₂₁, CTQ e BDI-II, e com a gravidade do estresse precoce e ansiedade e ideação suicida nos instrumentos: CTQ e BAI e entre o CTQ e BSI, os quais estão representados nos gráficos a seguir.

Gráfico 1- Correlação positiva entre a Escala de Depressão GRID-HAM-D₂₁ e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total. Nota: n=64; r=0.31; p=0.01.

Como evidenciado no gráfico 1 foi encontrado uma correlação positiva entre a escala de Depressão GRID-HAM-D₂₁ e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total, onde a gravidade da depressão está relacionada com a gravidade do estresse precoce (r=0.31; p=0.01).

Gráfico 2- Correlação positiva entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total. Nota: $n=64$; ($r=0.25$; $p=0.03$).

O gráfico 2 também evidencia que a gravidade da depressão está relacionada com a gravidade do estresse precoce ($r=0.25$; $p=0.03$), demonstrado através da correlação positiva entre o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total.

Gráfico 3- Correlação positiva entre o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total. Nota: $n=64$; ($r=0.29$; $p=0.01$).

O gráfico 3 representa a correlação positiva entre o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total, onde pacientes com estresse precoce apresentam maior gravidade dos sintomas ansiosos ($r=0.29$; $p=0.01$).

Gráfico 4- Correlação positiva entre o Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e o Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total. Nota: $n=64$ ($r=0.25$; $p=0.04$)

O gráfico 4 representa a correlação positiva entre a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e Questionário Sobre Traumas na Infância CTQ total, onde pacientes com estresse precoce apresentam maior gravidade da ideação suicida ($r=0.25$; $p=0.04$).

Nos demais instrumentos não foram encontradas correlações significativas no grupo com EP: CTQ e BHS ($r=0.04$; $p=0.73$); CTQ e BIS-11 ($r=0.20$; $p=0.11$); CTQ e HAD-D ($r=0.03$; $p=0.79$); CTQ e HAD-A ($r=0.08$; $p=0.51$); CTQ e COPM-D ($r=-0.27$; $p=0.08$); CTQ e COPM-S ($r=-0.81$; $p=0.61$).

A avaliação da auto-percepção do desempenho ocupacional foi feita através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), sendo que foram avaliados 54 pacientes depressivos, divididos em dois grupos: pacientes com EP ($n=39$; 72.2%) e pacientes sem EP ($n=15$; 27.8%), conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 18- Distribuição da pontuação da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional entre pacientes com e sem estresse precoce

	Com EP ($n= 39$; 72.2%) média ($\pm epm$)	Sem EP ($n= 15$; 27.8%) média ($\pm epm$)	t (d.f.)	p
COPM_Desempenho	2.6 (± 0.2)	2.8 (± 0.4)	0.59 (52.0)	0.55
COPM_Satisfação	1.8 (± 0.1)	2.4 (± 0.4)	1.33 (19.8)	0.19

Nota: Com EP: com estresse precoce, Sem EP: sem estresse precoce, COPM: Medida de Desempenho ocupacional.

Na tabela 18, demonstramos as pontuações encontradas com relação ao desempenho e a satisfação dos pacientes em episódio depressivo atual com e sem EP, de acordo com a COPM.

Notamos que os pacientes com EP apresentaram 2.6 pontos (± 0.2) no grau de desempenho, enquanto que os sem EP apresentaram 2.8 pontos (± 0.4), porém sem diferença estatística significativa ($p=0.55$). Quanto ao grau de satisfação, os pacientes com EP apresentaram 1.8 pontos (± 0.1) e os sem EP apresentaram 2.4 pontos (± 0.4), sem diferença estatística significativa ($p=0.25$).

Já a tabela 19 evidencia as áreas afetadas do desempenho ocupacional entre pacientes depressivos com e sem EP.

Tabela 19- Áreas afetadas no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos com e sem Estresse Precoce

	Com EP (n= 39; 72.2%)	Sem EP (n= 15; 27.8%)	p
Auto-cuidado			0.52
Sim	36 (92.3)	13 (86.6)	
Não	3 (7.4)	2 (13.4)	
Lazer			0.30
Sim	29 (74.3)	9 (60.0)	
Não	10 (25.7)	6 (40.0)	
Produtividade			0.04
Sim	35 (89.7)	10 (66.6)	
Não	4 (10.3)	5 (33.4)	

Nota: Com EP: com estresse precoce; Sem EP: sem estresse precoce.

Conforme é evidenciado, houve um predomínio em ambos os grupos de pacientes para prejuízos no auto-cuidado, lazer e produtividade, porém sem diferença significativa para o auto-cuidado e lazer, enquanto que produtividade foi encontrado diferença significativa ($p=0.04$). É possível inferir que no grupo com EP a porcentagem de indivíduos que tiveram prejuízos nas áreas do desempenho ocupacional é maior quando comparamos com os pacientes sem EP, principalmente, nas áreas: Produtividade: com EP: 89.7% vs. sem EP: 66.6%; Lazer: com EP: 74.3% vs. sem EP: 60.0% e uma porcentagem relativamente igual para o Auto-cuidado com EP: 92.3% vs. sem EP: 86.6%.

Além disso, o impacto dos subtipos de estresse precoce foi avaliado na gravidade dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos.

Quando investigado a influência do abuso emocional na gravidade dos sintomas psiquiátricos e no desempenho ocupacional dos pacientes depressivos entre os grupos, encontramos

diferença significativa apenas para os sintomas de impulsividade (BIS-11; $p=0.007$), demonstrando que pacientes depressivos com história de abuso emocional apresentam maior gravidade dos sintomas de impulsividade, conforme é apresentado na tabela abaixo.

Tabela 20- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem abuso emocional

INSTRUMENTO	<i>n=91 (100%)</i>		<i>t (d.f.)</i>	<i>p</i>
	Com Abuso Emocional, 52 (57.1%)	Sem Abuso Emocional, 39 (42.9%)		
GRID-HAM-D₂₁, média (epm)	27.3 (±0.8)	25.8 (±0.9)	-1.09 (89.0)	$p=0.27$
BDI-II, média (epm)	41.8 (±1.5)	38.1 (±1.8)	-1.55 (89.0)	$p=0.12$
BAI, média (epm)	32.3 (±1.7)	31.3 (±1.6)	-0.42 (88.8)	$p=0.68$
BHS, média (epm)	13.1 (±0.6)	11.4 (±0.8)	-1.52 (72.2)	$p=0.13$
BSI, média (epm)	16.7 (±1.2)	13.7 (±1.7)	-1.50 (89.0)	$p=0.13$
HAD-D, média (epm)	14.5 (±0.5)	15.4 (±0.6)	1.0 (82.0)	$p=0.30$
HAD-A, média (epm)	13.8 (±0.6)	14.2 (±0.5)	0.56 (82.0)	$p=0.57$
BIS-11, média (epm)	76.9 (±1.4)	70.2 (±1.7)	-2.76 (89.0)	$p=0.007$
INSTRUMENTO	<i>n=54 (100%)</i>		<i>t (d.f.)</i>	<i>p</i>
	Com Abuso Emocional, 33 (61.1%)	Sem Abuso Emocional, 21 (38.9%)		
COPM-D, média (epm)	2.4 (±0.2)	2.9 (±0.3)	1.22 (52.0)	$p=0.22$
COPM-S, média (epm)	1.7 (±0.1)	2.4 (±0.3)	1.70 (33.7)	$p=0.09$

Nota: GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); *epm*: erro da média.

Com relação à avaliação da influência do abuso físico na gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional de pacientes depressivos não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de pacientes, de acordo com a apresentação da tabela abaixo.

Tabela 21- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem abuso físico

n=91 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Abuso Físico, 35 (38.5%)	Sem Abuso Físico, 56 (61.5%)	t (d.f.)	p
GRID-HAM-D₂₁, média (epm)	27.3 (±1.1)	26.3 (±0.7)	-0.70 (89.0)	p=0.48
BDI-II, média (epm)	40.9 (±2.0)	39.8 (±1.4)	-0.43 (89.0)	p=0.66
BAI, média (epm)	31.2 (±2.2)	32.3 (±1.4)	0.38 (59.1)	p=0.70
BHS, média (epm)	12.4 (±0.9)	12.4 (±0.6)	0.02 (89.0)	p=0.97
BSI, média (epm)	15.4 (±1.6)	15.5 (±1.3)	0.05 (89.0)	p=0.95
HAD-D, média (epm)	14.2 (±0.6)	15.3 (±0.5)	1.32 (82.0)	p=0.18
HAD-A, média (epm)	13.0 (±0.8)	14.6 (±0.4)	1.68 (49.5)	p=0.09
BIS-11, média (epm)	75.0 (±1.4)	73.7 (±1.6)	-0.60(88.0)	p=0.55
n=54 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Abuso Físico, 20 (37.0%)	Sem Abuso Físico, 34 (63.0%)	t (d.f.)	p
COPM-D, média (epm)	2.3 (±0.3)	2.8 (±0.2)	1.49 (52.0)	p=0.14
COPM-S, média (epm)	1.7 (±0.2)	2.1 (±0.2)	0.93 (52.0)	p=0.33

Nota: GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); *epm*: erro da média.

Já os pacientes com e sem abuso sexual diferiram com relação à gravidade dos sintomas depressivos de acordo com a GRID-HAM-D₂₁(p=0.008) e o BDI-II (p=0.005), de desesperança, de acordo com a BHS (p=0.05) e de impulsividade, de acordo com a BIS-11 (p=0.01), evidenciando assim que pacientes depressivos com histórico de abuso sexual apresentam maior gravidade da depressão, de desesperança e de impulsividade, conforme demonstrado na tabela 22.

Tabela 22- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem abuso sexual

n=91 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Abuso Sexual, 30 (33.0%)	Sem Abuso Sexual, 61 (67.0%)	t (d.f.)	p
GRID-HAM-D₂₁, média (epm)	29.2 (±1.2)	25.4 (±0.7)	-2.70 (89.0)	p=0.008
BDI-II, média (epm)	44.9 (±1.6)	38.0 (±1.4)	-2.86 (89.0)	p=0.005
BAI, média (epm)	34.9 (±2.1)	30.4 (±1.4)	-1.71 (89.0)	p=0.09
BHS, média (epm)	13.8 (±0.7)	11.7 (±0.6)	-1.97 (68.4)	p=0.05
BSI, média (epm)	17.1 (±1.5)	14.6 (±1.3)	-1.22 (69.5)	p=0.22
HAD-D, média (epm)	15.0 (±0.6)	14.9 (±0.5)	-0.10 (82.0)	p=0.92
HAD-A, média (epm)	14.8 (±0.6)	13.5 (±0.5)	-1.40 (82.0)	p=0.16
BIS-11, média (epm)	78.1 (±1.9)	72.3 (±1.3)	-2.45 (89.0)	p=0.01
n=54 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Abuso Sexual, 18 (33.3%)	Sem Abuso Sexual, 36 (66.7%)	t (d.f.)	p
COPM-D, média (epm)	2.3 (±0.3)	2.8 (±0.2)	1.14 (52.0)	p=0.25
COPM-S, média (epm)	1.8 (±0.2)	2.0 (±0.2)	0.51 (52.0)	p=0.60

Nota: GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); epm: erro da média.

Com relação à influência da negligência emocional na gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional de pacientes depressivos, foi encontrada diferença significativa entre os grupos apenas para a gravidade da desesperança, de acordo com a BHS ($p=0.05$), onde pacientes com negligência emocional apresentam maior gravidade de desesperança quando comparados aos pacientes sem negligência emocional, conforme demonstra a tabela 23.

Tabela 23- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem negligência emocional

n=91 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Negligência Emocional, 49 (53.8%)	Sem Negligência Emocional, 42 (46.2%)	t (d.f.)	p
GRID-HAM-D₂₁, média (epm)	27.5 (±0.8)	25.7 (±0.9)	-1.39 (89.0)	<i>p</i> =0.16
BDI-II, média (epm)	41.8 (±1.6)	38.4 (±1.6)	-1.44 (89.0)	<i>p</i> =0.15
BAI, média (epm)	30.7 (±1.8)	33.3 (±1.5)	1.04 (89.0)	<i>p</i> =0.29
BHS, média (epm)	13.3 (±0.6)	11.3 (±0.8)	-1.93 (79.4)	<i>p</i>=0.05
BSI, média (epm)	16.1 (±1.3)	14.6 (±1.5)	-0.73 (89.0)	<i>p</i> =0.46
HAD-D, média (epm)	15.2 (±0.4)	14.5 (±0.7)	-0.69 (62.7)	<i>p</i> =0.49
HAD-A, média (epm)	13.8 (±0.6)	14.2 (±0.4)	0.46 (78.0)	<i>p</i> =0.64
BIS-11, média (epm)	76.2 (±1.3)	71.9 (±1.8)	-1.88 (89.0)	<i>p</i> =0.06
n=54 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Negligência Emocional, 29 (53.7%)	Sem Negligência Emocional, 25 (46.3%)	t (d.f.)	p
COPM-D, média (epm)	2.5 (±0.2)	2.7 (±0.2)	0.55 (52.0)	<i>p</i> =0.58
COPM-S, média (epm)	1.8 (±0.2)	2.1 (±0.2)	0.67 (52.0)	<i>p</i> =0.50

Nota: GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; *epm*: erro da média; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação).

E por fim, a influência da negligência física na gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional de pacientes depressivos demonstrou que os pacientes com e sem negligência física apenas diferiram na gravidade dos sintomas psiquiátricos de desesperança e de impulsividade, avaliados respectivamente pela BHS (*p*=0.03) e pela BIS-11 (*p*=0.007).

Tabela 24- Gravidade dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre os pacientes com e sem negligência física

n=91 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Negligência Física, 37 (40.7%)	Sem Negligência Física, 54 (59.3%)	t (d.f.)	p
GRID-HAM-D₂₁, média (epm)	28.0 (±1.1)	25.8 (±0.7)	-1.67 (89.0)	<i>p</i> =0.09
BDI-II, média (epm)	42.3 (±1.9)	38.8 (±1.4)	-1.43 (89.0)	<i>p</i> =0.09
BAI, média (epm)	32.3 (±2.1)	31.6 (±1.4)	-0.25 (89.0)	<i>p</i> =0.15
BHS, média (epm)	13.7 (±0.8)	11.5 (±0.6)	-2.12 (89.0)	<i>p</i>=0.03
BSI, média (epm)	17.3 (±1.5)	14.2 (±1.3)	-1.49 (89.0)	<i>p</i> =0.13
HAD-D, média (epm)	15.5 (±0.5)	14.5 (±0.5)	-1.08 (82.0)	<i>p</i> =0.28
HAD-A, média (epm)	14.0 (±0.7)	14.0 (±0.5)	0.00 (82.0)	<i>p</i> =0.10
BIS-11, média (epm)	77.9 (±1.4)	71.7 (±1.5)	-2.73 (89.0)	<i>p</i>=0.007
n=54 (100%)				
INSTRUMENTO	Com Negligência Física, 20 (37.0%)	Sem Negligência Física, 34 (63.0%)	t (d.f.)	p
COPM-D, média (epm)	2.4 (±0.3)	2.8 (±0.2)	1.13 (54.0)	<i>p</i> =0.26
COPM-S, média (epm)	1.8 (±0.3)	2.1 (±0.2)	0.87 (54.0)	<i>p</i> =0.38

Nota: GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); *epm*: erro da média.

Discussão

A nossa amostra de pacientes depressivos foi constituída predominantemente por mulheres, brancas, com idade média de 41.0 anos e com ensino médio completo. Estes achados corroboram os dados da literatura científica apontando que a depressão é de duas a três vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens (cerca de 10-25% para mulheres e 5-12% para homens) (Fleck et al., 2009; Kessler et al., 2005a). Quanto à cor, encontramos um predomínio de pacientes da cor branca; O estudo de Blazer (2000) demonstrou que a prevalência de transtornos de humor não varia de forma significativa em função da raça ou etnia. Além disso, de acordo com os dados da literatura, os índices de maior incidência dos quadros depressivos ocorrem nas idades médias (Lewinsohn, 1989; Wong, 2007), embora a depressão acometa indivíduos em todas as idades. Já em relação à escolaridade, nossos achados são contrários aos da literatura, pois o menor nível de escolaridade

tem se mostrado um fator negativo para o adoecimento psíquico (Gazalle et al., 2004) e no nosso estudo encontramos um predomínio de pacientes com ensino médio completo.

Ademais, a amostra foi composta predominantemente por pacientes depressivos casados (as)/amasiados(as), residindo com a família conjugal e com filhos, sendo estes achados contraditórios aos da literatura científica, a qual aponta que o fato de ser solteiro (Kessler, 2003) e morar sozinho (Al-Shammari; Al-Subaie, 1999) está associado a maior prevalência da depressão. Ainda com relação às características sócio-demográficas, encontramos um predomínio no nosso estudo de pacientes inativos no trabalho. Nesse sentido, o presente estudo confirma os achados de Lopez et al. (2006) e Fleck et al. (2009), os quais afirmam que a depressão é um transtorno incapacitante. A depressão ocasiona um impacto negativo na capacidade ocupacional do indivíduo, resultando, com frequência, em altas taxas de absenteísmo no trabalho, diminuição da produtividade, licenças médicas, diminuição da renda familiar e maiores taxas de desemprego (Simon et al., 2002; Judd et al., 2000; Kessler et al., 1999). Ademais, a maioria dos pacientes eram adeptos de alguma religião, achado este contrário às evidências científicas que afirmam o papel protetivo da religião para a depressão. Um estudo identificou que o envolvimento religioso está associado positivamente com indicadores de bem-estar psicológico, menores índices de depressão, de pensamentos e comportamentos suicidas e uso e abuso de álcool e drogas, podendo-se considerar assim que a prática religiosa contribui para uma melhor condição de saúde mental (Moreira-Almeida et al., 2006).

Ao analisarmos as características clínicas da amostra, encontramos um predomínio de pacientes com diagnóstico de depressão unipolar, com média da idade do episódio depressivo atual de 41.0 anos. A pesquisa conduzida por Wooderson et al. (2011), encontrou um predomínio em torno de 75% da amostra composta por pacientes com depressão unipolar, além do início da doença estar em torno dos 40 anos, diferindo do achado do nosso estudo, já que a média da idade de início da doença dos nossos pacientes foi de 28.6 anos e duração média da doença de 12.7 anos. Nesse sentido, a literatura científica aponta que a probabilidade de resposta ao tratamento farmacológico está intimamente associada com a idade de início da doença depressiva, sendo que quanto mais precoce for o início do aparecimento da doença, menor é a chance de resposta terapêutica (Thase, 1996).

Além disso, uma porcentagem significativa de pacientes possuía alguma doença clínica, achado este semelhante às evidências científicas, que apontam associações entre a depressão e

diversas doenças clínicas, como AIDS, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, entre outras (Scharag et al., 2008; Chapman & Perry, 2008; Mulder, 2002). Outro ponto importante identificado neste estudo foi à associação entre depressão e tentativa de suicídio, onde a maioria da amostra já tinha tentado o suicídio pelo menos uma vez. Diversos estudos têm demonstrado que a depressão é a principal entidade nosológica associada à tentativa de suicídio, à ideação suicida e a planos suicidas (Lee et al., 2007; Kessler et al., 2005b), estando presente em cerca de 2/3 dos casos de suicídio cometidos no mundo (Sartorius, 2001). O estudo de Silva et al. (2006) demonstrou uma razão de chance de 4.4 vezes entre ideação suicida e humor deprimido.

Ainda com relação à gravidade da doença depressiva, a maioria dos pacientes já tinha realizado tratamento psiquiátrico prévio e passado por internação psiquiátrica prévia. Tais achados estão de acordo com a literatura científica, a qual aponta uma porcentagem de 30 a 60% de pacientes depressivos resistentes aos tratamentos habituais (Sussman, 2007; Thase & Rush, 1997; Nierenberg & Amsterdam, 1990). Nossa amostra ainda foi composta predominantemente por pacientes com história familiar positiva de transtorno psiquiátrico. De acordo com Klerman & Weissman (1989), o risco de depressão aumenta 2 a 3 vezes em familiares de primeiro grau, quando comparados a controles saudáveis. Com relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas, na nossa amostra encontramos um predomínio de pacientes que não eram tabagistas, nem etilistas e nem usuários (as) de drogas ilícitas. Esse dado mostra-se contrário aos achados da literatura que têm demonstrado uma alta prevalência de depressão maior em usuários de substância psicoativa (Bares, 2014; Hätönen et al., 2008; Zaleski et al., 2006). Importante destacar que no HD do HC-FMRP-USP, o abuso de substâncias é um critério de exclusão para a semi-internação psiquiátrica e sendo assim um dos fatores explicativos de tal achado.

No que diz respeito a histórico de estresse precoce, evidenciamos que mais de 70% dos pacientes inseridos no nosso estudo sofreram estresse precoce. Estes achados também são demonstrados em pesquisas internacionais e nacionais (Martins et al., 2014; Kessler et al., 2010; McLaughlin et al., 2010a, 2010b, Mello et al., 2009). Ao analisarmos os subtipos de estresse precoce na amostra avaliada, identificamos que quase 80% da amostra sofreu abuso emocional. Tal resultado vai de encontro com os achados da literatura, a qual evidencia uma associação entre abuso emocional e depressão na vida adulta (Martins et al., 2014; Shapero et al., 2014; Norman et al., 2012; Brietzke et al., 2012; Seok et al., 2012; Wingefeld et al., 2011; Gibb et al., 2007). Ademais,

no nosso estudo mais da metade de pacientes depressivos sofreu abuso físico, corroborando os achados da literatura sobre a ocorrência de depressão em pacientes que sofreram abuso físico (Becker & Grilo, 2011; Green et al., 2010; Hovens et al., 2010; Kessler et al., 2010; Afifi et al., 2009). O abuso sexual na infância também teve uma prevalência em torno de 50% na nossa amostra e está de acordo com os resultados dos estudos internacionais, indicando que o abuso sexual é um preditor da depressão no adulto (Jonas et al., 2011; McLaughlin et al., 2010a, 2010b; Green et al., 2010; Hovens et al., 2010; Katerndahl et al., 2005; Bulik et al., 2001).

Especificamente com relação às negligências, mais de 75% dos pacientes sofreram negligência emocional e mais de 50% da amostra sofreu negligência física, dados estes em consonância com as evidências da literatura. Os estudos de Hovens et al. (2010), Lang et al. (2004) e Sareen et al. (2005) demonstraram associação entre a depressão e negligência emocional, enquanto que as pesquisas conduzidas por Wonderlich et al. (2007) e Zavaschi et al. (2006) evidenciaram a relação entre depressão e negligência física.

Importante ressaltar ainda que a maioria da amostra sofreu os 5 subtipos de estresse precoce. Nesse sentido, nosso estudo corrobora com os achados científicos, a qual sugere que é relativamente comum a co-ocorrência de abuso e negligência, sendo difícil ocorrer um subtipo de Estresse Precoce isoladamente (Souza et al., 2012; Chartier et al., 2010; Felitti et al., 1998).

Quando analisamos a comparação da amostra entre os grupos de pacientes com e sem estresse precoce, identificamos diferenças significativas para a cor, com predomínio da cor branca no grupo sem estresse precoce, enquanto que uma parcela significativa da amostra de pacientes com estresse precoce era da cor branca e outra metade da cor parda. O trabalho conduzido por Brodsky et al. (2001) evidenciou um predomínio da cor branca em pacientes depressivos com estresse precoce, assim como o estudo de Wise et al. (2001) encontrou que quase 100% da amostra de pacientes com estresse precoce era da cor branca.

Ainda foi identificado na nossa amostra que a idade de aparecimento da doença no grupo de pacientes com estresse precoce foi menor quando comparada aos pacientes sem estresse precoce, tal dado é semelhante ao estudo de Miniati et al. (2010) com uma amostra de pacientes depressivos, onde foi identificado diferença significativa entre os grupos com e sem estresse precoce com relação a idade de início da doença, sendo a idade média de aparecimento da doença no grupo com estresse precoce de 23.1 anos e no grupo sem estresse precoce 29.4 anos, demonstrando assim que as experiências traumáticas são gatilhos potenciais para o desenvolvimento precoce da depressão.

Além disso, a maioria da amostra de pacientes com estresse precoce fazia uso de antipsicóticos, estabilizadores do humor, benzodiazepínicos em comparação aos pacientes sem estresse precoce, havendo menor número de pacientes que faziam uso dessas medicações no grupo sem estresse precoce. A literatura aponta que pacientes com experiências de estresse precoce apresentam maior probabilidade de apresentar comorbidades psiquiátricas associadas (Friedman et al., 2012; Steiger et al., 2010; Wiersma et al., 2009). Diversos estudos têm encontrado associação entre o estresse precoce e outros transtornos comórbidos, como o transtorno de uso de substâncias, o transtorno de pânico e o transtorno de estresse pós-traumático (Carr et al., 2013), o que poderia explicar o fato dos pacientes com estresse precoce utilizarem mais antipsicóticos, estabilizadores do humor e benzodiazepínicos pelos pacientes com EP na nossa amostra.

Também evidenciamos que a maioria dos pacientes sem estresse precoce fazia uso de mais medicações psiquiátricas do que os pacientes com estresse precoce, bem como que os pacientes sem estresse precoce apresentaram número maior de internação psiquiátrica prévia do que a amostra de pacientes com estresse precoce. Dados contraditórios aos achados da literatura, em que pacientes com estresse precoce são mais resistentes ao tratamento, levando a um maior número de medicações em uso (Nemeroff et al., 2003).

Com relação à gravidade da psicopatologia depressiva, identificamos que pacientes com estresse precoce apresentaram níveis de desesperança e impulsividade maior que os sem estresse precoce e uma tendência com relação à gravidade da depressão. Ademais, no grupo de pacientes com estresse precoce foram encontradas 3 correlações positivas e significativas (embora de intensidade fraca), a saber: entre a gravidade do estresse precoce e a gravidade da depressão, entre a gravidade do estresse precoce e a gravidade da ansiedade, e entre a gravidade do estresse precoce e a gravidade da ideação suicida. Assim, tais achados estão de acordo com os estudos conduzidos por diversos autores, entre eles: Konradt et al., 2013; Moretti & Graig, 2013; Russo et al., 2013; Shapero et al., 2014; Shin et al., 2013 os quais evidenciam que gravidade do estresse precoce está associada com a gravidade da sintomatologia psiquiátrica.

Com relação à influência dos subtipos de estresse precoce na gravidade da depressão, nosso estudo evidenciou que pacientes com abuso emocional apresentaram maior gravidade da impulsividade, quando comparados aos sem abuso emocional. O estudo conduzido por Russo et al. (2013) identificou associação entre abuso emocional e impulsividade em uma amostra de homens bipolares. Ademais, pacientes com abuso sexual apresentaram maior gravidade dos sintomas

depressivos, maior gravidade da desesperança e de impulsividade quando comparados com os sem abuso sexual. Estes achados estão de acordo com os resultados da pesquisa conduzida por Hovens et al. (2015), onde a gravidade da depressão foi correlacionada positivamente com a gravidade do abuso sexual e emocional.

Evidenciamos ainda que os pacientes com negligência emocional apresentaram maior gravidade da desesperança do que o grupo de pacientes sem negligência emocional e por fim os pacientes com negligência física apresentaram maior gravidade da desesperança e impulsividade do que a amostra sem negligência física. Tais achados evidenciam que além do estresse precoce ser um gatilho para o desenvolvimento de transtornos mentais no adulto (Heim et al., 2008), ele interfere ainda intensidade dos sintomas psiquiátricos, onde pacientes com estresse precoce apresentam sintomas mais graves do que os sem estresse precoce, contribuindo assim negativamente no prognóstico e na resposta terapêutica, implicando na utilização de abordagens terapêuticas inovadoras (Harkness et al., 2012; Springer et al., 2007; Nemeroff et al., 2003). Especificamente em relação à influência do abuso físico na gravidade dos sintomas depressivos entre pacientes com e sem abuso físico não foram encontradas diferenças significativas.

No que se refere ao desempenho ocupacional, à literatura científica da terapia ocupacional vem destacando que a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) é um instrumento eficaz para avaliar a auto-percepção do desempenho ocupacional do cliente (Bastos et al., 2010; Parker & Sykes, 2006; Carswell, 2004). Entretanto até o momento, estudos sobre o desempenho ocupacional de pacientes depressivos com estresse precoce são escassos, sendo este trabalho inédito, principalmente em uma amostra de pacientes psiquiátricos brasileira. Nesse sentido, evidenciamos em nosso estudo que os grupos diferiram quanto à produtividade, sendo que quase 90% da amostra de pacientes com EP apresentaram prejuízos na produtividade, enquanto que apenas 66% dos sem EP tinham prejuízos nesta área. O estudo de Chesworth et al. (2002) conduzido com 60 pacientes psiquiátricos, embora não tenha avaliado história de estresse precoce, demonstrou que a maioria da amostra apresentou prejuízos no lazer (62.2%), enquanto que 22.5% apresentou prejuízos na produtividade e uma parcela menor (15.3%) no auto-cuidado.

Diante do exposto, verificamos que a ocorrência de estresse precoce é um fator importante para o agravamento dos sintomas psiquiátricos e piora do desempenho ocupacional de pacientes depressivos. É sabido que desde o século passado, as evidências científicas advindas principalmente por psicanalistas explicitam as consequências neurobiológicas e psicossociais do trauma infantil

para desencadeamento de transtornos depressivos no adulto. Nesse sentido, pesquisas sobre os fatores de risco da depressão servirão de subsídios para elaboração de ações preventivas contra os maus tratos infantis, bem como de desenvolvimento de tratamentos psiquiátricos inovadores para minimização das sequelas biopsicossociais desencadeadas pelo estresse precoce.

Estudo 4

6. Estudo 4- Avaliação da Influência de Fatores Sociodemográficos, Clínicos, Estresse Precoce e Desempenho Ocupacional na Resposta Terapêutica de Pacientes Depressivos Tratados em Semi-Internação Psiquiátrica.

Introdução

A depressão é um transtorno psiquiátrico heterogêneo, caracterizado por alterações no humor, sintomas físicos, prejuízos cognitivos e funcionais (Beck e Alford, 2011; Gorenstein e Moreno, 2011; Bottomley et al., 2010; Danese et al., 2009; Miranda et al., 2009; Razzouk et al., 2009; Juruena e Cleare, 2007; Moussavi et al., 2007; Fava et al., 2006; Kessler et al., 2005).

Em 2000, os transtornos depressivos ocuparam a terceira causa de incapacitação no indicador denominado de DALY (Disability Adjusted Life Years, Anos de Vida Perdidos por Incapacitação) (Lopez et al., 2006; Mathers et al., 2005; Murray & Acharya, 1997), representando 4.3% de todos os DALYs, estando posicionando após as infecções respiratórias e doenças diarreicas (Ustun et al., 2004). De acordo com Ferrari et al. (2013) atualmente a depressão é a segunda causa de incapacitação no mundo, no entanto estas estimativas são baseadas em pesquisas em que a identificação da etiologia resultante de todas as consequências da depressão é limitada, resultando em estimativas abaixo da realidade.

Assim, a depressão é considerada um problema de saúde coletiva, porque causa intenso sofrimento psíquico para a pessoa depressiva, para os familiares e ainda acarreta um peso econômico devido ao risco de desenvolver doenças de alta mortalidade e elevadas taxas de suicídio (Ustun et al., 2004; WHO, 2001). No Brasil e em diversos países do mundo, a depressão é o transtorno mental que mais afeta a saúde mental das pessoas (Schmidt et al., 2011).

De acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental (DSM-5) para os Transtornos Depressivos incluem uma variedade de categorias diagnósticas: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo Devido à Outra Condição Médica, *Outro Transtorno Depressivo Especificado* e *Transtorno Depressivo Não Especificado* (APA, 2014). Além disso, a meta-revisão conduzida por Harald & Gordon (2012) identificou 50 modelos de subtipos de depressão, dividindo assim em cinco grandes categorias para caracterizá-las, são elas: 1) subtipos baseados nos sintomas: melancolia, psicótica, atípica, ansiosa; 2) subtipos baseados na etiologia: transtorno de ajustamento, depressão reprodutiva, depressão

orgânica, depressão de trauma precoce, depressão perinatal, depressão induzida por drogas; 3) subtipos baseados no tempo de início: depressão de início precoce, de início tardio, transtorno afetivo sazonal; 4) subtipo baseado no gênero: depressão feminina; 5) Subtipo baseado na resposta ao tratamento: depressão resistente ao tratamento.

Especificamente com relação à depressão resistente ao tratamento, a literatura científica aponta que 30 a 60% dos pacientes depressivos são resistentes ao tratamento (Juruena, 2007; Sussman, 2007; Nierenberg & Amsterdam, 1990). No entanto, as pesquisas apontam diferentes definições sobre a depressão resistente, a saber: adequação de cada tentativa de tratamento (dose e duração); número de tentativas de tratamento; número de classes de tratamentos empregados (medicamentos, eletroconvulsoterapia, demais tratamentos biológicos); tratamentos auxiliares (psicoterapias e abordagens psicossociais); definição do alvo terapêutico (resposta ou remissão) (Del Porto et al., 2009; Souery et al., 2006; Rozenenthal et al., 2004; Quraishi e Frangou, 2002).

A depressão resistente seria um episódio de depressão maior que persiste apesar de qualquer tratamento com antidepressivo em tempo e doses adequadas. Entretanto, na atualidade ainda falta de um consenso no que diz respeito à “duração correta” e “dose adequada” para o tratamento do episódio depressivo (Del Porto et al., 2009).

Autores como Gupta et al. (2013) entendem que a depressão resistente ao tratamento seria a condição que o indivíduo apresenta uma inadequada ou não resposta terapêutica. Para Thase e Rush (1995), os pacientes resistentes ao tratamento passam por cinco estágios de resistência, de modo crescente, onde o estágio I corresponde à falha de uma classe de antidepressivo chegando ao estágio V, onde é associado às falhas dos estágios anteriores com falta de resposta a eletroconvulsoterapia bilateral.

Ademais, a literatura aponta que em curto prazo, os pacientes com depressão resistente apresentam maiores chances de ser recorrentes (Fekadu et al., 2007) e que a taxa de remissão de curto prazo é muito pequena, variando em torno de 20% (Dunner et al., 2006). Vale mencionar ainda que a duração dos episódios depressivos varia de acordo com as características de cada indivíduo, sendo o tempo médio de recuperação em torno de 5 a 13 meses (Craighead et al., 2014).

Assim, alguns fatores devem ser considerados para a compreensão na falha da resposta terapêutica do paciente depressivo, tais como a fadiga e hipersonia, os quais são sintomas frequentemente presentes na depressão e que influenciam na resposta ao tratamento com inibidores da recaptação da serotonina (ISRSs) (Nierenberg et al., 1999). As comorbidades psiquiátricas,

especialmente o abuso/dependência de álcool e de outras substâncias, transtornos de ansiedade e transtornos de personalidade tendem a influenciar na resposta terapêutica (Fava et al., 1997). Ademais, outras condições clínicas comórbidas, como diabetes, doença coronariana, hipotireoidismo, câncer, entre outras parecem ser preditoras de má resposta (Croyle & Rowland, 2003; Anderson et al., 2001; Joffe & Marriott, 2000; Frasure-Smith et al., 1993). Alguns problemas psicossociais, como suporte social inadequado, dificuldade de relacionamento interpessoal, baixo nível socioeconômico, estresse crônico, problemas no trabalho também se configuram como fatores negativos para a evolução favorável do episódio depressivo, além da idade avançada, sexo feminino e idade precoce de aparecimento dos sintomas depressivos (Thase, 1996; Keller et al., 1986).

Diversos estudos têm demonstrado que a falha na resposta terapêutica parece estar associada com histórico de estresse precoce (Johnstone et al., 2009; Kaplan & Klinetob, 2000). Os estudos de Zlotnick et al. (2001 e 1995) enfatizam que mulheres com histórico de abuso sexual na infância possuem maior probabilidade de desenvolver depressão crônica, recorrente e resistente ao tratamento, quando comparadas às mulheres sem esta vivência. Nessa mesma direção, pesquisas atuais tem demonstrado que pacientes depressivos com estresse precoce apresentam curso clínico pobre, ocorrência de psicose e tentativas de suicídio (Tunnard et al., 2014; Juruena, 2007).

Na meta-análise conduzida por Nanni et al. (2012) encontrou-se que pessoas expostas ao estresse precoce possuem risco aumentado de 2 vezes em desenvolver episódio depressivo recorrente e resistente. Somado a isto, literatura aponta que pacientes com experiências de estresse precoce apresentam maior probabilidade de apresentar comorbidades psiquiátricas associadas, o que dificultaria a eficácia da resposta terapêutica (Wiersma et al., 2009; Friedman et al., 2002; Gladstone et al., 1999). Nessa mesma direção, o estudo de Karkness & Bagby (2012) demonstrou que o estresse precoce prediz menor tempo de recorrência ao longo do tratamento.

Nesse sentido, devido à falha na resposta farmacológica, a literatura científica demonstra que o tratamento medicamentoso combinado com intervenções psicossociais tem demonstrado maior eficácia (Olfson et al., 2006). Já está bem fundamentado na literatura que o tratamento combinado para pacientes considerados resistentes apresenta eficácia superior quando comparado às psicoterapias isoladas (Thase et al., 1997). Além disso, o estudo de Peterson (2006) demonstrou que a psicoterapia na fase aguda da doença apenas aumenta as taxas de remissão, de forma que sua aplicação, juntamente com antidepressivos na fase de remissão apresenta melhores resultados.

Vale mencionar ainda que as abordagens terapêuticas existentes para depressão incluem uma variedade de tratamentos como antidepressivos, terapia eletroconvulsiva, psicoeducação e diversas linhas de psicoterapia (psicoterapia interpessoal, psicoterapia dinâmica breve, psicoterapia cognitiva-comportamental). Os resultados da literatura apontam ainda para uma eficácia superior das psicoterapias cognitivo-comportamental e interpessoal em comparação aos antidepressivos no que diz respeito à recaída e recorrência dos pacientes resistentes dentro de um período de 12-24 meses (Dobson et al., 2008; Evans et al., 1992). Uma importante revisão sistemática conduzida por Tursi et al. (2013) demonstrou ainda que a psicoeducação é uma modalidade de tratamento importante que deve ser associada ao tratamento medicamentoso para o paciente depressivo.

O estudo de Nemeroff et al. (2003) demonstrou que a abordagem farmacoterapêutica combinada com psicoterapia apresentou eficácia superior ao uso de antidepressivo isolado no tratamento de pacientes depressivos crônicos, com história de estresse precoce, de forma que o tratamento combinado foi superior aos dois tratamentos isolados neste grupo de pacientes.

Vale destacar que em uma recente publicação dos pesquisadores Wooderson et al. (2014), foi evidenciado que a maioria dos pacientes com depressão resistente respondeu ao tratamento multidisciplinar, o qual incluía não só medicamentos e psicoterapia, mas a terapia ocupacional, terapia de casal e terapia física.

Também existem evidências científicas que o tratamento para a depressão tem um efeito positivo no funcionamento ocupacional (Donohue & Pincus, 2007; Schoenbaum et al., 2001). Assim, a abordagem da terapia ocupacional também deve ser considerada de extrema relevância para o tratamento do paciente depressivo, já que auxilia na melhoria do desempenho ocupacional, reinserção social, especialmente na vida laboral e atividades de lazer, bem como na autonomia para realização das atividades cotidianas, áreas comumente afetadas nos episódios depressivos (Kubota et al., 2014; Motizuki et al., 2014; Eberle, 2011; Andrade & Mello, 2010; Fleck et al., 2009).

Dessa maneira, o reconhecimento dos principais preditores da resposta terapêutica é relevante no desfecho favorável do paciente depressivo (Del Porto et al., 2009). A identificação da resposta terapêutica pode ser feita através de escalas que quantificam a gravidade da sintomatologia depressiva, tais como Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HRSD ≤ 7 pontos), Escala de Avaliação de Depressão Montgomery-Asberg (MADRS $\geq 50\%$), Inventário de Depressão de Beck (BDI ≤ 9 pontos), entre outras, onde no mínimo o paciente apresenta melhora de 50% dos sintomas entre a avaliação inicial e o seguimento. Outros estudos estabelecem como critério da resposta

terapêutica a funcionalidade do paciente deprimido (alta hospitalar, retorno as atividades cotidianas, entre outros) avaliando através de escalas diversificadas, como a *Social Adjustment Scale-Self Report* (SAS-SR; Weissman et al., 1978), *Symptom Checklist-90* (SCL-90-R; Derogatis, 1994), *Global Assessment of Functioning* (GAF; Endicott et al., 1976), *Medida Canadense de Desempenho Ocupacional* (Law et al., 1990) entre outras (Gorenstein et al., 2016; Keller, 2003; Piccoloto et al., 2000). Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a influência de fatores sociodemográficos, clínicos, do estresse precoce e do desempenho ocupacional na resposta terapêutica de pacientes depressivos adultos tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em Hospital Dia.

Métodos

Contexto do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). O HD atende pacientes psiquiátricos adultos (com exceção de dependências químicas e transtornos de personalidade anti-social) em regime de acolhimento, semi-internação e pós-alta, maiores de 16 anos, de ambos os gêneros, de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 16h30 (Junqueira, 2009).

Desenho do Estudo

Estudo longitudinal, a partir de uma avaliação quantitativa e qualitativa da história de vida psiquiátrica, clínica e do desempenho ocupacional de pacientes depressivos do HD. Vale mencionar que o protocolo de avaliação psicométrica foi aplicado na admissão hospitalar e 60 dias após.

Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi realizado com setenta e três (n=73; 100%) pacientes depressivos, divididos em dois grupos: quarenta (n=40; 54.7%) pacientes respondedores e trinta e três não respondedores (n=33; 45.3%), sendo avaliados durante o período de julho de 2012 a dezembro de 2015. A avaliação da resposta terapêutica foi realizada através da Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS. Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de episódio depressivo atual, incluindo Transtornos Depressivos e Bipolares, de acordo com os critérios do DSM-5 (American

Psychiatric Association, 2014), podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas associadas ao diagnóstico principal, com pontuação na Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁) ≥ 16 , ou seja, pacientes depressivos com gravidade do quadro variando de moderada a severa (Hamilton, 1960). Todos os pacientes foram avaliados clinicamente quanto à presença de comorbidades, transtornos físicos, condições médicas gerais e estilo de vida. Foram excluídos pacientes com transtornos mentais causados por uma condição médica geral ou resultantes de efeito fisiológico direto de uma substância, abuso ou dependência de substâncias. Além disso, pacientes com retardo mental, déficits cognitivos, doença neurológica progressiva e degenerativa ou ainda em episódio psicótico agudo também foram excluídos, já que poderiam prejudicar a compreensão dos instrumentos de avaliação adotados neste estudo.

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e clínico

Questionário desenvolvido pelos pesquisadores para avaliação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes depressivos inseridos no estudo.

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI-Plus) (Sheehan et al., 1998)

A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias (Amorim, 2000). Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. No nosso estudo utilizamos a versão MINI-Plus por esta se destinar à avaliação mais aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida e explorar sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início, duração dos transtornos e número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (Amorim, 2000). A versão brasileira é denominada de Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versão brasileira 5.0.0, traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000), sendo sua versão original de Sheehan et al. (1998).

Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID Hamilton Depression Rating Scale – GRID-HAM-D₂₁) (DRSST, 2003)

A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtornos do humor (Hamilton, 1960). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando a pontuação entre 0 a 2 ou de 0 a 4 (Gorenstein e Moreno, 2011). Embora este instrumento seja considerada padrão-ouro na avaliação de gravidade da depressão, a literatura tem mostrado, ao longo dos anos, que há falhas nesse instrumento, principalmente relacionadas à baixa confiabilidade interavaliadores, em decorrência da falta de um modelo de entrevista e da dificuldade de padronização na pontuação (Snaith, 1996; Williams, 2001; Bagby et al., 2004). Nesse sentido, em 2003 foi criada a GRID-HAM-D (DRSST, 2003), com o intuito de conferir melhorias na HAM-D, no sentido de fornecer ao avaliador dimensões de intensidade e frequência independentemente para cada item da escala, permitindo assim uma padronização na aplicação da escala e uma maior confiabilidade interavaliadores na pontuação dos itens, sem que seja necessário o desenvolvimento de uma nova escala (Iannuzzo et al., 2006; Williams et al., 2008). Por este motivo, em nosso estudo optamos por utilizar a versão modificada da HAM-D, a GRID-HAM-D de 21 itens traduzida e adaptada para o português por Henrique-Araújo et al. (2014).

Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale - MADRS) (Montgomery e Asberg, 1979)

A Escala de Avaliação para depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) foi elaborada com base na *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* (CPRS) de Asberg et al. (1978), que abrangia 65 itens. Ela foi desenvolvida especialmente para medir mudanças clínicas no curso do tratamento, amplamente utilizada em ensaios com medicamentos antidepressivos (Montgomery e Asberg, 1979; Moreno e Moreno, 1998). A escala possui 10 itens, sendo que cada um dos itens engloba quatro descrições das manifestações de sintomas e permite pontos intermediários, de modo que o escore de cada item varia de 0 a 6, com maior pontuação refletindo sintomas mais graves (Gabryelewicz et al., 2004). Não foram definidos pelos autores os pontos de corte da MADRS para as diferentes gravidades. Entretanto, para a depressão grave, acredita-se que escores de 35 ou mais na MADRS corresponderiam a 28 pontos ou mais na HAM-D de 17 itens. Ademais, embora não exista um consenso para se definir remissão pela MADRS, sugere-se o que ponto de corte de 11 (ou

10) é comparável ao escore 7 na HAM-D. Apesar de ser muito utilizada em estudos no Brasil, assim como a HAM-D de 21 itens, a MADRS não possui estudos de validação para o português (Gorenstein e Moreno, 2011).

Inventário de Depressão de Beck II (Beck Depression Inventory – BDI-II) (Beck et al., 1996)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck et al. (1961) para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos. É um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas (Beck et al. 1996). O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala (Giavoni et al., 2008). Neste estudo utilizamos a versão mais recente do BDI, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) traduzido e adaptado para o português por Gorenstein et al. (2011), tendo em conta os estudos de validação realizados por Gomes-Oliveira et al. (2012).

Inventário de Ansiedade de Beck (Beck Anxiety Inventory - BAI) (Beck et al., 1988a)

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento desenvolvido para avaliar a severidade dos sintomas de ansiedade. É constituído por 21 itens que inclui os principais sintomas cognitivos, afetivos e fisiológicos de ansiedade, sendo de fácil e rápida administração, ela descreve sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao respondente é perguntado o quanto ele (a) foram incomodado por cada sintoma, durante a semana que passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63 (Cunha, 2001). Em nosso estudo foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck traduzido e adaptado para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1988a).

Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale - BHS) (Beck et al., 1974)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS) é um instrumento estruturado de autoadministração, composto por afirmativas que avaliam o grau de desesperança do paciente (mede atitudes negativas referentes ao futuro e seu grau de pessimismo) (Cunha, 2001). É uma escala dicotômica (certo e errado) e seus itens são pontuados em 0 ou 1, com um intervalo de

pontuação de 0-20, onde a soma de seus itens individuais resulta em um escore total, a partir do qual se classifica a desesperança em nível mínimo, leve, moderado ou grave (Cunha, 2001). Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Desesperança de Beck traduzida e adaptada para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1974).

Escala de Ideação Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation - BSI) (Beck et al., 1988b)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) foi construída para abordar o tema do pensamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos. A BSI é composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 3, onde seu escore varia de 0-38, de forma que a pontuação total produz um escore de gravidade. Não existe um corte dicotômico para definição de alto risco, mas as contagens altas indicam um maior risco de ideação suicida e os itens individuais podem ser usados como subsídios para ideação suicida ativa, ideação suicida passiva e tentativas de suicídio anteriores. No entanto, é calculada apenas a soma dos pontos para os primeiros 19 itens, não possuindo ponto de corte. Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) traduzida e adaptada para o português por Cunha (2001), sendo sua versão original de Beck et al. (1988b).

Escala de Impulsividade de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale BIS-11) (Patton et al., 1995)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) é um instrumento de auto-preenchimento para avaliar as dimensões da impulsividade amplamente definida como o “agir sem pensar”. A BIS-11 é constituído por 30 itens, é uma escala do tipo likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos, (Malloy-Diniz et al., 2010). Em nosso estudo foi utilizada a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) traduzida e adaptada para o português por Diemen et al. (2007), sendo sua versão original de Patton et. al., 1995.

Medida Canadense do Desempenho Ocupacional- COPM (Canadian Occupational Performance Measure) (Law et al., 1990)

A Medida Canadense do Desempenho Ocupacional é uma entrevista semi-estruturada, individualizada, que objetiva quantificar a auto-percepção do cliente no desempenho ocupacional. O seu enfoque está direcionado para as áreas do desempenho, especificamente as atividades de vida

diária, produtividade e lazer (Sumsion, 2003). A administração da COPM é realizada em 4 etapas : 1ª) identificação dos problemas do desempenho ocupacional; 2ª) quantificação da importância da atividade em termos de relevância para a vida do cliente, sendo que a importância é quantificada numa escala de 1-10 pontos; 3ª) cálculo do escore e planejamento da intervenção e implementação; 4ª) reavaliação e juntamente com o cliente análise de problemas novos ou remanescentes de desempenho ocupacional. O escore obtido reflete a percepção do paciente em relação ao seu próprio desempenho e auxilia na definição de prioridades para o processo terapêutico. No nosso estudo será utilizada a versão traduzida para o português por Magalhães et al. 2009, sendo sua versão original de Law et al., 1990.

Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) (Bernstein et al., 2003)

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) foi elaborado por Bernstein et al. (1994) para investigar história de abuso e negligência durante a infância, podendo ser aplicado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância.

É uma entrevista retrospectiva, autoaplicável que avalia 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física (Grassi-Oliveira et al., 2006; Segantredo et al., 2009). Os itens do CTQ são classificados em uma escala Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. Segundo o proposto por Bernstein et al. (2003), indivíduos que apresentam escores de *Moderado-Severo* ou *Severo-Extremo*, em qualquer um dos subtipos, são considerados com estresse precoce. Neste sentido, indivíduos sem estresse precoce são aqueles que apresentam escores classificados como *Nenhum-Mínimo* ou *Leve-Moderado*, em todos os subtipos de estresse precoce (Grassi-Oliveira et al., 2014; Carpenter et al., 2007; Bernstein et al., 2003; 1997;1994).

Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, onde foram feitos cálculos de estatística descritiva, como frequência simples, porcentagens, médias, erro padrão da média ($\pm epm$).

Para a comparação entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores ao tratamento, utilizamos para os dados não paramétricos o teste do qui-quadrado (χ^2) e para os dados paramétricos o teste *t* de Student não pareado. Para a verificação da resposta terapêutica através da avaliação da sintomatologia psiquiátrica e do desempenho ocupacional dos grupos de pacientes depressivos respondedores vs. pacientes depressivos não respondedores e pacientes depressivos com EP vs. pacientes depressivos sem EP entre os tempos de admissão e 60 dias após foi utilizado o teste de análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas de efeito misto.

As correlações entre a gravidade da sintomatologia depressiva, dos sintomas psiquiátricos e do desempenho ocupacional dos pacientes respondedores e não respondedores na admissão e 60 dias foram examinadas por meio do coeficiente de correlação de *Pearson*. Vale mencionar que a classificação para os graus de coeficiente de correlação utilizada em nosso estudo foi a proposta por Dancey & Reidy (2006), sendo considerado os seguintes valores: 0.1 a 0.3= fraca; 0.4 a 0.6= moderada; 0.7 a 0.9= forte; 1= perfeito. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$.

Resultados

Todos os pacientes do estudo foram avaliados quanto à resposta terapêutica através da Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS). Foram utilizados como ponto de corte para a inclusão no grupo de respondedores os pacientes que obtiveram uma diminuição na MADRS de 60 dias em 50% dos escores na admissão. No grupo de não respondedores foram incluídos os pacientes que obtiveram uma diminuição na MADRS de 60 dias $< 50\%$ na admissão. Dos pacientes inseridos no estudo, 73 tiveram avaliação na admissão e 60 dias após, sendo divididos em dois grupos, onde 40 pacientes depressivos (54.8%) foram incluídos no grupo de respondedores e 33 pacientes depressivos (45.2%) no grupo de não respondedores. A pontuação média na MADRS da admissão no grupo de pacientes respondedores foi de 29.7 (± 1.1) e 60 dias após de 10.1 (± 0.9). No grupo de pacientes não respondedores as médias da MADRS de admissão foram de 29.7 (± 1.4) e 60 dias após de 21.9 (± 1.1). Dos pacientes respondedores 17 (42.5%) sujeitos apresentaram remissão dos sintomas, enquanto que 13 (32.5%) apresentavam depressão leve e 10 (25%) indivíduos apresentavam depressão moderada. Na tabela a seguir estão apresentadas as características sociodemográficas entre pacientes respondedores e não respondedores.

Tabela 25- Características sócio-demográficas da amostra de pacientes depressivos de acordo com a resposta terapêutica

<i>n</i>=73 (100%)				
	Respondedores (<i>n</i>=40; 54.8%)	Não Respondedores (<i>n</i>=33; 45.2%)	Estatística	<i>p</i>
<i>Gênero, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=0.16 (1.0)	0.68
Feminino	33 (82.5)	26 (78.8)		
Masculino	7 (17.5)	7 (21.2)		
<i>Idade, anos (±epm)</i>	42.5 (±1.6)	40.4 (±1.9)	<i>t</i> (d.f.)=-0.81 (71.0)	0.41
<i>Cor, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=0.52 (3.0)	0.91
Branco (a)	24 (60.0)	17 (51.5)		
Pardo (a)	12 (30.0)	12 (36.4)		
Negro (a)	3 (7.5)	3 (9.1)		
Amarelo (a)	1 (2.5)	1 (3.)		
<i>Escolaridade, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=2.12 (5.0)	0.83
EFI	10 (25.0)	8 (24.2)		
EFC	6 (15.0)	3 (9.1)		
EMI	1 (2.5)	2 (6.1)		
EMC	13 (32.5)	9 (27.3)		
ESI	4 (10.0)	6 (18.2)		
ESC	6 (15.0)	5 (15.2)		
<i>Religião, n (%)</i>	36 (90.0)	25 (75.8)	X^2 (d.f.)=2.67 (1.0)	0.10
<i>Estado civil, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=0.40 (3.0)	0.93
Solteiro (a)	12 (30.0)	10 (30.3)		
Casado (a)/Amasiado (a)	16 (40.0)	15 (45.5)		
Separado (a)/Divorciado (a)/	10 (25.0)	7 (21.2)		
Desquitado (a)				
Viúvos (a)	2 (5.0)	1 (3.0)		
<i>Filhos, n (%)</i>	29 (72.5)	23 (69.7)	X^2 (d.f.)=0.06 (1.0)	0.79
<i>Reside, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=3.04 (3.0)	0.38
Sozinho (a)	4 (10.0)	7 (21.2)		
Família originária	14 (35.0)	8 (24.2)		
Família conjugal	21 (52.5)	18 (54.5)		
Outros	1 (2.5)	0.0		
<i>Trabalho, n (%)</i>			X^2 (d.f.)=0.03 (1.0)	0.84
Ativo	2 (5.0)	2 (6.1)		
Inativo	38 (95.0)	31 (93.9)		
<i>Estresse Precoce, n (%)</i>	26 (65.0)	27 (81.8)	X^2 (d.f.)=2.57 (1.0)	0.10

Nota: EFI: Ensino Fundamental Incompleto; EFC: Ensino Fundamental Completo; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo;

Os grupos de pacientes respondedores e não respondedores foram semelhantes quanto ao gênero, havendo um predomínio de pacientes do sexo feminino, sem diferença estatística ($p=0.68$). No que diz respeito à idade, os grupos também não diferiram ($p=0.41$), sendo a idade média dos pacientes respondedores 42.5 (± 1.6) anos e dos pacientes não-respondedores de 40.4 (± 1.9) anos. Os grupos não diferiram ainda com relação à cor ($p=0.91$), embora a cor branca seja predominante em ambas às amostras. Além disso, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação à escolaridade ($p=0.83$), embora havendo um predomínio de ensino médio completo (EMC) nos dois grupos. No que diz respeito à prática de religião, não foram encontradas diferenças significativas ($p=0.10$), com predomínio da prática religiosa em ambos os grupos. Para o estado civil, a maioria de ambos os grupos de pacientes eram casados (as)/amasiados (as), não havendo diferença estatística entre eles ($p=0.93$). Ainda, em ambas as amostras houve um predomínio de pacientes com filhos, que residem com a família conjugal e inativos no trabalho, sem diferença significativa nestas características sócio-demográficas, respectivamente ($p=0.79$), ($p=0.38$) e ($p=0.84$). No que diz respeito ao estresse precoce, encontramos um predomínio da ocorrência de estresse precoce em pacientes depressivos respondedores e não respondedores, sem significância ($p=0.10$), mas é válido ressaltar que a amostra de pacientes não-respondedores apresentou em torno de 80% de estresse precoce, enquanto que os respondedores a porcentagem foi de 65%, demonstrando assim o predomínio desta característica no grupo de pacientes não-respondedores.

Na tabela 26 estão descritas as características clínicas dos pacientes depressivos respondedores e não respondedores.

Tabela 26- Características clínicas da amostra de pacientes depressivos de acordo com a resposta terapêutica

n=73 (100%)				
	Pacientes Respondedores (n=40; 54.8%)	Pacientes Não respondedores (n=33;45.2%)	Estatística	p
Diagnóstico Principal, n (%)			$X^2(\text{d.f.})=0.00 (1.0)$	0.98
Depressão Unipolar	29 (72.5)	24 (72.7)		
Depressão Bipolar	11 (27.5)	9 (27.3)		
Idade de início da doença, média ($\pm\text{epm}$)	29.9 (± 2.4)	26.5 (± 2.6)	$t(\text{d.f.})=-0.93 (44.0)$	0.35
Idade do episódio depressivo atual, média ($\pm\text{epm}$)	41.9 (± 1.7)	41.0 (± 2.0)	$t(\text{d.f.})=-0.32 (71.0)$	0.74
Duração da doença, média ($\pm\text{epm}$)	12.8 (± 1.9)	13.0 (± 2.4)	$t(\text{d.f.})=0.03 (43.0)$	0.97
Hospitalizações anteriores, n ($\pm\text{epm}$)	1.4 (± 0.2)	1.7 (± 0.2)	$t(\text{d.f.})=0.72 (38.0)$	0.47
Doenças Clínicas, n (%)	25 (62.5)	23 (69.7)	$X^2(\text{d.f.})=0.41 (1.0)$	0.51
Tabagismo, n (%)	10 (25.0)	6 (18.2)	$X^2(\text{d.f.})=0.49 (1.0)$	0.48
Etilismo, n (%)	0 (0)	4 (12.1)	$X^2(\text{d.f.})=5.13 (1.0)$	0.02
Uso de drogas ilícitas, n (%)	1 (2.5)	1 (3.0)	$X^2(\text{d.f.})=0.01 (1.0)$	0.89
Tentativas de suicídio, n (%)	27 (67.5)	28 (84.8)	$X^2(\text{d.f.})=2.92 (1.0)$	0.08
Tratamento psiquiátrico prévio, n (%)	36 (90.0)	31 (93.9)	$X^2(\text{d.f.})=0.37 (1.0)$	0.54
Internação psiquiátrica prévia, n (%)	26 (65.0)	18 (54.5)	$X^2(\text{d.f.})=0.82 (1.0)$	0.36
Hist. familiar de transtorno psiquiátrico, n (%)	23 (57.5)	27 (81.8)	$X^2(\text{d.f.})=4.95 (1.0)$	0.02
Medicações psiquiátricas, n (%)		-	-	
ISRS	29 (72.5)	19 (57.6)	$X^2(\text{d.f.})=1.78 (1.0)$	0.18
ADT	11 (27.5)	9 (27.3)	$X^2(\text{d.f.})=0.00 (1.0)$	0.98
Outros AD	8 (20.0)	9 (27.3)	$X^2(\text{d.f.})=0.53 (1.0)$	0.46
Antipsicótico	26 (65.0)	20 (60.6)	$X^2(\text{d.f.})=0.15 (1.0)$	0.69
Estabilizador do Humor	16 (40.0)	11 (33.3)	$X^2(\text{d.f.})=0.34 (1.0)$	0.55
Benzodiazepínico	24 (60.0)	20 (60.6)	$X^2(\text{d.f.})=0.00 (1.0)$	0.95
Nº de medicações psiquiátricas, média ($\pm\text{epm}$)	3.0 (± 0.1)	2.76 (± 0.1)	$t(\text{d.f.})= -1.13 (71.0)$	0.25
Tempo de internação, dias ($\pm\text{epm}$)	94.5 (± 4.8)	99.3 (± 5.0)	$t(\text{d.f.})=0.68 (71.0)$	0.49

Nota: ISRS: Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina; ADT: Antidepressivo Triciclíco; AD: Antidepressivo; Nº: Número; Hist.: Histórico; *epm*: erro da média.

Segundo os dados demonstrados na tabela acima, em ambos os grupos encontramos um predomínio de pacientes com diagnóstico de Depressão Unipolar, sem diferença estatística ($p=0.98$).

Quanto às comorbidades psiquiátricas, no grupo de pacientes respondedores verificamos que 15 (37.5%) dos pacientes apresentavam Transtorno de Ansiedade Generalizada, 7 (17.5%)

Transtorno de Pânico, 7 (17.5%) Agorafobia, 12 (30.0%) Fobia Social, 2 (5.0%) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 12 (15.0%) Fobia Específica, 17 (42.5%) Transtorno de Personalidade, 0 Distímia, 3 (7.5%) Transtorno Conversivo, 1 (2.5%) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 1 (2.5%) Hipocondria, 5 (12.5%) Transtorno de Somatização, 1 (2.5%) Transtorno Doloroso, 3 (7.5%) Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda entre as 33 pacientes do gênero feminino, 4 (10.0%) apresentavam Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. No grupo de pacientes não respondedores encontramos que 7 (21.2%) dos pacientes apresentavam Transtorno de Ansiedade Generalizada, 5 (15.2%) Transtorno de Pânico, 12 (36.4%) Agorafobia, 11 (33.3%) Fobia Social, 3 (9.1%) Transtorno Obsessivo-Compulsivo, 9 (27.3%) Fobia Específica, 13 (39.4%) Transtorno de Personalidade, 2 (6.1%) Distímia, 1 (3.0%) Transtorno Conversivo, 1 (3.0%) Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 2 (6.1%) Hipocondria, 6 (18.2%) Transtorno de Somatização, 2 (6.1%) Transtorno Doloroso, 2 (6.1%) Transtorno Dismórfico Corporal. Ainda entre as 26 pacientes do gênero feminino, 2 (6.1%) apresentavam Transtorno Disfórico Pré-Menstrual.

Com relação à cronicidade da doença depressiva, observamos que a média da idade de início da depressão no grupo de pacientes respondedores foi de 29.9 (± 2.4) anos, enquanto que no grupo de pacientes não respondedores foi 26.5(± 2.6) anos, sem diferença estatística ($p=0.35$). A idade do episódio atual dos pacientes respondedores foi 41.9 (± 1.7) anos, enquanto que no grupo não respondedores foi de 41.0 (± 2.0) anos, sem diferença estatística ($p=0.74$). A duração da doença no grupo de pacientes respondedores foi de 12.8 (± 1.9) anos e no grupo não respondedores foi 13.0(± 2.4) anos, sem diferença estatística ($p=0.97$). Pacientes respondedores tiveram em média 1.4 (± 0.2) hospitalizações anteriores e os pacientes não respondedores 1.7 (± 0.2), também sem diferença significativa ($p=0.48$).

Verificamos que em ambos os grupos de pacientes houve um predomínio de doenças clínicas, sem diferença estatística ($p=0.51$). Além disso, um quarto dos pacientes respondedores fazia uso de tabaco, enquanto que uma parcela menor de pacientes não respondedores fazia uso de tabaco, sem diferença significativa entre os grupos ($p=0.57$). Em torno de 15% dos pacientes não respondedores eram etilistas, enquanto que nenhum paciente do grupo respondedor fazia uso abusivo de álcool, evidenciando assim a diferença estatística ($p=0.02$). Encontramos apenas um paciente em cada grupo (respondedores e não respondedores) que fazia uso de drogas, sem diferença estatística ($p=0.89$). A maioria do grupo de pacientes respondedores e não respondedores apresentou tentativa de suicídio prévia, mas é válido ressaltar que em torno de 85% dos pacientes não respondedores apresentou

a tentativa, enquanto que uma taxa de 65% dos pacientes não respondedores também tentou, evidenciando assim uma tendência estatística ($p=0.08$).

Ademais, os grupos de pacientes não diferiram quanto ao tratamento psiquiátrico prévio ($p=0.54$) e quanto à internação psiquiátrica prévia ($p=0.36$). Encontramos diferença significativa entre os grupos para histórico familiar de transtorno psiquiátrico ($p=0.02$), sendo que mais de 80% dos pacientes não respondedores tinham histórico familiar de transtorno psiquiátrico, enquanto que em torno de 58% dos pacientes respondedores tinham histórico familiar de transtorno psiquiátrico.

Os pacientes respondedores e não respondedores não diferiram com relação ao uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina ($p=0.18$), de antidepressivos tricíclicos ($p=0.98$), de outros antidepressivos ($p=0.46$), de antipsicóticos ($p=0.69$), de estabilizadores do humor ($p=0.55$) e de benzodiazepínicos ($p=0.95$), bem como do número de medicações psiquiátricas ($p=0.25$) e tempo médio de internação ($p=0.49$).

Na tabela a seguir será descrito a relação entre os subtipos de estresse precoce entre pacientes respondedores e não respondedores.

Tabela 27- Relação entre subtipos de estresse precoce e pacientes depressivos respondedores e não respondedores

Variável	n=73 (100%)		Estatística	P
	Respondedores 40 (54.8%)	Não Respondedores 33 (45.2%)		
Abuso Emocional			$X^2(\text{d.f.})=0.28 (1.0)$	0.59
Não	17 (42.5)	12 (36.4)		
Sim	23 (57.5)	21 (63.6)		
Abuso Físico			$X^2(\text{d.f.})=0.28 (1.0)$	0.59
Não	23 (57.5)	21 (63.6)		
Sim	17 (42.5)	12 (36.4)		
Abuso Sexual			$X^2(\text{d.f.})=2.03 (1.0)$	0.15
Não	24 (60.0)	25 (75.8)		
Sim	16 (40.0)	8 (24.2)		
Negligência Emocional			$X^2(\text{d.f.})=0.41 (1.0)$	0.51
Não	20 (50.0)	14 (42.4)		
Sim	20 (50.0)	19 (57.6)		
Negligência Física			$X^2(\text{d.f.})=0.22 (1.0)$	0.63
Não	24 (60.0)	18 (54.5)		
Sim	16 (40.0)	15 (45.5)		

Conforme a tabela 27 demonstra, observamos um predomínio da ocorrência do abuso emocional no grupo de pacientes respondedores e não respondedores, sem diferença significativa ($p=0.59$). Em contrapartida, em ambos os grupos de pacientes, as situações de abuso físico, abuso sexual e negligência física ocorreram em um número menor de pacientes e sem diferença estatística ($p=0.59$; $p=0.15$; $p=0.63$), respectivamente. Notamos ainda que a metade dos pacientes depressivos respondedores passou por negligência emocional, enquanto que quase 60% da amostra do grupo de pacientes não respondedores vivenciou a negligência emocional, porém sem diferença significativa ($p=0.51$).

A tabela a seguir demonstra comparativamente os dados referentes às avaliações psicométricas a partir dos instrumentos de quantificação da gravidade dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores, no momento da admissão e 60 dias após.

Tabela 28- Avaliação dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e 60 dias

n=73 (100%)										
	Respondedores (n=40; 54.8%)		Não Respondedores (n=33; 45.2%)		Tempo		Grupo vs. tempo		Grupos	
	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	F (d.f)	p	F (d.f)	p	F (d.f)	p
GRID-	26.8	11.8	27.5	21.1	242.7	0.001	40.0	0.001	13.8	0.001
HAM-D ₂₁	(±1.0)	(±0.9)	(±1.1)	(±1.1)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
MADRS	29.7	10.1	29.7	21.9	413.6	0.001	78.2	0.001	15.1	0.001
	(±1.1)	(±0.9)	(±1.4)	(±1.1)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
BDI-II	39.9	21.3	41.9	32.6	70.9	0.001	7.9	0.006	7.4	0.008
	(±1.7)	(±2.1)	(±2.1)	(±2.1)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
BAI	32.7	19.7	32.7	24.1	50.4	0.001	2.0	0.15	0.6	0.41
	(±2.0)	(±2.1)	(±2.0)	(±2.6)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
BHS	11.5	6.5	13.4	11.3	29.7	0.001	4.8	0.03	10.8	0.002
	(±0.8)	(±0.8)	(±0.7)	(±0.8)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
BSI	15.7	4.6	17.0	13.4	40.2	0.001	10.4	0.002	7.4	0.008
	(±1.5)	(±1.1)	(±1.6)	(±1.8)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	
BIS-11	73.5	68.2	76.6	74.0	9.7	0.003	1.1	0.29	4.3	0.04
	(±1.5)	(±1.1)	(±1.4)	(±1.4)	(1.0)		(1.0)		(1.0)	

Nota: Adm: admissão hospitalar; MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; *epm*: erro da média.

Conforme a tabela 28 demonstra, em relação à avaliação dos sintomas depressivos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e 60 dias, a partir da GRID-HAM-D₂₁, encontramos diferenças significativas entre os tempos (admissão e 60 dias), na interação entre grupo vs. tempos e entre os grupos (respondedores e não respondedores): $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectivamente. Ainda em relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir da MADRS, encontramos diferenças significativas entre os tempos, na interação entre grupo vs. tempos e entre os grupos: $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, respectivamente. Também com relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir do BDI-II, encontramos diferenças significativas entre os tempos, na interação entre grupo vs. tempos e entre os grupos: $p<0.001$, $p=0.006$, $p=0.008$, respectivamente.

Quanto à avaliação dos sintomas ansiosos de pacientes depressivos a partir da BAI, encontramos diferenças significativas entre os tempos, $p<0.001$, porém não encontramos diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempos e os grupos: $p=0.15$, $p=0.41$, respectivamente.

Na avaliação dos sintomas de desesperança de pacientes depressivos a partir da BHS, encontramos diferenças significativas entre os tempos, na interação entre grupo vs. tempos e entre os grupos: $p<0.001$, $p=0.003$, $p=0.002$, respectivamente.

Os dados da avaliação dos sintomas de ideação suicida de pacientes depressivos a partir da BSI, demonstraram diferenças significativas entre os tempos, na interação entre grupo vs. tempos e entre os grupos: $p<0.001$, $p=0.002$, $p=0.008$, respectivamente.

E no que diz respeito à avaliação dos sintomas de impulsividade de pacientes depressivos a partir da BIS-11, encontramos diferenças significativas entre os tempos, e entre os grupos: $p=0.003$, $p=0.04$, respectivamente, mas não encontramos diferenças na interação entre grupo vs. tempos, $p=0.29$.

Devido às diferenças encontradas entre os tempos e grupos em relação à avaliação dos sintomas depressivos, foi aplicado o teste t para cada instrumento comparando pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e 60 dias, a partir da GRID-HAM-D₂₁, sendo que não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=0.45$; d.f.=71; $p=0.65$) e 60 dias após encontramos uma diferença entre os grupos na resposta ao tratamento ($t=6.4$; d.f.=71; $p<0.001$). Ainda em relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir da MADRS, não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=-0.015$; d.f.=71; $p=0.99$) e 60 dias após encontramos uma diferença significativa entre os grupos e sua resposta ao tratamento ($t=8.12$; d.f.=71; $p<0.001$). Também com relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir do BDI-II, não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=0.72$; d.f.=71; $p=0.47$) e 60 dias após encontramos uma diferença significativa entre os grupos ($t=3.6$; d.f.=71; $p=0.001$).

Quanto à avaliação dos sintomas ansiosos de pacientes depressivos a partir da BAI, não encontramos diferenças significativas entre os grupos dos respondedores e não respondedores na admissão ($t=-0.20$; d.f.=71; $p=0.98$) nem 60 dias após ($t=1.31$; d.f.=71; $p=0.19$).

Na avaliação dos sintomas de desesperança de pacientes depressivos a partir da BHS, não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=1.61$; d.f.=71; $p=0.11$), mas 60 dias após o tratamento os grupos diferiram em relação aos níveis de desesperança ($t=3.89$; d.f.=71; $p<0.001$), demonstrando níveis de desesperança maiores em pacientes não respondedores após o tratamento de 60 dias.

Os dados da avaliação dos sintomas de ideação suicida de pacientes depressivos a partir da BSI, demonstraram que não houve diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=0.58$; d.f.=71; $p=0.56$), mas 60 dias após encontramos uma diferença significativa entre os grupos em relação ao escores de ideação suicida ($t=4.13$; d.f.=71; $p<0.001$).

No que diz respeito à avaliação dos sintomas de impulsividade de pacientes depressivos a partir da BIS-11, não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=1.21$; d.f.=71; $p=0.23$) mas 60 dias após os grupos diferiram significativamente entre si ($t=2.48$; d.f.=71; $p=0.015$), demonstrando níveis de impulsividade maiores nos pacientes não respondedores quanto tratamento de 60 dias.

Com relação à avaliação da auto-percepção do desempenho ocupacional de pacientes depressivos vale a pena destacar que realizamos esta avaliação com uma amostra total de 54 pacientes depressivos, sendo divididos em dois grupos: respondedores ($n=29$; 53.7%) e não respondedores ($n=25$; 46.3%). A tabela 29 evidencia os dados da avaliação na admissão e 60 dias após destes sujeitos, vide abaixo:

Tabela 29- Avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos respondedores e não respondedores na admissão e 60 dias

n=54 (100%)										
Respondedores (n=29; 53.7%)		Não Respondedores (n=25; 46.3%)		Tempo		Grupos vs. tempo		Grupos		
Adm média (epm)	60 dias média (epm)	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	F (d.f)	p	F (d.f)	p	F (d.f)	p	
COPM-D	2.5 (±0.2)	5.7 (±0.4)	2.8 (±0.2)	4.4 (±0.4)	60.3 (1.0)	0.001	6.6 (1.0)	0.01	1.2 (1.0)	0.26
COPM-S	2.2 (±0.2)	5.7 (±0.4)	1.7 (±0.2)	4.0 (±0.4)	77.8 (1.0)	0.001	3.3 (1.0)	0.07	5.5 (1.0)	0.02

Nota: Adm: admissão hospitalar; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); *epm*: erro da média.

Em relação à avaliação do desempenho ocupacional, sub-escala desempenho a partir da COPM, encontramos diferenças significativas entre os tempos (admissão e 60 dias), na interação entre grupo vs. tempos, $p<0.001$, $p=0.01$, respectivamente, mas não encontramos diferenças entre os grupos (respondedores e não respondedores): $p=0.26$. Em relação à avaliação do desempenho ocupacional, sub-escala satisfação a partir da COPM, encontramos diferenças significativas entre os tempos e entre os

grupos $p<0.001$, $p=0.02$, respectivamente e uma tendência de haver uma interação significativa entre grupos vs. tempo ($p=0.07$).

Devido às diferenças encontradas entre os tempos e grupos em relação a auto-percepção do desempenho ocupacional de pacientes depressivos respondedores e não respondedores avaliados na admissão hospitalar e 60 dias após, foi aplicado o teste t .

A partir da subescala, de desempenho ocupacional não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=0.70$; d.f.=54; $p=0.49$), 60 dias após encontramos uma diferença entre os grupos, com os repondedores apresentando melhor desenpenho ocupacional após o tratamento ($t=-2.32$; d.f.=71; $p=0.02$). Da mesma forma na subescala, de satisfação não encontramos diferenças significativas entre os grupos na admissão ($t=-1.33$; d.f.=53; $p=0.17$), 60 dias após encontramos uma diferença entre os grupos com maior satisfação após o tratamento no grupo dos respondedores ($t=-2.65$; d.f.=54; $p=0.01$).

A tabela 30 evidencia as pontuações obtidas no desempenho ocupacional dos pacientes depressivos respondedores e não respondedores.

Tabela 30- Pontuação da mudança no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores

		n=54 (100%)		
	Respondedores (n= 29; 53.7%)	Não Respondedores (n=25; 46.3%)	Estatística	p
Mudança no Desempenho	3.2 (± 0.4)	1.8 (± 0.4)	$t(d.f.)=-2.34$ (52.0)	0.02
Mudança na Satisfação	3.4 (± 0.4)	2.2 (± 0.4)	$t(d.f.)=-1.86$ (52.0)	0.06

Conforme a tabela 30 demonstra, a mudança no grau de desempenho no grupo de pacientes depressivos respondedores foi de 3.2 pontos (± 0.4) e no grupo não-respondedores foi de 1.8 (± 0.4), apresentando diferença significativa ($p=0.02$). Com relação a análise do grau de satisfação, a mudança para o grupo de pacientes depressivos respondedores foi de 3.4 pontos (± 0.4), enquanto que no grupo não respondedores a mudança foi de 2.2 pontos (± 0.4), apresentando uma tendência na significância estatística. Dessa forma, observamos que o grupo de pacientes depressivos respondedores apresentou uma mudança maior tanto no desempenho quanto na satisfação, revelando assim mudança na auto-percepção do desempenho ocupacional.

A tabela a seguir demonstra as áreas afetadas do desempenho ocupacional de pacientes depressivos respondedores e não respondedores.

Tabela 31- Áreas afetadas no desempenho ocupacional entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores

	n=54 (100%)		Estatística	p
	Respondedores (n= 29; 53.7%)	Não Respondedores (n=25; 46.3%)		
Auto-Cuidado	26 (89.6)	23 (92.0)	$\chi^2(\text{d.f.})=0.08 (1.0)$	0.76
Lazer	22 (75.8)	16 (64.0)	$\chi^2(\text{d.f.})=0.90 (1.0)$	0.34
Produtividade	22 (75.8)	23 (92.0)	$\chi^2(\text{d.f.})=2.51 (1.0)$	0.11

Conforme é evidenciado na tabela 31, houve um predomínio em ambos os grupos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores para prejuízos no auto-cuidado, lazer e produtividade, sem diferença significativa entre as amostras. Ressalta-se que a porcentagem de sujeitos com prejuízos no auto-cuidado é relativamente igual entre os grupos, ou seja, respondedores: 89.6% vs. não respondedores: 92.0%, ($p=0.76$); Já em relação ao lazer, a porcentagem dos sujeitos nos grupos com prejuízos na atividade de lazer é diferente, ou seja, respondedores: 75.8% vs. não respondedores: 64.0%, sem diferença significativa ($p=0.34$). Vale destacar que a porcentagem de sujeitos com prejuízos no domínio produtividade entre os grupos foi expressivamente diferente, onde a porcentagem de pacientes respondedores é 75.8% vs. 92.0% para o grupo de pacientes não respondedores, sem diferença significativa ($p=0.11$).

Além disso, realizamos análises de correlação entre a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e os instrumentos de quantificação dos sintomas psiquiátricos na admissão e 60 dias após a admissão. Ademais, foram conduzidas análises de correlação entre a MADRS e a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) na admissão e 60 dias após a admissão. A tabela 32 evidencia os resultados das correlações dos pacientes depressivos respondedores e não respondedores no momento da admissão.

Tabela 32- Correlações entre a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), instrumentos de quantificação dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre pacientes respondedores e não respondedores (na admissão hospitalar)

<i>n=73 (100%)</i>		
INSTRUMENTO	Respondedores, 40 (54.8%)	Não Respondedores, 33 (45.2%)
MADRS e GRID-HAM-D₂₁	($r=0.83$; $p<0.001$)	($r=0.82$; $p<0.001$)
MADRS e BDI-II	($r=0.55$; $p<0.001$)	($r=0.32$; $p=0.06$)
MADRS e BAI	($r=0.52$; $p=0.01$)	($r=0.19$; $p=0.28$)
MADRS e BHS	($r=0.36$; $p=0.02$)	($r=0.31$; $p=0.07$)
MADRS e BSI	($r=0.54$; $p<0.001$)	($r=0.14$; $p=0.43$)
MADRS e BIS-11	($r=0.32$; $p=0.04$)	($r=0.26$; $p=0.13$)
<i>n=54 (100%)</i>		
INSTRUMENTO	Respondedores, 29 (53.7%)	Não Respondedores, 25 (46.3%)
MADRS e COPM-D	($r=-0.20$; $p=0.28$)	($r=0.35$; $p=0.08$)
MADRS e COPM-S	($r=-0.33$; $p=0.08$)	($r=-0.52$; $p=0.80$)

Nota: MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); r: correlação de Pearson.

Conforme a tabela acima demonstra, encontramos 6 correlações significativas no grupo de pacientes depressivos respondedores, no momento da admissão hospitalar, onde a gravidade da depressão (de acordo com MADRS) está relacionada com a gravidade da depressão, de acordo com a GRID-HAM-D₂₁ e de acordo com o BDI-II ($r=0.83$; $p<0.001$), ($r=0.55$; $p<0.001$), respectivamente. Além disso, a gravidade da depressão (de acordo com MADRS) está relacionada com gravidade dos sintomas de ansiedade, desesperança, ideação suicida e impulsividade de acordo com o BAI, a BHS, o BSI e a BSI, ($r=0.52$; $p=0.01$), ($r=0.36$; $p=0.02$), ($r=0.54$; $p<0.001$), ($r=0.32$; $p=0.04$), respectivamente. Não encontramos correlações significativas entre a gravidade da depressão (de acordo com a MADRS) e pior desempenho ocupacional e pior satisfação dos pacientes depressivos respondedores, ($r=-0.20$; $p=0.28$) e ($r=-0.33$; $p=0.08$), respectivamente.

Em contrapartida, encontramos apenas uma correlação significativa no grupo de pacientes depressivos não respondedores, no momento da admissão hospitalar, onde a gravidade da depressão (de acordo com MADRS) está relacionada com a gravidade da depressão, de acordo com a GRID-HAM-D₂₁ ($r=0.82$; $p<0.001$).

Na tabela 33 estão apresentadas as correlações dos pacientes depressivos respondedores e não respondedores 60 dias após a admissão hospitalar.

Tabela 33- Correlações entre a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS), instrumentos de quantificação dos sintomas psiquiátricos e desempenho ocupacional entre pacientes respondedores e não respondedores (60 dias)

n=73 (100%)		
INSTRUMENTO	Respondedores, 40 (54.8%)	Não Respondedores, 33 (45.2%)
MADRS e GRID-HAM-D₂₁	(r=0.88; p<0.001)	(r=0.79; p<0.001)
MADRS e BDI-II	(r=0.56; p<0.001)	(r=0.49; p=0.03)
MADRS e BAI	(r=0.47; p=0.02)	(r=0.35; p=0.04)
MADRS e BHS	(r=0.44; p=0.04)	(r=0.40; p=0.02)
MADRS e BSI	(r=0.41; p=0.009)	(r=0.47; p=0.06)
MADRS e BIS-11	(r=0.37; p=0.01)	(r=0.37; p=0.03)
n=54 (100%)		
INSTRUMENTO	Respondedores, 29 (53.7%)	Não Respondedores, 25 (46.3%)
MADRS e COPM-D	(r=-0.48; p=0.008)	(r=-0.50; p<0.001)
MADRS e COPM-S	(r=-0.59; p<0.001)	(r=-0.59; p<0.001)

Nota: MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; HAD-A: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Ansiedade); HAD-D: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Subescala Depressão); BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); r: correlação de Pearson.

Observamos que em ambos os grupos de pacientes respondedores e não respondedores, 60 dias após a admissão hospitalar, foram encontradas correlações significativas entre a MADRS e todos os instrumentos de quantificação da sintomatologia psiquiátrica, ou seja, de depressão de acordo com a GRID-HAM-D₂₁ e acordo com o BDI-II, de ansiedade, desesperança, ideação suicida e impulsividade, respectivamente para o grupo de pacientes respondedores (r=0.88; p<0.001; r=0.56; p<0.001; r=0.47; p=0.02; r=0.41; p=0.009; r=0.37; p=0.01) e no grupo de pacientes não respondedores (r=0.79; p<0.001; r=0.49; p=0.03; r=0.35; p=0.04; r=0.40; p=0.02; r=0.47; p=0.06; r=0.37; p=0.03), respectivamente.

Ademais foram encontradas correlações significativas para o grau de desempenho ocupacional e satisfação dos pacientes depressivos respondedores e não respondedores 60 dias após a admissão hospitalar, indicando que a gravidade da depressão, de acordo com a MADRS está

relacionada com o pior desempenho ocupacional e pior satisfação, de acordo com a COPM, ($r=-0.48$; $p=0.008$) e ($r=-0.59$; $p<0.001$) respectivamente para o grupo de pacientes respondedores e ($r=-0.50$; $p<0.001$) e ($r=-0.59$; $p<0.001$) no grupo de pacientes não respondedores.

Realizamos ainda a análise estatística denominada de ANOVA para avaliação dos sintomas psiquiátricos dos pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias após a admissão, demonstradas na tabela a seguir:

Tabela 34- Avaliação dos sintomas psiquiátricos de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias

n=73 (100%)										
	Com EP (n=53; 72.6%)		Sem EP (n=20; 27.4%)		Tempo		Grupos tempo		vs.	Grupos
	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	F (d.f)	p	F (d.f)	p	F (d.f)	p
GRID-HAM-D ₂₁	27.7 (±0.9)	17.0 (±1.0)	25.3 (±1.4)	13.2 (±1.5)	143.3 (1.0)	0.001	0.54 (1.0)	0.46	3.79 (1.0)	0.05
MADRS	30.0 (±1.1)	16.5 (±1.2)	28.7 (±1.4)	12.5 (±1.5)	413.6 (1.0)	0.001	1.6 (1.0)	0.20	2.1 (1.0)	0.14
BDI-II	41.9 (±1.6)	28.6 (±2.0)	38.0 (±2.5)	20.8 (±2.6)	62.3 (1.0)	0.001	1.0 (1.0)	0.30	4.4 (1.0)	0.04
BAI	32.9 (±1.7)	22.6 (±2.0)	32.1 (±2.5)	19.2 (±2.7)	45.6 (1.0)	0.001	0.5 (1.0)	0.46	0.4 (1.0)	0.49
BHS	13.2 (±0.6)	9.7 (±0.8)	10.2 (±1.2)	6.0 (±0.7)	26.4 (1.0)	0.001	0.2 (1.0)	0.63	8.5 (1.0)	0.005
BSI	17.3 (±1.3)	10.8 (±1.4)	13.5 (±2.3)	2.7 (±0.8)	40.5 (1.0)	0.001	2.4 (1.0)	0.12	8.1 (1.0)	0.006
BIS-11	76.6 (±1.3)	72.3 (±1.3)	70.4 (±2.8)	67.0 (±2.3)	7.4 (1.0)	0.008	0.0 (1.0)	0.78	5.9 (1.0)	0.01

Nota: Com EP: com Estresse Precoce; Sem EP: sem Estresse Precoce; Adm: admissão hospitalar; MADRS: Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg; GRID-HAM-D₂₁: Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton; BDI-II: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Escala de Desesperança de Beck; BSI: Escala de Ideação Suicida de Beck; BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; *epm*: erro da média.

Conforme a tabela 34 demonstra, em relação à avaliação dos sintomas depressivos de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias, a partir da GRID-HAM-D₂₁, encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$) e entre os grupos ($p=0.05$), porém não foram encontradas diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempo ($p=0.46$). Ainda em relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir da MADRS encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$), porém não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos

($p=0.14$) e na interação entre grupo vs. tempos ($p=0.20$). Também com relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir do BDI-II, encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$) e entre os grupos ($p=0.04$), porém não foram encontradas diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempo ($p=0.31$).

Quanto à avaliação dos sintomas ansiosos de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias a partir da BAI, encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$), porém não foram encontradas diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempos ($p=0.46$) e entre os grupos ($p=0.49$). Na avaliação dos sintomas de desesperança de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias a partir da BHS, encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$) e entre os grupos ($p=0.005$), porém não foram encontradas diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempo ($p=0.63$).

No que diz respeito à avaliação dos sintomas de impulsividade de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias a partir da BIS-11, encontramos diferenças significativas entre os tempos e entre os grupos: $p=0.008$, $p=0.01$, respectivamente, mas não encontramos diferenças na interação entre grupo vs. tempos, $p=0.78$.

Os dados da avaliação dos sintomas de ideação suicida de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias a partir da BSI, demonstraram diferenças significativas entre os tempos e entre os grupos, $p<0.001$, $p=0.006$, respectivamente, mas não encontramos diferenças significativas na interação entre grupo vs. tempos: $p=0.12$.

Devido às diferenças encontradas entre os tempos e grupos em relação à avaliação dos sintomas depressivos, foi aplicado o teste t para cada instrumento comparando pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias, sendo que a partir da GRID-HAM-D₂₁, não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=-1.41$; d.f.=71; $p=0.16$) e 60 dias após encontramos uma tendência dos sem estresse precoce responderem melhor ao tratamento ($t=-1.91$; d.f.=71; $p=0.06$). Ainda em relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir da MADRS, não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=-0.65$; d.f.=71; $p=0.52$) e 60 dias após encontramos uma tendência dos sem estresse precoce responderem melhor ao tratamento ($t=-1.85$; d.f.=71; $p=0.07$). Também com relação à avaliação dos sintomas depressivos a partir do BDI-II, não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=-1.26$; d.f.=71; $p=0.21$) e 60 dias após

encontramos uma diferença significativa dos sem estresse precoce responderem melhor ao tratamento ($t=-2.11$; d.f.=71; $p=0.03$).

Quanto à avaliação dos sintomas ansiosos de pacientes depressivos a partir da BAI, não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=-0.27$; d.f.=71; $p=0.79$) nem 60 dias após ($t=-0.90$; d.f.=71; $p=0.37$).

Por outro lado, na avaliação dos sintomas de desesperança de pacientes depressivos a partir da BHS, encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce tanto na admissão ($t=-2.30$; d.f.=71; $p=0.02$) e 60 dias após ($t=-3.250$; d.f.=71; $p=0.002$), demonstrando níveis de desesperança maiores nos pacientes com estresse precoce tanto na admissão quanto após a resposta ao tratamento de 60 dias.

Os dados da avaliação dos sintomas de ideação suicida de pacientes depressivos a partir da BSI, demonstraram que não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=-1.49$; d.f.=71; $p=0.14$) e 60 dias após encontramos uma diferença significativa dos sem estresse precoce responderem melhor ao tratamento em relação ao escores de ideação suicida ($t=-4.80$; d.f.=71; $p<0.001$).

Este dado merece destaque devido à sua relevância clínica, já que os pacientes depressivos com e sem estresse precoce apresentaram sintomas de ideação suicida relativamente iguais na admissão hospitalar, porém após 60 dias de semi-internação psiquiátrica, os pacientes depressivos sem estresse precoce diminuíram significativa os sintomas de ideação suicida, enquanto que os pacientes com estresse precoce ainda continuam bastante sintomáticos, conforme demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico 5- Ideação Suicida entre Pacientes Depressivos Com e Sem Estresse Precoce na Admissão e 60 dias após ($p<0.001$).

A tabela 35 demonstra a avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias após.

Tabela 35- Avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos com e sem estresse precoce na admissão e 60 dias

n=54 (100%)										
	Com EP (n=39; 72.2%)		Sem EP (n=15; 27.8%)		Tempo		Grupos vs. tempo		Grupos	
	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	Adm média (epm)	60 dias média (epm)	F (d.f)	p	F (d.f)	p	F (d.f)	p
COPM-D	2.6 (±0.2)	4.7 (±0.3)	2.8 (±0.4)	6.2 (±0.6)	59.6 (1.0)	0.001	3.1 (1.0)	0.08	337.0 (1.0)	0.05
COPM-S	1.8 (±0.1)	4.4 (±0.3)	2.4 (±0.4)	6.1 (±0.6)	73.6 (1.0)	0.001	2.0 (1.0)	0.16	5.4 (1.0)	0.02

Nota: Com EP: com Estresse Precoce; Sem EP: sem Estresse Precoce; Adm: admissão hospitalar; COPM-D: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (desempenho); COPM-S: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (satisfação); epm: erro da média.

De acordo com os dados apresentados na tabela acima, encontramos diferenças significativas entre os tempos ($p<0.001$), na interação entre grupo vs. tempo e entre os grupos com relação a auto-percepção do desempenho ocupacional, sub-escala desempenho de pacientes depressivos com e sem estresse precoce avaliados na admissão hospitalar e 60 dias após: ($p<0.001$), ($p=0.08$), ($p=0.05$),

respectivamente. Em relação à avaliação do grau de satisfação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos com e sem estresse precoce avaliados na admissão hospitalar e 60 dias após encontramos diferenças significativas entre os tempos e entre os grupos $p<0.001$, $p=0.02$, respectivamente, mas não encontramos significância estatística para a interação entre grupos vs. tempo ($p=0.16$).

Devido às diferenças encontradas entre os tempos e grupos em relação a auto-percepção do desempenho ocupacional, de pacientes depressivos com e sem estresse precoce avaliados na admissão hospitalar e 60 dias após, foi aplicado o teste t .

A partir da subescala, de desempenho ocupacional não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=0.65$; d.f.=54; $p=0.65$), 60 dias após encontramos uma tendência dos sem estresse precoce apresentarem melhor desempenho ocupacional após o tratamento ($t=0.84$; d.f.=71; $p=0.06$). Da mesma forma na subescala, de satisfação não encontramos diferenças significativas entre os grupos com e sem estresse precoce na admissão ($t=1.26$; d.f.=21; $p=0.26$), 60 dias após encontramos uma tendência dos sem estresse apresentarem maior satisfação após o tratamento ($t=1.90$; d.f.=54; $p=0.06$).

Discussão

A depressão é um transtorno com tendência predominante a recaída, sendo que de 10 casos, aproximadamente 8 pacientes apresentarão recorrência do quadro, de forma que o diagnóstico preciso e precoce, associado com tratamentos multimodais favorecerão a resposta terapêutica adequada (Beck & Alford, 2011; Bottomley et al., 2010; Reid & Barbui, 2010; Piccoloto et al., 2000).

Ademais, a literatura aponta que o principal objetivo do tratamento da depressão é a remissão completa de todos os sintomas depressivos, já que a presença de sintomas residuais é o motivo primário para as causas de recaída dos pacientes depressivos (Paykel, 1995; Kupfer, 1991). Assim, a identificação dos fatores sócio-demográficos, clínicos, ocorrência de estresse precoce e condições para desempenhar as ocupações são extremamente relevantes no desfecho clínico e resposta terapêutica favorável do paciente depressivo, justificando a relevância deste estudo.

A nossa amostra de pacientes depressivos foi composta por 73 sujeitos, sendo que mais da metade deles foram classificados como respondedores ao tratamento e a outra metade foi classificada como pacientes depressivos não respondedores. Vale a pena mencionar que menos da

metade dos pacientes depressivos respondedores apresentaram remissão completa dos sintomas, e, portanto mais da metade dos pacientes apresentaram depressão leve e moderada (32.5%; 25%, respectivamente).

Além disto, identificamos que em torno de 80% da amostra de pacientes depressivos não respondedores possuíam história de estresse precoce, comparado a 65% no grupo de pacientes depressivos respondedores. Este dado reforça os achados da literatura apontando que a depressão está fortemente associada a vivências traumáticas na infância e adolescência (Agid et al., 1999; Tennant et al., 1980; Bifulco et al., 1987). Ademais, os achados científicos sinalizam que o estresse precoce é um moderador na resposta terapêutica dos pacientes depressivos (Harkness et al. 2012; Solomon et al., 2000).

Quanto às características clínicas, identificamos que nenhum paciente depressivo do grupo respondedor fazia uso abusivo de álcool, enquanto que no grupo de pacientes não respondedores, em torno de 12% eram etilistas. Importante mencionar que os pacientes inseridos neste estudo estavam em regime de semi-internação psiquiátrica no HD do HC-FMRP-USP e que o abuso de álcool como diagnóstico primário é um fator que contra-indica a semi-internação, nesta instituição. Nesse sentido, nossos dados não corroboram o que a literatura tem demonstrado, já que as comorbidades psiquiátricas, além de influenciarem no aumento do risco de suicídio, também são associadas em diversos estudos à recorrência e piora dos quadros de depressão resistente (Souery et al., 2007; Fava et al., 2003, 1997). Henriksson et al. (1993) realizou um estudo de autópsia psicológica com uma amostra de 229 suicídios e revelou que 93% tinham um diagnóstico psiquiátrico. Ademais, 44% dos casos tinham 2 ou mais diagnósticos psiquiátricos, sendo a depressão e a dependência ou abuso de álcool, os transtornos mais prevalentes (59% e 43%, respectivamente).

Identificamos na nossa amostra que uma parcela significativa de pacientes depressivos não respondedores possuía histórico familiar de transtorno psiquiátrico, quando comparado aos pacientes respondedores. Condizente com este resultado, a pesquisa conduzida por Duggan et al. (1998), apontou que a história familiar positiva para transtornos psiquiátricos graves, isto é, psicose com ou sem componente afetivo, depressão com tratamento hospitalar e suicídio, foi associada com uma pior evolução em pacientes com depressão maior.

Sabe-se que até o momento não existem marcadores biológicos bem estabelecidos para a mensuração dos quadros psiquiátricos, sendo feito geralmente com base em sintomas e síndromes

clínicas, e que as avaliações psicométricas são instrumentos relevantes para identificação fidedigna dos sintomas psiquiátricos (Menezes & Nascimento, 2000). Assim, o nosso estudo colabora com as evidências da literatura demonstrando a importância da utilização de instrumentos psicométricos ao longo do tratamento psiquiátrico, especialmente no caso deste estudo na admissão hospitalar e 60 dias após.

Destaca-se ainda que foi utilizado neste estudo instrumentos padronizados considerados padrão ouro na literatura para avaliação do diagnóstico psiquiátrico (MINI-PLUS), avaliação da gravidade da depressão (GRID-HAM-D₂₁), avaliação da resposta terapêutica da depressão (MADRS), bem como para avaliação dos sintomas psiquiátricos (BDI-II, BAI, BHS, BSI, BIS-11) e ainda para identificação da auto-percepção do cliente com relação ao desempenho ocupacional (COPM).

Com relação à avaliação dos sintomas de depressão, os três instrumentos utilizados para mensuração da gravidade depressiva na admissão e alta dos pacientes respondedores e não respondedores, apontaram que ambos os grupos de pacientes apresentaram sintomas psiquiátricos graves no momento da admissão, mas após 60 dias de tratamento, os pacientes não respondedores continuam com sintomas depressivos importantes, classificados de moderado a grave. Somado a isto, os pacientes depressivos não respondedores apresentaram sintomas de desesperança, ideação suicida e impulsividade mais graves 60 dias após a admissão, quando comparados aos pacientes respondedores que diminuíram de maneira expressiva as pontuações obtidas nos instrumentos utilizados para avaliar os sintomas psiquiátricos. Assim, a literatura aponta que a presença dos sintomas psiquiátricos graves pode influenciar na resposta terapêutica, devendo o tratamento da depressão ser continuado até que os critérios dos resultados sejam atingidos e os pacientes continuem no tratamento de manutenção para evitar recaídas (Keller, 2003). As pesquisas sinalizam ainda que 50-70% dos pacientes se beneficiam do tratamento medicamentoso, porém muitos não evoluem de maneira favorável, tornando-se necessária a adoção de estratégias subsequentes, que proporcionem a remissão sintomatológica, pois a estimativa é de que 30 a 50% dos pacientes deprimidos não se recuperam totalmente e tendem a cronificação (Rozenhal et al., 2004; Quraishi & Frangou, 2002).

No que diz respeito ao desempenho ocupacional, os pacientes respondedores apresentaram melhor grau de desempenho e satisfação 60 dias após o tratamento quando comparados aos pacientes não respondedores. Nesse sentido, o estudo conduzido por Chesworth et al. (2002) com

amostra de pacientes psiquiátricos avaliados na pré e pós-intervenção também apresentou melhoras no grau de desempenho e satisfação dos participantes, embora tal estudo não tenha dividido a amostra entre respondedores e não respondedores como ocorrido no nosso estudo.

Quando analisamos a mudança no grau de desempenho e de satisfação de pacientes depressivos respondedores e não respondedores, encontramos que os pacientes respondedores melhoraram de maneira expressiva o seu desempenho ocupacional e satisfação, embora os pacientes não respondedores também melhoram, mas não tanto quanto o grupo de pacientes respondedores. A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional tem se mostrado um instrumento bastante utilizado em pesquisas e na prática clínica do terapeuta ocupacional, porém é válido mencionar que a utilização desta ferramenta avaliativa, de caráter qualitativo e quantitativo está baseada na Prática Centrada no Cliente (Rogers, 1983), onde os resultados obtidos na avaliação refletem o ponto de vista dos clientes que utilizam o serviço da terapia ocupacional (Foley, 1999).

Quanto às áreas do desempenho ocupacional afetadas entre pacientes depressivos respondedores e não respondedores, encontramos que em ambos os grupos, o auto-cuidado, o lazer e a produtividade estavam prejudicados em expressiva parcela dos dois grupos de pacientes. No estudo tailandês conduzido por Pan et al. (2003) com 141 pacientes psiquiátricos foi verificado as seguintes taxas para as áreas do desempenho ocupacional prejudicadas, 37% dos pacientes tinham prejuízos no auto-cuidado, 30% apresentavam prejuízos no lazer e uma parcela menor, de 25% deles apresentavam prejuízos na produtividade. Nesse sentido, diferentemente do estudo de Pan et al. (2003) os nossos resultados apontam que quase todos os pacientes inseridos nesta pesquisa apresentaram prejuízos importantes no desempenho ocupacional, condizente com as afirmativas da literatura que evidenciam a depressão como sendo uma doença incapacitante, ocasionando prejuízos em diversas áreas do desempenho ocupacional (Dossett & Stone, 2011).

Na nossa amostra, a gravidade da depressão dos pacientes respondedores, na admissão hospitalar, foi relacionada com a gravidade dos sintomas de ansiedade, desesperança, ideação suicida e impulsividade, enquanto que entre os pacientes não respondedores a gravidade da depressão, segundo a MADRS, foi relacionada com a gravidade também da depressão, segundo a GRID-HAM-D₂₁. Nesse sentido, podemos inferir que apresentação sintomática dos pacientes respondedores, envolve uma série de comprometimentos no funcionamento da vida da pessoa e demonstram que a presença dos sintomas psiquiátricos está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida (Del Porto et al., 2009). No entanto, a literatura científica aponta que o

estresse precoce desempenha um papel fundamental na resposta terapêutica de pacientes depressivos, sendo que verificamos no nosso estudo mais de 80% dos pacientes não respondedores tinham histórico de estresse precoce, o que nos permite mencionar que a apresentação clínica e sintomatológica dos pacientes depressivos não respondedores pode ser explicada pela presença do estresse precoce (Tunnard et al., 2014; Douglas & Porter, 2012; Saveanu & Nemeroff, 2012).

Em contrapartida, na avaliação 60 dias após o tratamento verificamos que a gravidade da depressão relacionou-se com a gravidade de todos os sintomas psiquiátricos e também do desempenho ocupacional nos dois grupos de pacientes depressivos respondedores e não respondedores. Embora tais achados apontam para o fato de que tanto os pacientes respondedores como os não respondedores apresentaram graves sintomas da depressão associados aos demais sintomas psiquiátricos, é importante frisar que mais de 80% dos pacientes não respondedores tinham histórico de estresse precoce e nesse sentido, conforme a literatura científica aponta pacientes depressivos adultos com história de abuso ou negligência respondem diferentemente do que outros pacientes depressivos aos tratamentos usuais, necessitando de novas abordagens terapêuticas (Gillespie & Nemeroff, 2005).

Além disso, um estudo naturalístico revelou que a maioria dos pacientes resistentes ao tratamento continua a ter sintomas significativos e incapacidade funcional ao receber o tratamento usual (Antai-Otong, 2007). Acrescenta-se a este achado que o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) é ativado em resposta a estressores, ou seja, os eventos estressantes no início da vida poderiam ter um papel etiológico significativo nas anormalidades do eixo HPA encontradas nos pacientes depressivos (Tyrka et al., 2008; Shea et al., 2005; Bremner, 2003; Heim et al., 2000). Consequentemente as alterações na reatividade do eixo HPA que, quando persistentes, resultam no desequilíbrio da modulação do eixo, aumentando ainda mais a complexidade dos quadros de depressão resistentes (Juruena, 2014; Baes et al., 2012; Lupien et al., 2009; Juruena et al., 2004).

Com relação à influência do estresse precoce na resposta terapêutica de pacientes depressivos identificamos em nosso estudo que os pacientes com estresse precoce responderam pior ao tratamento, já que 60 dias após a admissão hospitalar, os sintomas de depressão, ansiedade, desesperança, impulsividade e principalmente suicídio ainda eram elevados, tanto que de acordo com as classificações dos instrumentos, tais sintomas foram considerados moderados a graves, graves a extremos. Nossos achados estão de acordo com a literatura científica, a qual indica que os pacientes não respondedores apresentaram escores significativamente mais altos no CTQ quando

comparados ao pacientes respondedores (Friedman et al., 2012; Kaplan & Klinetob, 2000). Klein et al. (2009) corroborou que não só as múltiplas formas de EP estão associados com a gravidade da depressão, mas também o número de episódios depressivos, histórico de tentativas de suicídio e transtornos de ansiedade ao longo da vida. Miniati et al. (2010) salientou ainda sobre o papel modulador do abuso emocional na infância entre pacientes depressivos, já que estes apresentaram pior prognóstico da doença, com recaída do quadro depressivo.

Considerando que o suicídio é o pior desfecho na psiquiatria (Gabbard, 2006), nossos achados sobre a ideação suicida entre pacientes depressivos com estresse precoce após 60 dias de tratamento, sugerem para a necessidade de aprimorar as abordagens terapêuticas existentes para pacientes que vivenciaram formas de abuso e negligência infantil. A literatura indica que a taxa de tentativa de suicídio é proporcional ao número de eventos traumáticos na infância (Dube et al., 2001). Nesta mesma direção, o estudo conduzido por Sfoggia et al. (2008) evidenciou que adultos com histórico de abuso e negligência graves tinham mais tentativas de suicídio do que aqueles que não relataram Estresse Precoce. Igualmente na pesquisa realizada por Brown et al. (1999) foram encontrados dados importantes, em que vítimas de abuso sexual tem 8 vezes mais chances de cometer o suicídio.

Já em relação ao desempenho ocupacional de pacientes depressivos com e sem estresse precoce, identificamos que os pacientes com estresse precoce são admitidos no HD-HC da FMRP-USP com prejuízos no grau de desempenho e na satisfação bem semelhantes. Transcorrido 60 dias após a semi-internação, os pacientes com e sem estresse precoce melhoram o seu desempenho ocupacional, mas é expressiva a mudança do desempenho e satisfação de pacientes sem estresse precoce, já que as pontuações médias que eles atingem são maiores que os pacientes com estresse precoce.

Assim, estes resultados sugerem que as vivências traumáticas na infância e adolescência prejudicam inúmeras esferas da vida do indivíduo, incluindo o comportamento, as emoções, a socialização, o desempenho cognitivo e aspectos da saúde física (Teicher, 2002). Embora até o momento não identificamos estudos que avaliam o desempenho ocupacional de pacientes depressivos com estresse precoce, inferimos que se o estresse precoce atinge todos os domínios da vida de uma pessoa ele atinge o desempenho ocupacional, sendo assim necessário o desenvolvimento de outras pesquisas para ampliar os achados do nosso estudo.

Ademais, os pressupostos da teoria do apego de John Bowlby (1982) indicam que o apego é um mecanismo humano básico responsável por identificar pessoas capazes de oferecer respostas e sensação de segurança. Contrariamente a este fenômeno esperado durante a infância, uma parcela significativa de pessoas vivencia diferentes formas de violência na infância e adolescência, e, portanto estão predispostos ao desenvolvimento de quadros crônicos, graves e incapacitantes de transtornos mentais, especialmente de depressão no adulto, demonstrando assim a importância desta pesquisa na identificação dos inúmeros fatores envolvidos na complexidade da depressão. Desta forma, os transtornos depressivos devem ser compreendidos a partir de uma ótica ampliada, envolvendo os componentes genéticos, biológicos, ocupacionais, sociais, emocionais e especialmente os estressores da infância.

Estudo 5

7. Estudo 5- Grupo de Terapia Ocupacional para Pacientes Depressivos com Estresse Precoce

Introdução

A depressão é uma doença psiquiátrica bem definida do ponto de vista clínico, com sintomas intensos e prolongados ao longo do tempo, de curso crônico e recorrente (Fleck et al., 2009; Kandhelwal, 2001). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a característica essencial de um episódio depressivo maior é o período mínimo de duas semanas apresentando humor deprimido ou perda de interesse ou prazer pela maioria das atividades, e ainda experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, que podem ser: alterações do apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, redução da energia, sentimentos de culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida (APA, 2014).

Evidências científicas demonstram a importância do componente genético na etiologia da depressão, estimando que os fatores genéticos explicam 40 a 79% da vulnerabilidade para o transtorno depressivo e que os fatores ambientais interfeririam na expressão gênica. Estudos conduzidos com gêmeos univitelinos e bivitelinos confirmam que as possibilidades dos dois irmãos idênticos compartilharem o transtorno depressivo são de 50 a 80% (Lima et al., 2004). No entanto, os estudos têm demonstrado ainda a importância dos fatores ambientais como possíveis gatilhos precipitantes de quadros depressivos (Post et al., 2000; Post, 1992). Presume-se que atualmente a depressão afeta 121 milhões de pessoas, e que menos de 25% dos pacientes deprimidos têm acesso ao tratamento (Fleck et al., 2009; OMS, 2003).

Os sintomas do quadro depressivo interferem no interesse do indivíduo para a execução de atividades cotidianas, limitando sua funcionalidade para a realização de atividades essenciais para o bem-estar, interferindo nas atividades diárias e comprometendo assim, o desempenho ocupacional do sujeito (Eberle, 2011; Andrade & Mello, 2010; Kandhelwal, 2001).

Neste sentido, o terapeuta ocupacional é um profissional capacitado para oferecer intervenções individuais e também grupais para pacientes depressivos, de acordo com os objetivos terapêuticos (Cunha & Santos, 2009). Um dos princípios que norteiam a prática do terapeuta ocupacional é a ideia de que o *fazer tem efeito terapêutico*. Assim, no contexto grupal, os participantes têm a possibilidade de experimentar outras formas de se relacionar e de vivenciar situações inéditas relativas ao fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um significado (Ferrari, 1991).

É válido mencionar que o início da utilização de grupos em saúde mental está fundamentado na experiência de Joseph H. Pratt, fisiologista americano, o qual em 1905 observou que pacientes reunidos na sala de espera interagiam e estabeleciam relações emocionais que melhoravam seu estado de ânimo (Zimerman, 1993).

Após sua observação, muitos teóricos passaram a valorizar a potência dos grupos, como Sigmund Freud, com o estudo das massas para compreensão da psicologia individual para a psique coletiva. Além destes, Jacob Moreno desenvolveu o Psicodrama como recurso terapêutico, Kurt Lewin, contribuiu com suas idéias sobre a dinâmica de grupo, campo grupal, formação de papéis, Siegmund Heinz Foulkes, acrescentou seus princípios com a psicoterapia psicanalítica de grupo, Pichon Rivière com os Grupos Operativos-Tarefa e Wilfred R. Bion com os conceitos de grupo continente, dependência, luta e fuga, vínculo (Zimerman, 1993).

No campo da terapia ocupacional, a utilização de atividades com grupos foi sistematicamente empregada nos Estados Unidos durante o período de 1930 a 1950, objetivando a socialização de pessoas com transtornos mentais. A partir de 1950, os neurolépticos foram introduzidos no tratamento dos pacientes, permitindo maior controle dos sintomas, sendo possível investir em pesquisas e inovações para as abordagens com grupos terapêuticos (Ballarin, 2007). Neste contexto, Fidler & Fidler referem que o grupo apresenta um potencial terapêutico e tem por objetivo possibilitar a expressão e a gratificação de ansiedades, caracterizando os grupos enquanto espaço que facilita o aprendizado e as mudanças de comportamento (Ballarin, 2007).

No Brasil, a partir da década de 1980 os investimentos em estudos e pesquisas sobre os grupos aumentaram, principalmente com as Terapeutas Ocupacionais: Maria José Benetton, Sonia Ferrari, Viviane Maximino, Solange Tedesco, Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin, Marisa Samea, entre outros (Anzieu, 1993). Os referenciais teóricos da psicologia e psicanálise principalmente os conceitos psicodinâmicos, colaboraram para a construção dos grupos de terapia ocupacional de forma articulada com os princípios da terapia ocupacional (Ballarin, 2007).

É válido mencionar que existem diferentes definições empregadas para os grupos de terapia ocupacional, merecendo destaque para a conceituação de Ballarin, (2003), a qual descreve que “um grupo de terapia ocupacional pode ser definido como aquele em que os participantes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional, num mesmo local e horário, com o objetivo de realizar uma atividade” (Ballarin, 2003).

A autora reforça ainda que o grupo pode funcionar como uma *caixa de ressonância*, ampliando as possibilidades de intervenção e tornando-se para seus integrantes um ambiente

confiável e facilitador da exploração do mundo, assumindo então uma função de espaço potencial onde as intervenções dirigidas a um paciente podem atingir o grupo como um todo (Ballarin, 2003).

Os grupos podem ainda, serem compreendidos como espaço potencial, proporcionando um ambiente confiável para que o paciente arrisque, de maneira gradual, estabelecer relações e usar objetos, sendo estimulado à experimentação (Ballarin, 2003).

Maximino (2001) traz a ideia de grupo como sendo um conjunto de pessoas reunidas com o propósito de “fazer atividades” mediante ações e uso de materiais, na confecção de artesanatos, em artes plásticas, desenho, teatro, entre outras. A autora ainda sugere que a escolha da atividade e sua execução variam conforme o perfil e as necessidades de cada grupo e, de acordo com a orientação teórica metodológica do terapeuta ocupacional (Maximino, 2001).

Benetton, (1991) acrescentou dois tipos de dinâmica relacionados ao uso das atividades, o *grupo de atividades*, onde cada integrante realiza sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual; e a *atividade grupal*, em que os integrantes do grupo realizam uma única atividade em conjunto, de modo que o terapeuta pode manter a relação de conjunto do grupo (Benetton, 1991).

Mosey (1974; 1970) descreveu que os participantes do grupo apresentam certo grau de afeto e confiança entre si, compartilhando um objetivo comum que só pode ser atingido através da interação e trabalho conjunto.

Segundo Francisco (2001) o terapeuta ocupacional tem condições de através de técnicas, estratégias e dinâmicas, oferecer ferramentas para que o indivíduo e o grupo se conscientizem de sua condição não só de autor social, mas de construtor de sua própria história do mundo, além de, através da formação de grupos terapêuticos, favorecer a organização do coletivo, possibilitando a consciência e a construção da cidadania plena, a qual todos possuem direito. Diante desta realidade, a Terapia Ocupacional trabalha a fim de possibilitar a transformação do indivíduo, definindo estratégias para lidar e superar os conflitos cotidianos.

Nesse sentido, a literatura científica da terapia ocupacional vem destacando a importância do uso dos grupos terapêuticos, na medida em que são recursos eficazes, necessários e comumente utilizados nos serviços de saúde mental para pacientes depressivos (Brunello, 2002). Ademais, o estudo clássico de Gillespie & Nemeroff, (2005) indica que pacientes depressivos adultos com história de abuso ou negligência infantil respondem diferentemente dos tratamentos usuais que outros pacientes depressivos. Assim, o presente estudo objetivou descrever grupos de Terapia

Ocupacional para pacientes depressivos adultos com estresse precoce tratados em um programa de semi-internação psiquiátrica em HD.

Métodos

Contexto do estudo

A intervenção em grupo de Terapia Ocupacional foi realizada no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo. Ressalta-se que foi adotado o delineamento metodológico qualitativo baseado na definição de Minayo (2006). A autora afirma que a pesquisa qualitativa “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Sujeitos da Pesquisa

Participaram das intervenções grupais de Terapia Ocupacional 10 pacientes em episódio depressivo atual com estresse precoce em regime semi-internação psiquiátrica no HD. A avaliação do estresse precoce foi realizada através do Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ). Foram incluídos no estudo pacientes com idade entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de episódio depressivo atual, incluindo Transtornos Depressivos Unipolares e Bipolares, de acordo com os critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas associadas ao diagnóstico principal, com pontuação na Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁) ≥ 16 , ou seja, pacientes depressivos com gravidade do quadro variando de moderada a grave (Hamilton, 1960). Todos os pacientes foram avaliados clinicamente quanto à presença de comorbidades, transtornos físicos, condições médicas gerais e estilo de vida. Foram excluídos pacientes com transtornos mentais causados por uma condição médica geral ou resultantes de efeito fisiológico direto de uma substância, abuso ou dependência de substâncias. Além disso, pacientes com retardo mental, déficits cognitivos, doença neurológica progressiva e degenerativa ou ainda em episódio psicótico agudo também foram excluídos, já que poderiam prejudicar a compreensão dos instrumentos de avaliação adotados neste

estudo. Vale mencionar ainda que foram excluídos aqueles sujeitos que não aceitaram participar do grupo, já que a participação foi voluntária.

Instrumentos

Questionário sócio-demográfico e clínico

Questionário desenvolvido pelos pesquisadores para avaliação das características sociodemográficas e clínicas dos pacientes depressivos inseridos no estudo.

Questionário Sobre Traumas na Infância (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) (Bernstein et al., 2003)

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) foi elaborado por Bernstein et al. (1994) para investigar história de abuso e negligência durante a infância, podendo ser aplicado para adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos onde o respondedor gradua a frequência de 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância.

É uma entrevista retrospectiva, autoaplicável que avalia 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e negligência física (Grassi-Oliveira et al., 2006; Segantredo et al., 2009). Os itens do CTQ são classificados em uma escala Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). As pontuações variam de 5 a 25 para cada tipo de abuso. Segundo o proposto por Bernstein et al. (2003), indivíduos que apresentam escores de *Moderado-Severo* ou *Severo-Extremo*, em qualquer um dos subtipos, são considerados com estresse precoce. Neste sentido, indivíduos sem estresse precoce são aqueles que apresentam escores classificados como *Nenhum-Mínimo* ou *Leve-Moderado*, em todos os subtipos de estresse precoce (Grassi-Oliveira et al., 2014; Carpenter et al., 2007; Bernstein et al., 2003; 1997;1994).

Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI-Plus) (Sheehan et al., 1998)

A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias (Amorim, 2000). Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. No nosso estudo utilizamos a versão MINI-Plus por esta se destinar à avaliação mais aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida e explorar sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início, duração

dos transtornos e número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (Amorim, 2000). A versão brasileira é denominada de Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versão brasileira 5.0.0, traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000), sendo sua versão original de Sheehan et al. (1998).

Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID Hamilton Depression Rating Scale – GRID-HAM-D₂₁) (DRSST, 2003)

A HAM-D foi elaborada para avaliação e quantificação da sintomatologia depressiva em pacientes portadores de transtornos do humor (Hamilton, 1960). Os itens são avaliados de acordo com a intensidade e a frequência dentro de um período determinado de dias, variando a pontuação entre 0 a 2 ou de 0 a 4 (Gorenstein e Moreno, 2011). Embora este instrumento seja considerada padrão-ouro na avaliação de gravidade da depressão, a literatura tem mostrado, ao longo dos anos, que há falhas nesse instrumento, principalmente relacionadas à baixa confiabilidade interavaliadores, em decorrência da falta de um modelo de entrevista e da dificuldade de padronização na pontuação (Snaith, 1996; Williams, 2001; Bagby et al., 2004). Nesse sentido, em 2003 foi criada a GRID-HAM-D (DRSST, 2003), com o intuito de conferir melhorias na HAM-D, no sentido de fornecer ao avaliador dimensões de intensidade e frequência independentemente para cada item da escala, permitindo assim uma padronização na aplicação da escala e uma maior confiabilidade interavaliadores na pontuação dos itens, sem que seja necessário o desenvolvimento de uma nova escala (Iannuzzo et al., 2006; Willians et al., 2008). Por este motivo, em nosso estudo optamos por utilizar a versão modificada da HAM-D, a GRID-HAM-D de 21 itens traduzida e adaptada para o português por Henrique-Araújo et al. (2014).

Proposta de intervenção

O grupo de Terapia Ocupacional (TO) para pacientes em episódio depressivo atual com estresse precoce foi desenvolvido a partir de um protocolo de intervenção de atividades semi-estruturadas. A escolha das atividades deste protocolo grupal fundamenta-se num vasto levantamento da literatura acerca das diferentes estratégias grupais utilizadas por terapeutas ocupacionais com pessoas em sofrimento mental e também a partir da experiência clínica da Terapeuta Ocupacional Pós-Graduanda em Saúde Mental.

A intervenção de grupo em TO desenvolvida neste estudo consistiu num protocolo de 8 encontros semanais, com frequência de 1 vez por semana, com duração de 90 minutos. A escolha do número de encontros grupais para este protocolo está baseada no estudo de Junqueira (2009), o

qual apontou que a média de tempo de semi-internação do paciente psiquiátrico no HD do HC-FMRP-USP é em torno de dois meses.

Além disso, o estudo de Peres et al. (2007) utilizou a psicoterapia de exposição e reestruturação cognitiva como forma de tratamento para pacientes com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Embora tal pesquisa foi conduzida com uma clientela diferente do presente estudo, os resultados indicaram que a ativação de circuitos cerebrais pós-psicoterapia parecem estar associada com o processamento de informações relacionadas ao evento traumático, demonstrando que a quantidade de 8 sessões foi eficaz. Ressalta-se que até o momento atual não foram encontradas protocolos científicos na área da terapia ocupacional em saúde mental, direcionando a quantidade de encontros grupais necessários para pacientes depressivos com estresse precoce, sendo esta pesquisa inédita.

Vale a pena mencionar ainda que os grupos foram fechados, ou seja, após o início de cada processo grupal não foi possível a entrada de novos participantes.

Entre os objetivos terapêuticos pretendidos para o grupo de terapia ocupacional para pacientes depressivos com história de estresse precoce, elenca-se o estabelecimento de vínculo terapêutico entre a Terapeuta Ocupacional e os participantes, bem como entre os participantes, a expressão de sentimentos e ressignificação das vivências traumáticas, o estímulo de habilidades, potencialidades e criatividade, o compartilhamento de experiências de vida, a oferta de espaço terapêutico para o protagonismo e autonomia individual, bem como para a recuperação da auto-estima, o estímulo de habilidades sociais, o resgate de memórias afetivas positivas da infância e adolescência e a construção de planos e perspectivas de vida a partir do resgate ou estímulo de papéis ocupacionais.

Nesse sentido, durante o grupo terapêutico foi trabalhado os aspectos emocionais, sócio-relacionais, cognitivos, sensoriais e psicomotores dos participantes, além dos domínios específicos de intervenção da Terapia Ocupacional, ou seja, a realização de Atividades de Vida Diária (AVD's), de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), a Participação Social e o desempenho de Papéis Ocupacionais.

Destaca-se que para esta intervenção grupal foram utilizados os seguintes materiais: rolo de barbante, caneta esferográfica, folha sulfite, cola, tesoura, tinta guache, canetinha colorida, caderno espiral de 96 folhas, cartões postais de imagens variadas, argila, vaso de cerâmica, papel mache, revistas para recorte, bem como ingredientes para preparação das receitas selecionadas na oficina de culinária.

Resultados

O primeiro protocolo de grupo teve início com a participação de 5 integrantes, porém ao longo do processo terapêutico ocorreram algumas faltas sem justificativas, de modo que para o protocolo número 1 permaneceram apenas 2 pacientes. O segundo protocolo de grupo contou com a participação inicial de 5 pessoas, onde todos os integrantes participaram deste estudo, já que as faltas ocorridas foram justificadas e de acordo com o número permitido e estabelecido no contrato terapêutico durante o primeiro encontro do grupo. Já o terceiro protocolo foi iniciado com 5 integrantes, mas foi finalizado com a participação de 3 pessoas, devido às faltas sem justificativas, bem como desistências do processo terapêutico.

Nesse sentido, foram realizados 24 encontros grupais de Terapia Ocupacional para 15 pacientes depressivos com estresse precoce, no entanto com as perdas amostrais, este estudo incluiu a participação de 10 sujeitos.

Assim, participaram do grupo de Terapia Ocupacional para pacientes depressivos com estresse precoce 9 mulheres e 1 homem, com idade média de 36.1 anos. Houve um predomínio de participantes da cor parda, casado(a)s amasiado(a)s, com ensino fundamental incompleto, praticantes de religião, inativos e que residiam com a família conjugal. Além disso, metade dos pacientes possuía filhos.

Quanto às condições clínicas, a maioria não fazia uso de tabaco, nem de drogas ilícitas e nenhum participante era etilista. A maioria dos sujeitos possuía doença(s) clínica(s), tinham tentado o suicídio, todos tinham realizado tratamento psiquiátrico anteriormente, sendo que metade deles tinha passado por internação psiquiátrica prévia. Além disso, a maioria dos pacientes tinha histórico de transtorno psiquiátrico na família.

No que se refere ao diagnóstico psiquiátrico, identificamos que a maioria (4) dos pacientes foi diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior, seguido de 3 pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) tipo II, 2 pacientes com TAB tipo I e 1 paciente com Transtorno Depressivo Maior com característica psicóticas.

Com relação à gravidade da depressão, mensurada através da GRID-HAM-D₂₁, 2 pacientes foram classificados com Depressão Muito Grave (entre 29-64 pontos), 4 com Depressão Grave (entre 23-28 pontos) e 4 com Depressão Moderada (entre 16-22 pontos).

No que diz respeito à ocorrência dos subtipos de estresse precoce, 9 pacientes vivenciaram abuso emocional, 6 abuso físico, 8 abuso sexual, 7 negligência emocional e 6 negligência física, classificados como moderado-grave e grave-extremo.

Ressalta-se que devido à quantidade de informações coletadas durante os 3 protocolos de grupo de terapia ocupacional, apresentaremos os principais fenômenos psíquicos ocorridos com os dez sujeitos que escreveram esta história grupal.

No primeiro encontro denominado de “*Infância Roubada*”, foi realizada uma dinâmica de apresentação, chamada de *Teia de Aranha*, onde os participantes seguraram a ponta de um rolo de barbante, enquanto se apresentavam (mencionando nome, idade, cidade de residência, entre outras informações que desejassem) e após a apresentação jogaram o rolo de barbante para outro participante, o qual também procedeu com a apresentação pessoal. Ao final da exposição de todos os integrantes, incluindo a terapeuta, formou-se uma teia, onde os fios do barbante ficaram entrelaçados e neste momento a terapeuta conduziu uma fala no sentido de que aquela teia representava o processo grupal que estava sendo vivenciado no novo grupo terapêutico. Para desconstrução da teia, o participante que ficou com o rolo de barbante falou das suas expectativas do grupo e em seguida jogou o fio de barbante para o próximo paciente que procedeu da mesma forma.

Com a desconstrução da teia, a terapeuta ocupacional apresentou os objetivos terapêuticos do grupo, bem como expôs o contrato terapêutico, apresentando o número de encontros, a duração, número de faltas permitido, a importância do sigilo e respeito entre os participantes, dentre outras regras para o bom funcionamento do grupo. Após este momento, os participantes realizaram a assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e prosseguiu-se com as orientações da atividade que foram realizadas neste primeiro encontro.

Assim, foi disponibilizado materiais para a confecção de um diário de sentimentos, onde cada participante personalizou o seu de acordo com suas preferências, utilizando-o como recurso para registrar as impressões pessoais do grupo, dentre outras lembranças da infância e adolescência que foram despertadas ao longo das oito semanas. Os registros contidos neste diário ficaram na posse de cada participante, mas ao final do processo grupal, aqueles que desejassem compartilhar os registros realizados ao longo das 8 semanas poderiam proceder com tais apresentações.

Durante a personalização dos diários foi possível resgatar algumas histórias da infância, já que o contato com os materiais disponibilizados para a confecção dos mesmos despertou lembranças positivas e negativas nos participantes. Uma das participantes lembrou-se do período de escola, mencionando que ela tinha muitos materiais escolares, pois seus familiares compravam muitos produtos de escola para ela, mas ao mesmo tempo ela era muito cobrada por eles. Outra

paciente mencionou que não teve oportunidade de concluir os estudos, já que desde os 8 anos de idade trabalhava como doméstica em casa de família.

Assim, de um modo geral, este primeiro encontro foi bastante produtivo para os três protocolos, na medida em que os participantes aderiram à proposta ofertada pela terapeuta, realizaram reflexões importantes, de modo especial, sobre a importância de cuidar de tais vivências traumáticas (inclusive por algumas pessoas nunca verbalizadas) além de alguns integrantes terem se sentido seguros para iniciar a narrativa sobre as vivências do estresse precoce neste primeiro encontro.

Vale mencionar que ao final deste primeiro encontro, os participantes responderam a três perguntas dissertativas (avaliação pré-grupo), a saber: *“Quais são suas expectativas para o grupo de Estresse Precoce?”*, *“O que você espera aprender com o Grupo?”* e *“O que te motivou a participar deste Grupo?”*. Tais questionamentos tiveram o intuito de concretizar a fala dos participantes proferida no momento da dinâmica inicial e reforçar a importância do compromisso feito com o grupo terapêutico.

A tabela a seguir demonstra as respostas das 3 perguntas pré-grupo dos 10 participantes:

Tabela 36- Respostas às 3 perguntas da avaliação pré-grupo

P	Questão 1 Pré-grupo	Questão 2 Pré-grupo	Questão 3 Pré-grupo
1	<i>“Descobrir até onde esses estressores e traumas me prejudicaram e até onde eles influenciam na minha vida, no meu caráter, nas minhas ações e saúde. Além de entrar em contato com traumas dos quais hoje não me lembro perfeitamente. E aprender o que fazer com isso”.</i>	<i>“Respeitar mais minha história e realidade e dos outros. Pensaria em alcançar alguma forma de dignidade e liberdade, mas parece mesmo muito inalcançável”.</i>	<i>“O desejo de me sentir ao menos um pouco livre de tanta angústia, lembranças e consequências disso”.</i>
2	<i>“Espero dar outros significados as coisas que sofri na infância, foi muito traumático. As melhoras expectativas”.</i>	<i>“Recomeçar sem traumas, aprender a me socializar melhor a ressignificar os sentimentos e reviver com amor a minha infância e adolescência”.</i>	<i>“Sentir que eu poderei desabafar, contar e compartilhar sentimentos, sentir que eu posso conseguir os meus objetivos com muita tranquilidade e ter como me socializar e ter desenvoltura”.</i>
3	<i>“Conseguir ver de outra forma o que aconteceu na minha infância, porque eu ficava pensando tudo que aconteceu na infância era ruim, mas que eu posso tirar coisas boas”.</i>	<i>“Mudar o jeito de ver as coisas da minha infância. A parar de julgar os pais por não ter sido do jeito que eu queria”.</i>	<i>“Porque estou buscando mudanças, pensar diferente, agir diferente”.</i>
4	<i>“São ótimas”.</i>	<i>“Como lidar com a doença”.</i>	<i>“Para poder ajudar outras pessoas no futuro”.</i>
5	<i>“As minhas expectativas são as melhores. Acho que isso vai me ajudar muito na minha doença”.</i>	<i>“Tudo de melhor e muitas coisas boas”.</i>	<i>“Curiosidade, aprendizagem, vontade de aprender e lidar com a minha doença”.</i>
6	<i>“Eu acho que vai ser muito bom”.</i>	<i>“Espero aprender a lidar com meu sentimento e com as dificuldades do dia a dia”.</i>	<i>“Minha motivação e minha família”.</i>
7	<i>“Não tenho expectativas, pois sei que é uma pesquisa e se houver algum resultado será para o futuro”.</i>	<i>“Ainda não sei bem”.</i>	<i>“Talvez a contribuição para futuros pacientes”.</i>
8	<i>“Minha expectativa é que o grupo me ajude a melhorar e diminuir os traumas da infância”.</i>	<i>“Aprender a lidar com os meus problemas e comigo mesmo”.</i>	<i>“O fato de querer aprender e a me conhecer mais e o fato de tirar experiências que não foram vistas antes”.</i>
9	<i>“Conseguir entrar em contato com sentimentos muito dolorosos, que guardei só para mim durante muitos anos e tentar dar um novo sentido, positivo, a essas experiências”.</i>	<i>“Espero ouvir outras experiências de vida, semelhantes as minhas ou não, pois sei que é possível aprender com a dor do outro e compreender a si mesmo”.</i>	<i>“O reconhecimento de que eu preciso trabalhar essas questões que ficaram sem resposta, por conhecer essa necessidade em mim e sentir que esses fatos foram geradores de muitos problemas, físicos e mentais, justamente por não terem sido elaborados na minha mente”.</i>
10	<i>“As minhas expectativas são muito boas, estou com muita curiosidade sobre a pesquisa”.</i>	<i>“Eu espero aprender a lidar ou entender melhor sobre traumas e sentimentos do passado”.</i>	<i>“Conhecer melhor sobre algum trauma do passado, entende-lo e procurar melhorá-lo”.</i>

Nota: P: participante

O segundo encontro foi denominado de “*Imagens que Falam*”, onde os participantes selecionaram algumas imagens em cartões do tipo postais disponibilizados pela terapeuta para posteriormente apresentar as histórias traumáticas da infância e adolescência. Concomitantemente, foi introduzido um áudio com músicas infantis para ser reproduzido, no intuito de direcioná-los a recordações da infância, sendo solicitado pela terapeuta um momento de silêncio e introspecção para a seleção das imagens. Em seguida, cada participante relatou sua história da infância a partir das imagens selecionadas.

Foi notório o resgate das memórias afetivas da infância a partir do estímulo musical, já que as músicas reproduzidas eram contemporâneas ao período da infância dos participantes, sendo um disparador para falas que remetiam às festas de aniversário, algumas esperadas e nunca realizadas, outras realizadas, cheia de afetos, mas com muita simplicidade e poucos alimentos. Além disso, para um dos participantes, algumas músicas incomodaram e mobilizaram sentimentos de irritabilidade, já que remetiam com muita fidedignidade a infância e, portanto as histórias de abuso, que conforme seu relato *estragou toda sua infância (sic)*.

Ademais, as imagens escolhidas pelos participantes foram extremamente significativas e produtivas, já que a maioria utilizou-se do recurso fotográfico para externalizar as experiências traumáticas da infância. A quantidade de imagens selecionada pelos participantes variou de uma até 30 imagens. Vale mencionar que este segundo encontro foi bem-sucedido nos três protocolos, já que todos os participantes selecionaram imagens condizentes com as experiências de estresse precoce, mas também permitiu vislumbrar momentos de alegria, brincadeiras e vivências saudáveis da infância.

No terceiro encontro, designado de “*Remodelando a Infância*”, a atividade proposta foi simbolizar as histórias da infância e adolescência através da modelagem em argila. Foi solicitado a cada participante que representasse uma imagem que remetesse as vivências infantis para posterior relato verbal da modelagem. Vale mencionar que inicialmente os participantes ficaram com os olhos vendados para manusear e sentir a argila, bem como para entrar em contato consigo mesmo a fim de se recordar da infância. Em seguida, foi orientada a retirada da venda dos olhos para a modelagem da argila, sendo que aqueles que desejassem permanecer com os olhos vendados também poderiam proceder assim. Depois da modelagem da argila, cada participante realizou uma narrativa da representação simbólica das vivências traumáticas da infância e adolescência.

A seguir serão apresentadas duas figuras da modelagem em argila ilustrando o processo terapêutico de dois participantes.

Figura 1- Fotografia de uma mão confeccionada em argila denominada de “A Mão do Id”.

A figura 1 representou uma vivência de abuso sexual de uma das participantes, a qual relatou que escolheu a mão porque a fez pensar em tudo que as pessoas fazem com as mãos, por exemplo, cozinhar, dirigir, entre outras atividades, mas para ela a mão também remetia ao abuso sexual que ela sofreu, já que foi através das mãos que ela foi acariciada, que houve o toque íntimo. Ao finalizar sua produção denominou-a como a “A Mão do Id”.

A figura 2 representou um prato raso, já que uma das participantes mencionou que passou muita fome durante a infância. Ao verbalizar este fato, a paciente chorou e mobilizou os demais integrantes do grupo. Além disso, a paciente relatou que devido este fato, nos dias atuais realiza compras de alimentos compulsivamente, descrevendo ainda que passar fome é uma das piores situações que já vivenciou. Ao ser questionada sobre o nome que daria para sua produção, a paciente informou que não sabia que nome atribuir.

Figura 2- Fotografia mostrando um prato raso realizado em argila, representando a fome vivenciada por um dos sujeitos.

Destaca-se que a proposta de trabalhar com modelagem de argila foi negada por dois participantes, pois um deles relatou ter repulsa a este material, tanto que a exposição visual sem o contato físico com a argila mobilizou uma diarreia repentina. O outro participante referiu ter alergia a este material, mas fez colocações verbais pertinentes às vivências de estresse precoce disparadas no processo terapêutico.

Assim, pode-se inferir que a atividade de modelagem de argila ofertada nos três protocolos terapêuticos foram gatilhos extremamente importantes para a emersão das questões traumáticas da infância, sendo possível atingir os objetivos terapêuticos propostos.

O quarto encontro foi chamado de *“Reconstruindo Vidas”*, onde foi ofertado vasos de cerâmica intactos para posterior quebra dos mesmos. Neste momento, a terapeuta conduziu uma reflexão sobre os processos de rupturas vinculares e perdas do significado da vida ocasionados pelas vivências traumáticas na infância e adolescência, sendo assim disponibilizado um momento para relatos verbais dos participantes que desejaram compartilhar tais experiências de estresse precoce.

Depois disto, o comando seguinte foi a reconstrução dos pedaços do vaso de cerâmica, trabalho este individualizado, embora podendo ser realizado com a ajuda da terapeuta e demais participantes que reconstruíram seu vaso rapidamente, já que alguns realizaram a quebra do vaso em pedaços maiores. As reações dos participantes frente ao comando de reconstrução dos pedaços do vaso foram variadas, sendo que poucos pacientes desistiram imediatamente de reconstruir o vaso, mesmo com a ajuda da terapeuta, já que os pedaços ficaram extermanente pequenos. Uma das participantes mencionou que iria jogar os resquícios do vaso num riacho próximo da sua residência

para serem levados bem longe da sua vida, atribuindo assim um significado simbólico para os resquícios do vaso que representavam ela no momento do abuso sexual.

Em contrapartida, outros pacientes quebraram o vaso em pedaços maiores, pois consideraram previamente que seria solicitada a reconstrução, de forma que não apresentaram dificuldades na tarefa, mas conforme o esperado, também conseguiram atribuir um sentido para aquela ruptura, para alguns classificada como violenta, assim como foram os episódios de estresse precoce. Nesse sentido, ressalta-se o potencial simbolismo da quebra e reconstrução dos vasos de cerâmica e analogia com a reconstrução e ressignificação das vivências de estresse precoce, ocorridas durante os três protocolos de grupo.

Já no quinto encontro, os pacientes contornaram a imagem corporal no papel manilha para posterior representação das vivências traumáticas da infância e adolescência que carregavam no corpo. Para tal atividade, foram formadas duplas, onde um participante realizava o contorno do corpo de seu colega e em seguida, o outro procedia da mesma forma. O passo seguinte foi desenhar ou escrever no mesmo corpo contornado para simbolizar as lembranças de estresse precoce, posteriormente foi realizado o compartilhamento grupal de tais produções. Este encontro foi chamado de “*Corpo Simbólico*” e será apresentado a seguir algumas produções feitas pelos participantes.

Figura 3 – Fotografia do desenho do corpo de uma pessoa que passou por Estresse Precoce – Alcoolismo e Força.

A figura 3 representou a produção de uma das participantes, a qual desenhou um frasco de bebida e mencionou que seu pai fazia uso abusivo de álcool, onde posteriormente agredia fisicamente sua mãe, situação esta que foi presenciada inúmeras vezes por ela. Ademais desenhou algumas pessoas da sua família na cabeça, destacando a ausência da sua mãe, pois ela não conseguia enxergar sua mãe com seu pai, já que eles se separaram durante sua infância. Escreveu ainda várias palavras ao longo do corpo, e a última palavra escrita foi *força*, a qual estava grifada. Vale mencionar que, a palavra *força* trazida pela paciente teve uma representação do potencial para suportar a tensão traumática remotamente vivenciada, podendo ser condizente com a construção de uma possível estrutura de resiliência.

Outra produção bastante significativa foi a representada na figura 4, onde a paciente trouxe muitas informações das vivências traumáticas, elencando palavras que remetiam sentimentos dicotômicos, como incapacidade, esperança, dor e alegria. Escreveu na região da cabeça as palavras religião, julgamentos e Deus. Também escreveu na região da genitália, a palavra abuso e prazer, mencionando sobre o abuso sexual ocorrido, discorrendo sobre a culpa intensa que sentia devido ao fato de ter sentido prazer na relação sexual abusiva. Ao final de seu relato mencionou que apesar de todas as situações doloridas que ocorreram com ela, sempre prevalecia o sentimento de Esperança.

Figura 4- Fotografia do desenho do corpo de uma pessoa que passou por Estresse Precoce - Prazer e Culpa.

Outra importante representação foi a de uma paciente que escreveu a palavra *burra* na cabeça, destacando que durante sua infância ouviu inúmeras vezes este termo por parte de sua mãe e na escola, já que repetiu algumas vezes a 4ª série. Tal fala ficou gravada em sua mente e por isso ela aborda as filhas de maneira diferente, chamando-as a todo momento de *lindas, inteligentes (sic)* e dando muitos conselhos valorizando a importância dos estudos, bem como ofertando afeto sempre que possível.

Novamente, pode-se perceber que esta atividade surtiu efeito terapêutico nos participantes, os quais retrataram de maneira intensa as vivências de estresse precoce, obtendo assim sucesso nos três protocolos de intervenção. No final deste encontro a terapeuta apresentou a proposta de atividade do próximo grupo, a fim de se proceder a escolha da receita de culinária que remetesse a infância, bem como quem seria o protagonista na confecção desta receita.

No sexto encontro, denominado de “*Sabores Infantis*”, foi conduzido o preparo de uma receita de culinária que remeteu histórias da infância e adolescência, a qual fora escolhida anteriormente e a partir do consenso coletivo de todos os participantes. O protagonista ensinou os demais integrantes como se preparava o prato e ao fazer mencionou o motivo da escolha desta receita. Enquanto a receita ficou pronta, a terapeuta instigou uma reflexão sobre o acesso a alimentos durante a infância, além de oportunizar espaço para recordação de lembranças positivas envolvendo comida, tais como festas de aniversários, Natal, Páscoa, entre outros momentos festivos, ou até mesmo no dia a dia. Vale mencionar que com a finalização do preparo da receita, os participantes degustaram o alimento e foi solicitado um retorno individual de cada participante sobre tal processo vivenciado.

A primeira turma de participantes escolheu preparar uma receita de brigadeiro de colher, pois segundo os mesmos este alimento remetia as festas infantis. A segunda turma de participantes preparou salgadinhos e refrigerantes, também por causa de lembranças das festas infantis. Já a terceira turma escolheu preparar um bolo de fubá, receita de família de uma das participantes.

Nota-se que o compartilhamento intenso das experiências de estresse precoce, nos encontros anteriores, permitiu trabalhar e enaltecer alguns fatos alegres da infância, de modo que, deste encontro em diante o processo terapêutico conduziu-se visando a valorização de aspectos satisfatórios vivenciados na infância. A oficina de culinária favoreceu o resgate de agradáveis (e *doces*) experiências infantis obscurecidas pela intensidade e gravidade do estresse precoce vivenciado pelos participantes.

No sétimo encontro, designado de “*Criando Perspectivas e Planos Futuros*”, foi oferecido uma folha de papel sulfite com o desenho da Lâmpada Mágica, contendo a seguinte frase “*Se você tivesse direito a três pedidos, quais seriam eles?*”. Após a entrega da folha para cada integrante, foi ofertado um tempo para reflexão e elaboração da escrita dos 3 desejos dos participantes. Em seguida, cada participante realizou a narrativa dos desejos escolhidos.

De um modo geral os participantes, mencionaram desejos de ter bons relacionamentos interpessoais, com os familiares, amigos e no trabalho. Também destacaram o ensejo de ter saúde física, espiritual e mental. Vale mencionar que apenas um dos participantes relatou que o seu maior desejo era ter uma máquina do tempo para voltar no passado e apagar tudo que ocorreu de traumático. Neste momento, a terapeuta referiu que esta idéia não seria possível, de modo que todas as experiências sejam elas agradáveis ou traumáticas integram a vida de cada pessoa e que, apagar os traumas infantis anularia um episódio importante, embora doloroso, da sua vida.

Deste modo, a reflexão oferecida foi de que o importante não era apagar o fato em si, mas atribuir um novo sentido à experiência remota.

No último encontro foi proposto o compartilhamento dos registros individuais do diário de cada participante, sendo orientado que os mesmos fizessem uma narrativa dos pontos mais marcantes de cada encontro. Ademais, foi solicitado que todos os participantes relatassem a opinião individual sobre o processo terapêutico vivenciado, bem como que os mesmos realizassem a avaliação pós-grupo, a partir de três perguntas dissertativas, a saber: “*Você gostou das atividades propostas no grupo de Estresse Precoce?*”, “*Suas expectativas foram atendidas?*” e “*O que você destacaria de aprendizado no grupo de Estresse Precoce?*”. O oitavo encontro foi denominado de “*Ressignificando a Infância*”, sendo extremamente produtivo nos três protocolos.

Uma das participantes mencionou que apesar de tudo que foi vivenciado de traumático em sua infância, não gostaria de ter outros pais, pois tudo que aconteceu permitiu que ela crescesse e se tornasse a pessoa que é atualmente.

Outro participante mencionou que aproveitou de maneira significativa o grupo e que percebeu o benefício de se olhar para tais situações traumáticas e apreender que as mesmas foram ressignificadas. A terapeuta pediu à mesma, um exemplo de ressignificação do estresse precoce e a paciente relatou que quando tinha 4 anos de idade presenciou uma tentativa de homicídio de seu pai para com sua mãe e que, ao lembrar-se desta situação pôde tomar consciência e pensar de maneira ampla compreendendo seu pai, como sendo agressor, mas também vítima do seu próprio vício, já que o mesmo era alcohólotra.

Ao final do último encontro do grupo, a terapeuta mencionou a necessidade dos participantes continuarem tratando de tais situações, já que esse é um processo contínuo de aprendizado e ressignificação.

Na tabela a seguir estão apresentadas as respostas das três questões pós-grupo dos 10 participantes.

Tabela 37- Respostas às 3 perguntas na avaliação pós-grupo

P	Questão 1 Pós-grupo	Questão 2 Pós-grupo	Questão 3 Pós-grupo
1	<i>“Sim, as atividades propostas no grupo despertaram pensamentos, lembranças, sentimentos e questionamentos, ajudando no tratamento em si”.</i>	<i>“Sim, foram superadas. Ainda há muita coisa pra se resolver em mim, mas o grupo me ajudou muito”.</i>	<i>“Respeito a mim mesma e dos próximos”.</i>
2	<i>“Eu adorei, achei bastante gratificante, importante para o nosso desenvolvimento emocional e pessoal. Eu gostei de cada atividade muito criativa e originais”.</i>	<i>“Sim, lembrei com carinho do período da infância e ressignifiquei muitas coisas que eu vivi”.</i>	<i>“A oportunidade de melhorar a forma como lembramos da infância, eu aproveitei para ver com carinho a forma que cresci e me transformei para qual eu tenho muito orgulho e me tornei uma pessoa digna e carinhosa”.</i>
3	<i>“Sim, a única que não consegui ter um bom entendimento foi a da argila, mas também pode ter significado”.</i>	<i>“Sim, para mim foi muito importante. Consegui vomitar muitas coisas que eu carregava comigo e só me fazia mal, viver pesada e guardar tudo isso era muito difícil para mim”.</i>	<i>“Que podemos falar sim das nossas dores e tudo o que nos machuca e encontrar lugar para tudo isso, só o fato de conseguir pensar e falar é suficiente”.</i>
4	<i>“Sim, foram muito profundas”.</i>	<i>“Gostei bastante, sofri ao lembrar das histórias da minha infância, mas foi importante para mim”.</i>	<i>“Aprendi que tenho que gostar de mim acima de tudo e que meu passado não mudará porque ele faz parte da minha vida”.</i>
5	<i>“Muito, para mim foi muito gratificante”.</i>	<i>“Com certeza sai desse grupo transformada”.</i>	<i>“Aprendi a me valorizar como pessoa e como ser humano”.</i>
6	<i>“Eu gostei muito, foi muito bom para mim”.</i>	<i>“Sim foi como eu imaginei”.</i>	<i>“Eu lembrei muitas coisas que eu nem lembrava mais”.</i>
7	<i>“Sim muito. Foram bem dinâmicas não ficou só em falar e escrever”.</i>	<i>“Sim, algumas. Outras eu prefiro trabalhar individualmente”.</i>	<i>“Dar um novo olhar para o passado e outras questões através do ouvir de outras experiências e também a ajuda das dinâmicas”.</i>
8	<i>“Sim, são muito produtivas”.</i>	<i>“Com toda certeza estou saindo uma nova pessoa”.</i>	<i>“A garra com que fomos atendidas”.</i>
9	<i>“Muito, foram muito terapêuticas, mas também conduzidas com muita delicadeza e respeito”.</i>	<i>“Plenamente”.</i>	<i>“Repensar as atitudes em relação aos acontecimentos do passado, dando a eles a real dimensão que possuem, ressignificando-os tornando mais leves e diminuindo as culpas”.</i>
10	<i>“Gostei muito, achei muito interessante. Às vezes nos fizeram voltar no passado”.</i>	<i>“Algumas sim, outras não”.</i>	<i>“Que devemos nos despendar de culpas, relacionados ao passado e destacar coisas boas ocorridas na vida”.</i>

Nota: P: participante

Discussão

A literatura científica aponta que os grupos terapêuticos são dispositivos extensivamente utilizados no contexto de saúde mental, especialmente no contexto de semi-internação psiquiátrica no modelo de Hospital-Dia, já que permitem a melhoria e o enfrentamento das dificuldades advindas pelo transtorno psiquiátrico (Amarante, 2007; Contel & Villas-Boas, 1999). Além disso, as abordagens em grupoterapias utilizam diferentes atividades enquanto recurso terapêutico, como as sociais, envolvendo festividades, teatros e cinemas; motoras, a partir dos trabalhos com madeira, couro, esportes, entre outros e ainda as atividades autoexpressivas, empregando dança, pintura e cerâmica (Valladares et al., 2003).

O trabalho promissor da psiquiatra alagoana Nise da Silveira, demonstrou a importância das atividades expressivas para pacientes psiquiátricos em sua experiência no Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro em meados da década de 1940. A autora evidenciou que a comunicação do paciente psiquiátrico parte-se do nível não-verbal, com a oferta de atividades que permitam a expressão de vivências não verbalizáveis, já que este indivíduo encontra-se mergulhado na profundidade do inconsciente, ou seja, num universo arcaico de impulso, pensamentos e emoções fora do âmbito das elaborações e da palavra (Silveira, 1992).

As pesquisas científicas enfatizam que as situações de estresse precoce são muito frequentes em pacientes depressivos (Martins et al., 2014; Heim & Nemeroff, 2001). Segundo Hagedorn (1999), os conflitos da vida recente, dentre eles, a ansiedade, culpa, problemas de relacionamento e depressão são resultantes de conflitos inconscientes não elaborados, tendo origem nas memórias reprimidas da pré-infância e adolescência. Ademais, devido os efeitos nocivos e persistentes para o indivíduo é necessário o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas que tratem as questões traumáticas da infância e adolescência (Gillespie & Nemeroff, 2005).

Entre os tratamentos oferecidos aos pacientes depressivos com estresse precoce, a literatura menciona inúmeras formas de psicoterapia, entre elas: Psicoterapia Interpessoal, Terapia Cognitiva Comportamental, Psicoterapia Analítico Cognitivo-Comportamental, Psicoterapia Dinâmica Breve, Meditação associada com Visita Domiciliar, Psicoterapia Dinâmica Intensiva de Curto Prazo estando estas terapêuticas associados ou não com intervenções farmacológicas (Johnstone et al., 2013, Kimbrough et al. 2010, Vitriol et al., 2009, Abbass, 2006, Nemeroff et al., 2003).

Para pacientes diagnosticados com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), os estudos indicam que a psicoterapia baseada no método denominado de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e a Terapia de Exposição são eficazes no tratamento. Ademais

esta última é considerada padrão-ouro no tratamento para o TEPT, embora se saiba que os pacientes podem apresentar resistência para lembrar-se de eventos traumáticos (Valente et al., 2011).

A justificativa da escolha da Terapia Ocupacional como recurso terapêutico para tratamento de pacientes depressivos com estresse precoce está baseada no fato da formação base da pesquisadora em questão e devido ao fato de inúmeras evidências científicas comprovarem a eficácia dos grupos terapêuticos na área da terapia ocupacional em saúde mental, embora não abordando o uso de grupos para pacientes depressivos com estresse precoce (Maximino & Liberman, 2015; Samea, 2002; Martins, 2002).

Vale mencionar ainda que para análise dos dados coletados nos três protocolos grupais utilizaremos do referencial teórico da terapia ocupacional enraizado na psicodinâmica, originária de Sigmund Freud, com desdobramentos de outros psicanalistas, tais como Carl Gustav Jung, Donald Winnicott, Melanie Klein, Alfred Adler, Harry Sullivan, Wilfred Bion, entre outros (Hagedorn, 1999).

A perspectiva psicodinâmica leva em consideração o inconsciente, as emoções, os significados e simbolismos individuais atribuídos a eventos, objetos e pessoas, entendendo que as atividades terapêuticas utilizadas nos grupos constituíram um campo procedimental e relacional (Tedesco, 2007).

A abordagem psicodinâmica na Terapia Ocupacional originou-se com o casal americano Fidler & Fidler e com os canadenses Azima e Wittkove, em meados das décadas de 1950 e 1960. Estes profissionais estavam interessados em compreender as potencialidades das atividades para externalizar emoções, servindo de veículo de comunicação entre o paciente e o terapeuta (Guglielmo, 2014).

No Brasil, Benetton, (1991) desenvolveu uma técnica específica em terapia ocupacional baseada nos conceitos psicodinâmicos, denominada de Trilhas Associativas. Tal teoria aborda os aspectos simbólicos envolvidos na realização das atividades terapêuticas, a relação terapeuta-paciente, bem como a atividade enquanto objeto transicional.

Nesta perspectiva teórica consideram-se as relações objetais, ou seja, percepções e relações da criança com objetos e pessoas desejados, relações estas que são decisivas nos relacionamentos futuros. Nesse sentido, as experiências do passado compõem uma parte significativa do processo terapêutico, de forma que a compreensão de eventos retrógrados no presente permite expressivas mudanças internas e de comportamento (Hagedorn, 1999).

A Terapia Ocupacional utiliza deste referencial com técnicas projetivas e criativas, através de uma diversidade de atividades, as quais colaboram no desvelamento dos simbolismos e emoções ocultas dos sujeitos. Assim, busca-se os porquês das reações do indivíduo diante dos seus sentimentos, nos relacionamentos e perante objetos, construindo juntamente com o paciente uma interpretação e análise do material produzido, das vivências internas ocorridas durante o processo terapêutico oferecido (Guglielmo, 2014).

Nesse sentido, verificamos que o protocolo de grupo de terapia ocupacional para pacientes depressivos mostrou ser uma ferramenta eficaz para a ressignificação de vivências de estresse precoce, através das atividades de cunho simbólico e cheio de significados.

Assim, destaca-se que as atividades terapêuticas oferecidas no grupo de terapia ocupacional para pacientes depressivos com estresse precoce apresentaram um simbolismo a partir da relação entre a história de vida dos pacientes e suas associações com a atividade proposta. Segundo Benetton, (1999), as atividades oferecem a possibilidade de simbolização da realidade externa com a interna, a partir do momento que elas desempenharem o papel de atividades significativas para o paciente.

Neste mesmo sentido, a pesquisa qualitativa conduzida por Carvalho (2010), utilizou do mesmo referencial teórico escolhido neste estudo e objetivou avaliar os escritos em termos de forma e conteúdo acerca das repercussões cotidianas na vida de pacientes com doença de Alzheimer. Os resultados indicaram que os escritos autobiográficos foram um excelente recurso de atribuição de sentido às vivências do paciente, permitindo o redimensionamento da doença frente à vida social, de modo semelhante às vivências e insights relatados pelos participantes dos grupos desta pesquisa.

Outra teoria psicodinâmica de referencia para este estudo é a desenvolvida por Donald Winnicott, já que considera a importância do terapeuta oferecer uma escuta à linguagem muitas vezes sem palavras, levando em consideração a *"delicadeza do que é pré-verbal, não verbalizado e não-verbalizável, exceto, talvez, na poesia"* (Winnicott, 1975). Nesse sentido, as produções simbólicas dos participantes do grupo de estresse precoce criaram uma linguagem implícita e explicitado na produção grupal e individual, criando assim novos universos existenciais.

Desta forma, compreende-se que a dinâmica de apresentação dos participantes realizada no primeiro contato, permitiu a sensibilização dos mesmos frente à proposta grupal de abordar questões traumáticas na infância. Além disso, a literatura indica a importância do contrato terapêutico no primeiro encontro a fim de explicitar combinações básicas e obrigações recíprocas

por parte do paciente e do terapeuta que concordam iniciar um processo terapêutico (Zimmerman, 2004; Bowlby, 1982).

No segundo encontro, os participantes realizaram a representação das vivências de estresse precoce através das imagens do tipo postais. Esta prosta condiz com a ofertada no trabalho de Montezor (2013) em uma unidade de internação intensiva em saúde mental da cidade de Santos/SP, com diferentes estratégias grupais merecendo destaque para o Grupo de Reflexão, onde foi ofertado atividades de escrita, desenhos, fotos, recortes de jornais e revistas, com posterior discussão das produções.

Já no terceiro encontro, os participantes realizaram a modelagem em argila para simbolizar as histórias de estresse precoce. O processo de modelagem em argila envolve inúmeras capacidades por parte do indivíduo que irá utilizá-la, ou seja, a imaginação, a identificação de formas, de desejos, símbolos, sonhos. Assim a argila, enquanto material úmido, plástico e de fácil manejo possibilita uma expressão tridimensional, bem como uma manipulação lúdica (Gayão & Melo, 2010).

No quarto encontro, os pacientes trabalharam com um vaso de cerâmica, quebrando, colando e reconstruindo-o. A literatura aponta que a partir do momento que o paciente possui uma melhor compreensão da sua subjetividade, a sua autoimagem pode ser remodelada, permitindo assim uma relação consigo mesmo e com os demais de maneira satisfatória (Bechelli & Santos, 2006).

No quinto encontro, os participantes realizaram uma atividade de desenho da imagem corporal em papel manilha. Nesse sentido, a literatura aponta que o corpo é resultado de uma relação do homem com o seu fazer (Almeida, 2004).

O relato de experiência de Pereira et al. (2014) com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade evidenciou que a oficina de culinária é um excelente recurso terapêutico para promover a autoestima, empoderamento, a cidadania, participação social, desenvolvimento de habilidades, bem como a expressão de sentimentos. Neste sentido, a nossa proposta interventiva do sexto encontro baseada na culinária também ratificou tais achados.

Segundo Ferrari (2001), o fazer, agir e a ação são necessidades de todo o ser humano. Neste sentido, a atividade de escrita sobre os três desejos permitiu o planejamento de ações, fazeres e perspectivas futuras, muitas vezes obscurecidos pelo sofrimento mental.

E no último encontro, os participantes realizaram o compartilhamento das experiências grupais. Deste modo, a atribuição de sentido ao processo terapêutico grupal permitiu uma conscientização dos fenômenos psíquicos vividos e ressignificação do estresse precoce. Segundo

Frankl (2008) é possível encontrar sentido na vida quando se é confrontado com uma situação sem esperança, quando se enfrenta uma fatalidade imutável. O que importa é o potencial humano que consiste em transformar a tragédia pessoal em ensinamento, de modo que, quando o indivíduo não é capaz de mudar uma situação ele é desafiado a transformar a si próprio (Frankl, 2008).

A estrutura do grupo teve uma configuração que foi do não-verbal, concretizadas nas atividades até o verbal que exigiu funções psíquicas de abstração, marcando um desenvolvimento que percorreu dos estágios primitivos de consciência, para estruturas de pensamentos mais elaboradas. Assim, as etapas terapêuticas vivenciadas pelos participantes remeteram ao ciclo da vida, onde novos contatos, olhares, sabores, odores e fazeres foram possíveis.

O fazer terapêutico, matéria prima e instrumento primordial do terapeuta ocupacional alicerça a possibilidade de tornar conscientes as imagens simbólicas que se concretizaram em colagens, remodelagens, desenhos, degustações, escritas e verbalizações. Assim, ao longo do processo terapêutico grupal, a partir do contato com diversos materiais, foi possível proporcionar a realização de produções simbólicas e concretas sobre as experiências traumáticas da infância e adolescência dos participantes. Destaca-se que as construções individuais e coletivas vivenciadas no grupo de terapia ocupacional foram sustentadas na subjetividade dos participantes que se disponibilizaram adentrar um universo obscurecido, intocável e por alguns nunca acessado.

Nesse sentido, o protocolo grupal de terapia ocupacional para pacientes depressivos com estresse precoce ofereceu possibilidades de ressignificação das experiências individuais e coletivas, e conforme Turato (2005) menciona das próprias *experiências de vida e vivências individuais*.

8. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

8. Limitações da pesquisa

No curso e desenvolvimento de projetos de pesquisas científicas, como o nosso, ocorrem algumas limitações metodológicas que devem ser apontadas.

Nesse sentido, a primeira limitação do nosso estudo diz respeito à investigação de eventos traumáticos na infância e adolescência. Embora tenhamos utilizado o instrumento Questionário Sobre Traumas na Infância (CTQ), considerado padrão ouro na literatura, o mesmo investiga somente as situações de abuso e negligência infantil. A literatura científica considera o estresse precoce como sendo diversas situações traumáticas ocorridas na infância e adolescência, tais como morte dos pais ou cuidadores, transtorno psiquiátrico na família, superproteção materna ou paterna, situação econômica familiar precária, violência doméstica e divórcio dos pais, eventos estes não abordados no nosso estudo, devido à escolha da avaliação do estresse precoce ser realizada pelo CTQ.

Reforçamos que embora tenha ocorrido esta lacuna metodológica, nossa escolha pelo CTQ está embasada em muitos estudos da literatura, como as duas revisões sistemáticas realizadas pelo nosso grupo de pesquisa (Carr et al., 2013; Martins et al., 2011) identificando que a maioria dos estudos publicados na última década nesta área tem utilizado o CTQ.

Além disso, existem outros fatores determinantes na gravidade do estresse precoce, tais como, o grau de parentesco, a idade da criança e/ou adolescente, o tempo de ocorrência do estresse precoce, a frequência e uso de força. Assim, compreende-se que tal fenômeno é bastante complexo e, portanto, há a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas que investiguem todas estas variáveis relacionadas ao estresse precoce.

Outra limitação importante do nosso estudo diz respeito à quantidade reduzida de pacientes com a avaliação do desempenho ocupacional. Ressalta-se que o número de participantes nesta amostra foi menor devido ao fato da pesquisadora ter encontrado dificuldades na identificação de instrumentos na área da terapia ocupacional que avalie pacientes depressivos com estresse precoce. Este fato deve ser analisado sob duas ópticas, a primeira aponta para a importância deste estudo, já que ele parece ser pioneiro no processo de avaliação do desempenho ocupacional de pacientes depressivos com estresse precoce e por isso a dificuldade de estudos condizentes com o levantamento bibliográfico. A segunda razão se deve ao fato de alguns periódicos internacionais específicos da terapia ocupacional oferecerem acesso às produções científicas a membros cadastrados ou ainda requererem um pagamento para disponibilizar a informação científica. Assim cabe aqui, enquanto profissional de Terapia Ocupacional indagar o motivo pelo qual se faz

necessário a dificuldade no acesso à informação das produções da Terapia Ocupacional, profissão esta tão importante e merecedora da valorização e divulgação de sua ciência, como as demais profissões da saúde, educação e da área social tão consolidadas no meio acadêmico e clínico.

Além de tais limitações, os pontos fortes do nosso estudo também merecem ser apontados, a saber:

A revisão da literatura, a qual por ter sido sistemática identificou os principais resultados na área do estresse precoce, depressão e resposta terapêutica. Mas vale salientar que nossa revisão foi conduzida no início deste projeto de pesquisa e por este motivo não incluímos a palavra-chave terapia ocupacional, já que o projeto inicial não contemplava o enfoque da terapia ocupacional. Com o passar do processo de pesquisa incorporamos esta variável de extrema relevância e para minimizar possíveis falhas metodológicas incluímos referências teóricas da terapia ocupacional baseada em evidências no transcorrer do primeiro estudo e ao longo deste trabalho.

O segundo estudo também é um ponto forte desta pesquisa, pois a análise estatística aplicada ampliou os resultados do estudo dos pesquisadores em questão. Publicamos o artigo: “Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults. *J Nervous and Mental Disease*. 2014; 202(11):774-82 dos autores, Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Jurueña MF”, sendo que agora, neste estudo 2, identificamos com mais profundidade as variáveis precipitadoras do abuso emocional em pacientes depressivos, a saber: gênero, história de doença psiquiátrica, tentativa de suicídio e desesperança.

O terceiro e quarto estudo também são relevantes cientificamente na medida em que analisaram o impacto do estresse precoce na depressão, bem como investigaram a influência dos fatores sócio-demográficos, clínicos, estresse precoce e do desempenho ocupacional na resposta terapêutica de pacientes depressivos. Estas pesquisas vêm sendo desenvolvidas internacionalmente há um certo tempo, mas no contexto nacional notamos que o nosso grupo de pesquisa vem se destacando com estas investigações nos últimos anos.

O quinto estudo, de caráter qualitativo procurou acrescentar na literatura da terapia ocupacional uma experiência clínica da aplicação de um protocolo terapêutico de grupo para pacientes depressivos com estresse precoce, desenvolvido pela pesquisadora, sob a supervisão do orientador. Este estudo merece devido destaque já que não encontramos na literatura protocolos de intervenção como este e os resultados apontaram que as atividades oferecidas foram significativas aos participantes, bem como possibilitaram o início do processo de ressignificação das vivências de estresse precoce. Assim este protocolo pode ser replicado e/ou adaptado em outros *settings*

terapêuticos, com as devidas precauções e a partir da análise da atividade que o terapeuta ocupacional é instrumentalizado a realizar.

9. CONCLUSÃO

9. CONCLUSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, ao menos 20% das pessoas referiram ter vivenciado situações de violência infantil.

Nesse sentido, o conhecimento apurado do fenômeno da violência infantil permitirá instrumentalizar os profissionais da saúde, educação e da área social na identificação dos casos de estresse precoce, aplicando medidas protetoras calcadas na legislação, bem como oferecer tratamentos e protocolos especializados para a ressignificação das experiências traumáticas da infância e adolescência.

Finalizamos este estudo ressaltando para a importância de outras pesquisas científicas interdisciplinares, principalmente com o enfoque da Terapia Ocupacional para ampliação na compreensão dos efeitos nocivos que o estresse precoce ocasiona no curso clínico e resposta terapêutica do paciente depressivo, na família, no desempenho ocupacional, enfim enquanto indivíduo holístico.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Abbass AA. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of Treatment-Resistant Depression: A Pilot Study. *Depression and Anxiety*. 2006; 23 (7):449–452.
- Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Journal of Child Abuse & Neglect*. 2009; 33: 139-147.
- Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hani B, Murad H, et al. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 1999; 4: 163-172.
- Almeida MGB. A violência na sociedade contemporânea [recurso eletrônico]. Dados eletrônicos. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS; 2010. 161 f.
- Al-Shammari SA, Al-Subaie A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(9): 739-47.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007.
- American Occupational Therapy Association. Understanding mood disorders. 2002.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22(3): 106-15.
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256(3): 174–86.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse, RE, Lustman PJ. The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*. 2001; 24(6):1069-78.
- Andrade AF & Mello CPC. Reabilitação Neuropsicológica na Depressão: um enfoque terapêutico ocupacional. 2010. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. São Carlos. 18(1). p. 49-55.
- Antai-Otong D. The art of prescribing. Monotherapy antidepressant: a thing of the past? Implications for the treatment of major depressive disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2007;43: 142–145.
- Any-woan P, Sarah CP, Lyinn C, Tsy-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression: predictive models. *Quality of Life Research*. 2006; 15(1): 39-48.
- Anzieu D. O grupo e o inconsciente: o imaginário. Tradução: Anette Fuks e Hélio Gurovitz. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 1993.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4.ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association Press. 2000.

- APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Arrata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multitype maltreatment among urban youth. *J Child Abuse & Neglect*. 2007; 31(4): 393-415.
- Ay-Woan P, Sarah CPY, LyInn C, Tsyr-Jang C, Ping-Chuan H. Quality of life in depression: Predictive models. *Quality of Life Research*. 2006; 15: 39-48.
- Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, Craighead WE, Baldewicz TT, Krishnan KR. Exercise treatment for major depression: Maintenance of therapeutic benefit as 10 months. *Psychosomatic Medicine*. 2000; 62(5): 633-638.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins, CMS, Jurueña, MF. Assessment of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity: glucocorticoid receptor and mineralocorticoid receptor function in depression with early life stress - a systematic review. *Acta Neuropsychiatrica*. 2012; 24: 4-15.
- Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry*. 2004; 161(12):2163-2177.
- Ballarin MLGS. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: Pádua EMM, Magalhães, LV. (Orgs.). *Terapia Ocupacional: Teoria e Prática*. Campinas, SP: Papirus, 2003, p. 63-78.
- Ballarin MLGS. Abordagens Grupais. In: Cavalcanti A, Galvão C. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro, RJ: São Paulo; 2007. p. 38-42.
- Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2005; 134(2):169-79.
- Bandura A. Social learning theory of aggression. *J. Commun*. 1978; 28 (3): 12-29.
- Baptista MN, Baptista ASD, de Oliveira MG. Depression and gender: why is depression more prevalent in women? *Temas em Psicologia*, 1999; 7(2):143-156.
- Baptista MN. *Suicídio e Depressão: atualizações*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.
- Barbosa LP, Quevedo L, Silva GDG, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J, Lara D, Oses J, Silva RA. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14-35 years in southern Brazil. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38(7): 1191-6.
- Bares CB. Gender, Depressive Symptoms and Daily Cigarette Use. *J Dual Diagn*. 2014; 10(4): 187-196.
- Bastos SCA, Mancini MC, Pyló RM. O uso da medida canadense de desempenho ocupacional (COPM) em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*; 2010. 21(2): 104-110.

- Bechelli LPC, Santos MA. Transferência e psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-am. Enferm.* 2006; 14 (1): 110-7.
- Beck AT, Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. 2ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42 (6):861-865.
- Beck AT. Cognition and theory. *Arch General Psychiatry*.1984; 41(11): 1112-1114.
- Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988a; (56): 893-897.
- Beck A T, Steer R A, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol* 1988b; (44): 499-505.
- Beck A T, Steer R A, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*.1996; 67: 588-597.
- Beck AT. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.
- Beck AT, Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Becker DF, Grilo CM. Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eat Weight Disord*. 2011; 16(2): 113-20.
- Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*. 1980; 35(4): 320-335.
- Benetton, J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo, SP: Lemos, 1991.
- Benetton MJ. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. 2 ed. São Paulo, SP: Lemos. 1999.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatric Research*. 2010; 44:732–740.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994; 151(8):1132-6.

- Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 (3):340-8.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(2):169-90.
- Berzenski SR, Yates TM. Classes and consequences of multiple maltreatment: a person centered analysis. *Child Maltreatment*. 2011; 16(4): 250-261.
- Bhar SS, Gelfand LA, Schmid SP, Gallop R, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al., Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *J Affective Disorders*. 2008; 110 (1-2): 161-6.
- Bland RC, Newman SC, Orn H. Recurrent and non-recurrent depression. A family study. *Arch Gener Psychiatry*. 1986; 43(11): 1085-1089.
- Blazer DG. Controversies in community-based psychiatric epidemiology: let the data speak for themselves. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(3):227-8.
- Bifulco AT, Brown GW, Harris TO. Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: A replication. *Journal of Affective Disorders*. 1987 12(2):115–128.
- Bifulco A, Brown GW, Harris TO. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994. 35: 1419–1435.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29(5):355-63.
- Bottomley C, Nazareth I, Torres-González F, Svab I, Maaroos HI, Geerlings MI, Xavier M, Saldivia S, King M. Comparison of risk factors for the onset and maintenance of depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 196(1):13-17.
- Bowlby J, Attachment and Loss. Basic, volume 1. Attachment. New York, EUA; 1982.
- Bremner D, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the early trauma inventory. *Depress Anxiety*. 2000; 12: 1-12.
- Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Melhem N, Ellis SP, Mann JJ. Familial transmission of mood disorders: convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(10):1259-66.

- Brezo J, Paris J, Barker ED, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, Hébert M, Turecki G. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychol Med.* 2007; 37(11):1563-74.
- Briere J, & Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect.* 1988; 12: 331-341.
- Brietzke E, Sant'anna MK, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, Mansur RB, Bressan RA. Impact of childhood stress on psychopathology. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2012; 34: 480-488.
- Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicidal Behavior in Adults with Major Depression. *Am J Psychiatry.* 2001; 158(11):1871–1877.
- Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1999; 38(12): 1490-1496.
- Brunello, M.I.B. Terapia ocupacional e grupos: uma análise da dinâmica de papéis em um grupo de atividade. *Terapia ocupacional da universidade de São Paulo.* 2002; 13(1): p.9-14.
- Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of Childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *The British Journal of Psychiatry.* 2001; 179: 444-449.
- Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2(MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1989.
- Canadian Association of Occupational Therapists. Enabling occupational: an occupational therapy perspective. CAOT Publications ACE, 1997.
- Carpenter LL, Carvalho JP, Tyrka AR, Wier LM, Mello AF, Mello MF, Anderson G M, Wilkinson CW, Price LH. Decreased Adrenocorticotrophic Hormone and Cortisol Responses to Stress in Healthy Adults Reporting Significant Childhood Maltreatment. *Biol Psychiatry.* 2007; 62:1080–1087.
- Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease (Print),* 2013.
- Carswell A. The Canadian occupational performance measure: a research and clinical literature review. *Can. J. Occup. Ther.;* 2004. 71(4): 210-222.
- Carvalho EB. A escrita autobiográfica com portadores de doença de Alzheimer na clínica da Terapia Ocupacional. [dissertação]. Fortaleza, CE. Universidade de Fortaleza; 2010.

- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IA, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301 (5631): 386–389.
- Cavalheril SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2010; 63(1):51-7.
- Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(Supl I):S18-25.
- Chapman DP, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Whitfield CL. Epidemiology of Adverse Childhood Experiences and Depressive Disorders In a Large Health Maintenance Organization Population. *J Affective Disorders*. 2004; 82:217–225.
- Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*. 2008; 5(1): 1-9.
- Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34: 454–464.
- Chesworth C, Duffy R, Hodnett J, Knight A. Measuring Clinical Effectiveness in Mental Health: is the Canadian Occupational Performance an appropriate Measure? *British Journal of Occupational Therapy*. 2002; 65(1):30-34.
- Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(3):211-229.
- Contel JOB, Villas-Boas MA. Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 1999; 21(4): 225-30.
- Cort, NA, Gamble SA, Smith PN, Chaudron LH, Lu N, He H, et al. Predictors of Treatment Outcomes Among Depressed Women With Childhood Sexual Abuse Histories. *Depression and Anxiety*. 2012; 29(6):479–486.
- Craighead WE & Dunlop BW. Combination psychotherapy and antidepressant medication treatment for depression: for whom, when, and how. *Annual Review of Psychology*. 2014; 65: 267-300.
- Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER, Ling D, Poret AW, Rush AJ, Russell JM. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and cost. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 63(11):963-971.
- Croyle RT, Rowland JH. Mood Disorders and Cancer: a National Cancer Institute Perspective. *Biol Psychiatry*. 2003; 54:191-4.
- Cruz DMC da, Silva JT, Alves HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2007; 13 (1): 131-146.

- Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.
- Cunha ACF da, santos TF dos. A Utilização do Grupo Como Recurso Terapêutico no Processo da Terapia Ocupacional com Clientes com Transtornos Psicóticos: Apontamentos Bibliográficos. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2009; 17(2):133-146.
- Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, et al. Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163(12):1135-43.
- Dattilio FM. et al. Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situação de crise. Porto Alegre, RS: Artmed; 2004. Capítulo: Suicídio e depressão. p.82-113.
- Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria. 1999; 21 s.1: 6-11.
- Del Porto JA, Sarin LM, Moriyama TS. Depressões resistentes. In: Lacerda ALT de, Quarantini L de C, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 163-179.
- Depression Rating Scale Standardization Team (DRSST). GRID-HAMD-17, GRID-HAMD-21: Structured Interview Guide. San Diego, International Society for CNS Drug Development, 2003.
- Derogatis LR, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptoms Checklist: a measure of primary symptom dimensions. In: Pichot P. ed. Psychological Measurements in Psychopharmacology: Problems in Pharmacopsychiatry. Basel, Switzerland: Karger; 1974.
- Derogatis LR. Symptoms Checklist-90-R (SCL-90-R): administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, USA: National Computer Systems; 1994.
- Diemen L, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007; 29(2):153-6.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, Rizvi SL, Gollan JK, Dunner DL, Jacobson NS. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008. 76(3):468-477.
- Donohue JM, Pincus HA. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. Pharmacoeconomics. 2007; 25 (1): 7-24.
- Dopheide J. Recognizing and treatment depression in children and adolescents. American J Health-Systems Pharmacology. 2006; 63(3): 233-243.
- Dossett L, Stone KL. Depressão. In: Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 11ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 2011.

- Douglas MK, Porter JR. The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients. *Psychiatry Research*. 2012; 200:1058-1061.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA* 2001; 286(24):3089-96.
- Duggan C, Sham P, Minne C, Lee A, Murray R. Family history as a predictor of poor long-term outcome in depression. *British J Psychiatry*. 1998; 173:527-530.
- Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Séguin M, Tousignant M, Chawky N, Turecki G. Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry*. 2005; 162(7):1375-8.
- Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, Burke M, Woodard S, Wingard P, Allen J. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67(5): 688-695.
- Eberle, 2011; Andrade & Mello, 2010; Kandhelwal, 2001.
- Eberle ACV, Macedo M. O Entrelace: Terapia Ocupacional, Depressão e Psicopatologia Fundamental. 2011.
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160, 1453–1460.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976; 33:766–71.
- Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ, Tuason VB. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatric*. 1992; 49(10):802-808.
- Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY. Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2010; 34(1): 70-79.
- Fava M, Uebelacker LA, Alpert JE, Nierenberg AA, Pava JA, Rosenbaum JF. Major depressive subtypes and treatment response. *Biological Psychiatric*. 1997; 42(7): 568-576.
- Fava M. Diagnosis and definition of treatment resistant depression. *Biol Psychiatry*. 2003; 53(8):649-59.
- Fava G, Park SK, N Sonino N. Treatment of recurrent depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2006; 6(11):1735-40.

- Fekadu A, Alem A, Medhin G, Shibre T, Cleare, A, Prince M, Kebede D. Utility of the concept of minor depressive disorder: evidence from a large rural community sample in a developing country setting, *J Affective Disorders*. 2007; 104(1-3): 111-118.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. Relationship of childhood abuse and household dysfunctions to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood study. *American J Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245-258.
- Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol Med*. 2002; 32(6):991-6.
- Ferrari SML. O nascer das palavras através do fazer. *Rev. Ter Ocup USP*. 1991; 2(1): 12-15.
- Ferrari MAC. A Terapia Ocupacional na reabilitação do portador de Alzheimer. *Mundo da Saúde*. São Paulo. 2001; 25 (4):425-429.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*. 2013; 10(11): e1001547.
- Fine J. The effect of leisure activity on depression in the elderly: Implications for the field of occupational therapy. *Occupational Therapy in Health Care*. 2001; 13 (1): 45-49.
- Fiks JP, Mello, MF de. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo, SP; Atheneu; 2011. Capítulo 13: Violência e trauma na infância e adolescência. p: 213-225.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Clinician Version (SCID-CV). American Psychiatric Press. 1997.
- Foley MA. True partnership. *Therapy Weekly*, 1999. 29-6.
- Ford JD, Wasser T, Connor DF. Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreatment*. 2011; 16(3): 216-226.
- Fleck M, Berlim M, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(Suppl 1):7-17.
- Francisco BR. *Terapia Ocupacional*. Campinas, SP: Papirus, 1988.
- Francisco BR. *Terapia Ocupacional*. 1ª Ed. Campinas: SP, Papirus; 2001.
- Frankl VE. *Em busca de sentido*. 31ª ed. Petrópolis: RJ, Vozes; 2008
- Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression Following Myocardial Infarction. Impact on 6 Month Survival. *JAMA*. 1993; 270(15):1819-25.

- Freud S. Moisés e o monoteísmo, 1939. In: edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1976. vol. 23. p. 13-161.
- Freud S. Totem e Tabu. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
- Friedman ES, Davis LL, Zisook S, Wisniewski SR, Trivedi MH, Fava M, et al. Baseline depression severity as a predictor of single and combination antidepressant treatment outcome: Results from the CO-MED trial. *European Neuropsychopharmacology*. 2012; 22(3):183–199.
- Frota-Pessoa O. Epidemiologia e genética dos distúrbios de humor. *J Br Psiquiatria*, 1990; 39: 33s-41s suplemento1.
- Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*, 4ª Ed. Porto Alegre, RS: Artmed. 2006.
- Gamble SA, Smith PN, Poleshuck EL, He H, Talbot NL. Domain-specific social functioning improvements during treatment of depressed women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 130(3): 478–482.
- Gayão NFA, Melo M. A Contribuição da arte, com enfoque na argila, como instrumento terapêutico: um relato de experiência. *Com Texto*. 2010. VIII(1): 119-142.
- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BK, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(3): 365-371.
- Giavoni A, Melo GF de, Parente I, Dantas G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(5): 975-982.
- Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Donovan P, Hogan ME, Cronholm J, Tierney S. History of childhood maltreatment, depressogenic cognitive style, and episodes of depression in adulthood. *Cognit Ther Res*. 2001; 25:425–446.
- Gibb BE, Butler AC, Beck JS. Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*. 2003; 17(4): 226–228.
- Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety*. 2007; 24(4): 256-263.
- Gillespie CF, Nemeroff CB. Early life stress and depression. *Current Psychiatry*. 2005; 4 (10):15-30.
- Gladstone G, Parker G, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP. Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *American J Psychiatry*. 1999.156,431–437.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. 2a ed. New York: Oxford University Press; 1990.

Gorenstein C, Moreno R. Escalas de Avaliação de Depressão. São Paulo, SP: Casa Leitura Médica. 2011.

Gorenstein Wang YP, Hungerbuhler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre, RS: Artmed; 2016.

Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. Rev Saúde Pública 2006; 40(2): 249-55.

Grassi-Oliveira RG, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, Kristensen CH, Aeteche AX. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. PLoS ONE. 2014; 9(1): e87118.

Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychopathology in the national comorbidity survey reapplication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(2): 113.

Guglielmo MF. Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos. [dissertação]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo; 2014.

Gupta M, Holshausen K, Best MW, Jokic R, Milev R, Bernard T, et al. Relationships among neurocognition, symptoms, and functioning in treatment-resistant depression. Arch.Clin.Neuropsychol. 2013; 28,272–281.

Hagedorn R. Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional. São Paulo, SP: Dynamis Editorial. 1999.

Hahm HC, Lee Y, Ozonoff A, Van Wert MJ. The impact of multiple types of child adolescence to young adulthood. J Youth Adolesc. 2010; 39(5): 528-540.

Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960; 23:56-62.

Harald B, Gordon P Meta-review of depressive subtyping models. J Affect Disord. 2012; 139 (2):126-40.

Harkness KL, Bagby RM, Kennedy SH. Childhood Maltreatment and Differential Treatment Response and Recurrence in Adult Major Depressive Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2012; 80(3):342–353.

Hatonen T, Forsblom S, Kieseppä T, Longvist, J, Partonen T. Circadian phenotype in patients with the comorbid alcohol use and bipolar disorders. Alcohol and Alcoholism. 2008; 43:564-568.

Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. JAMA. 2000; 284(5):592-7.

Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1023–1039.

Heim C, Plotsky PM, Nemeroff CB. The importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*. 2004; 29(4):641–648.

Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008; 33(6): 693-710.

Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(6): 935-40.

Henrique-Araújo R, Osório FL, Ribeiro MG, Monteiro IS, Williams JBW, Kalali A, Crippa JA, de Oliveira IR. Transcultural Adaptation of GRID Hamilton Rating Scale For Depression (GRID-HAMD) To Brazilian Portuguese and Evaluation of the Impact of Training Upon Inter-Rater Reliability. *Innovations in Clinical Neuroscience* 2014. 11 (7-8):10-18.

Higgins DJ, McCabe MP. Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*. 2000; 9: 6-18.

Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Os Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman, FG. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. control. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 122: 66-74.

Hovens, J.G., Giltay, E.J., Spinhoven, P., van Hemert, A.M. & Penninx, B.W. Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders", *J Clinical Psychiatry*, 2015.

Iannuzzo RW, Jaeger J, Goldberg JF, et al. Development and reliability of the HAM-D/MADRS Interview: an integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Res*. 2006; 145(1):21-37.

Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*. 1994; 151(4):530-6.

Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25(Suppl 2):46-51.

Joffe RT, Marriott M. Thyroid Hormone Levels and Recurrence of Major Depression. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10):1689-91.

Johnstone JM, Luty SE, Carter JD, Mulder RT, Frampton CMA, Joyce PR. Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depress and Anxiety*. 2009; 26(8): 711-717.

- Johnstone JM, Carter JD, Luty SE, Mulder RT, Frampton CM, Joyce PR. Maternal care and paternal protection influence response to psychotherapy treatment for adult depression. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149: 221-229.
- Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, Cooper C, King M, Brugha T. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Psychological Medicine*. 2011; 41: 709-719.
- Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac JL, Mueller TI, Rice JP, Keller MB. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57(4): 375-380.
- Juruena MF. Terapia cognitiva: abordagem para o transtorno afetivo bipolar. *Rev. Psiq. Clín.* 2001; 28 (6): 322-330.
- Juruena MF, Cleare AJ, Pariante CM. The hypothalamic pituitary adrenal axis, glucocorticoid receptor function and relevance to depression. *Rev Bras Psiquiatria*. 2004; 26:189-201.
- Juruena MF. The neurobiology of treatment resistant depression: role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and glucocorticoid and mineralocorticoid receptor function. PhD thesis, University of London, Institute of Psychiatry, 2007.
- Juruena MF, Cleare AJ. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007; 29(Suppl 1):S19-26.
- Juruena MF, Calil HM, Fleck MPA, Del Porto JA. Melancholia in Latin American studies: a distinct mood disorder for the ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo. 1999. Impresso)*, 2011; 33: S48-S58.
- Juruena, MF. Understanding subthreshold depression. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2012; 24(5): 292-293.
- Juruena MF, Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression *Epilepsy & Behavior*. 2014; 38: 148–159.
- Junqueira SAE. Perfil sócio-demográfico e clínico de pacientes psiquiátricos tratados em Hospital Dia. Ribeirão Preto. Dissertação de mestrado, apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. 2009.
- Kaplan MJ, Klinetob NA. Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188 (9):596-601.
- Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of Development of Adult Psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2005; 193:258-264.
- Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. 2003; 54: 216–226.

Kaufman J, Zigler E. Do abused children become abusive parents?. *Am J Orthopsychiatry*. 1987; 57(2): 186-192.

Kendler KS, Gardner CO. Monozygotic twins discordant for major depression: a preliminary exploration of the role of environmental experiences in the aetiology and course of illness. *Psychol Med*. 2001; 31(3):411-23.

Kendler KS, Sheth K, Gardner CO, Prescott CA. Childhood parental loss and risk or first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychol Med*. 2002; 32(7):1187-94.

Kennedy SH et al. Treating depression effectively: applying clinical guidelines. London: Taylor & Francis Group, 2004, p. 141-148.

Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive: a prospective follow-up. *American J of Psychiatric*. 1986; 143(1): 24-28.

Keller MB. Past, Present, and Future Directions for Defining Optimal Treatment Outcome in Depression. *Remission and Beyond*. *JAMA*; 2003. 289:3152-3160.

Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 1997; 27(5):1101-1119.

Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155:1092-1096.

Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM, Simon GE, Wang P. Depression in the workplace: effects on the short-term disability. *Health Affairs*. 1999; 18(5): 163-171.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289(23):3095-3105.

Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Well KB, Zaslavsky AM. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*. 2005a; 353:2515-23.

Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005b; 293(20):2487-95.

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2010; 197: 378-385.

Khandelwal S. Conquering Depression. World Health Organization. 2001.

- Kimbrough E, Magyari T, Langenberg P, Chesney M, Berman B. Mindfulness Intervention for Child Abuse Survivors. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 66(1):17-33.
- Klein DN, Shankman SA, Rose S. Dysthymic disorder and double depression: Prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *Journal of Psychiatric Research*. 2008; 42(5):408-415.
- Klein DN, Arnow BA, Barkin JL, Dowling F, Kocsis JH, Leon AC, et al. Early adversity in chronic depression: clinical correlates and response to pharmacotherapy. *Depress and Anxiety*. 2009; 26(8):701-710.
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA*. 1989; 261(15): 229-2235.
- Konradt CE, Jansen K, Magalhães PVS, Pinheiro RT, Kapczinski FP, Silva RA, Souza LDM. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. *Rev Psiq Clín*. 2013; 40(3): 93-6.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002.
- Kubany ES, Leisen MB, Kaplan AS, Watson SB, Haynes SN, Owens JA, et al. Development and Preliminary Validation of a Brief Broad-Spectrum Measure of Trauma Exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2000; 12(1): 210-224.
- Kubota AMA, Silva MNRMO, Masioli AB. Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014; 25(2):119-25.
- Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1991; 52(Suppl): 28-34.
- Lacerda ALT de, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009. Capítulo 1: Depressão: Considerações Diagnósticas e Epidemiológicas. p. 13-26.
- Lambert MJ, Kahler M, Harmon C, Burlingame GM, Shimokawa K. Administration & scoring manual for the Outcome Questionnaire-45.2. Salt Lake City: OQMeasures; 2011.
- Lang AJ, Stein MB, Kennedy CM, Foy DW. Adult psychopathology and intimate partner violence among survivors of childhood maltreatment. *J Interpers Violence*. 2004; 19: 1102.
- Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian J Occupational Therapy*. 1990; 57(2): 82-87.
- Leahy RL. Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice. New York, USA: Guilford; 2006. Capítulo: Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability.
- Lee S, Fung SC, Tsang A, Liu ZR, Huang YQ, He YL, Zhang MY, Shen YC, Nock

- MK, Kessler RC. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116(6):429-37.
- Levinson DF. The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*. 2006; 60:84-92.
- Lewinsohn P. The coping with depression course: review and future directions. *Can J Behav Sci*. 1989; 21:470-93.
- Lima IVM, Sougey EB, Vallada Filho HP. Genética dos transtornos afetivos. *Versão Psiquiatria Clínica*. 2004; 31:34-9.
- Lizardi H, Klein DN, Ouimette PC, Riso LP, Anderson RL, Donaldson SK. Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1995; 104:132-9.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global burden of disease and risk factors. New York, USA: Oxford University; 2006.
- Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10(6):434-45.
- Magalhães LC, Magalhães LV, Cardoso AA. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 2009.
- Malloy-Diniz LF, Mattos P, Leite WB, Abreu N, Coutinho G, Paula JJ de, Tavares H, Vasconcelos AG, Fuentes D. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(2):99-105.
- Martins LK. O uso de atividade em grupos terapêuticos e suas especificidades: subsídios para o debate sobre grupos de Terapia Ocupacional. [dissertação]. Ribeirão Preto, SP. Universidade de São Paulo; 2002.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: a systematic review. *Psychology & Neuroscience*. 2011; 4 (2):219-27.
- Martins, CMS. Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2012.
- Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Juruena MF. Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults. *J Nervous and Mental Disease*. 2014; 202(11):774-82.
- Marshall RD, Schneier FR, Lin SH, Simpson HB, Vermes D, Liebowitz M. Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *A J Psychiatry*. 2000; 157(3):451-453.
- Mathers CD et al. Death and disease burden by cause: global burden of disease estimates for 2001 by World Bank country groups. Geneva: World Health Organization. 2005. Disponível em: www.dcp2.org/main/home.html. Acesso em 11 de março de 2016.

Maximino V, Liberman F. Grupos e Terapia Ocupacional: Formação, pesquisa e ações. São Paulo, SP: Summus, 2015.

Maximo VS. Grupos de atividades com pacientes psicóticos. São José dos Campos, SP: UNIVAP, 2001. 175p.

McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication associations with persistence of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(2):113-123.

McGirr A, Renaud J, Seguin M, Alda M, Benkelfat C, Lesage A, Turecki G. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*. 2007a; 97(1-3):203-9.

McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 2007b; 68(5):721-9.

McLaughlin KA, Green JG, Grubber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication II: associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010a; 67(2): 124-32.

McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychopathology in the national comorbidity survey reapplication (NCS-R) III: associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. *Psychological Medicine*. 2010b; 40: 847-859.

Mello AF, Juruena MF, Pariente CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, et al. Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007; 29(Supl 1):13-8.

Mello MF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH. Childhood maltreatment and adult psychopathology: pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(2):S41:8.

Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: Gorenstein C, Andrade LHS, Zuardi AW. *Escalas de avaliação em Psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-editorial; 2000; 23-28.

Miniati M, Rucci P, Benvenuti A, Frank E, Battenfield J, Giorgi G, et al. Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *Journal of Psychiatric Research*. 2010; 44(5):302-309.

Miranda-Scippa AMA, Almeida ACGO de, Fernandes FN. Qualidade de vida na depressão maior. In: Lacerda ALT de, Quarantini L de C, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 341-353.

- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, RJ: Hucitec- Abrasco, 1999.
- Montgomery SA & Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry*. 1979; 134: 382-389.
- Montrezor JB. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2013; 21(3): 529-536.
- Moreira-Almeida AL, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(3): 242-50.
- Moretti MM, Graig SG. Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37: 4-13.
- Mosey AC. The concept and use of developmental groups. *American J Occupational Therapy*. 1970; XXIV (4): 272-275.
- Mosey AC. Recapitulation on ontogeny's: a theory of practice of occupational therapy. *American J Occupational Therapy*. 1974; 22: 426-428.
- Moskina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. *Depression and Anxiety*. 2007; 24(3): 163-168.
- Motizuki CS, Mariotti MC. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014; 25(2):101-10.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370(9590):851-8.
- Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *The American J Psychiatric*. 2002; 159: 359-371.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl*. 1996; 20 (1): 7-21.
- Muller RT, Hunter JE, Stollak G. The intergenerational transmission of corporal punishment: a comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse and Neglect*. 1995; 19(11): 1323-1335.
- Murray CJL & Acharya AK. Understanding DALY. *J Health Economics*. 1997; 16 (6): 703-730.
- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:141-151.

- Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush AJ, Alan Schatzberg F, et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)*. 2003; 100 (24):14293-14296.
- Nierenberg AA, Amsterdam JD. Treatment-resistant depression: definition and treatment approaches. *J Clinical Psychiatric*. 1990; 51, Suppl:39-47.
- Nierenberg AA, Keefe BR, Leslie VC, Alpert JE, Pava JA, Worthington JJ et al. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clinical Psychiatric*. 1999; 60(4):221-5.
- Nierenberg AA, Trivedi MH, Fava M, Biggs MM, Shores-Wilson K, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Rush AJ. Family history of mood disorder and characteristics of major depressive disorder: a STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *J Psychiatr Res*. 2007; 41(3-4):214-21.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*. 2012; 9(11):1-31.
- Olfson, M, Marcus, SC, Tedeschi, M, Wan, GJ. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *American Journal Psychiatry*. 2006; 163(1):101-108.
- Oliveira VLA, Ribeiro CR, Albuquerque C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. *Divulg Saúde Debate*. 2003; 26(4): 66-72.
- Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Pan AW, Chung L, Hsin-Hwei G. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 2003; 10(4):269-277.
- Paprocki J. Tratamento de depressão pelo médico geral. *J Br Psiquiatria*, 1990; 1(39): 49s-59s.
- Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979; 52: 1-10.
- Parker DG, Wilhelm K. Influencias artificiosas sobre las diferencias de los sexos en la depression. *International Psychiatry Today*. 1995; 5: 1-6.

Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med.* 1997; 27(5):1193–1203.

Parker D, Sykes C. A Systematic review of the canadian occupational performance measure: a clinical practice perspective. *Br. J. Occup. Ther.*; 2006. 69(4):150-160, 2006.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol.* 1995; 51(6):768-74.

Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med.* 1995; 25(6):1171-80.

Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* 2009; 29(4), 328–338.

Peres JFP, Newberg AB, Mercante JP, Simão M, Albuquerque VE, et al. Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychological Medicine.* 2007; 37(10):1481–149.

Peterson TJ. Enhancing the efficacy of antidepressants with psychotherapy. *J Psychopharmacology.* 2006; 20: 19-28. Supl. 3.

Piccoloto N, Wainer R, Benvegnú L, Juruena MF. Curso e Prognóstico da depressão- Revisão Comparativa entre os Transtornos do Humor. *Rev. Psiq. Clín.* 2000, 27 (2): 93-103.

Pinto VCP, Alvez JFC, Maia AC. Adversity in childhood predicts depressive symptoms and suicide attempts in adult Portuguese women. *Estudos de Psicologia.* 2015; 32(4):617-625.

Post RM Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 1992; 149: 999-1010.

Post RM, Ketter TA, Speer AM, Leverich GS, Weiss SR. Predictive validity of the sensitization and kindling hypotheses. In: Soares JC, Gershon S, editors. *Bipolar Disorders: Basic Mechanisms and therapeutic Implications.* New York: Marcel Dekker, 2000; p. 387-432.

Quiles-Cestari LM, Ribeiro RP. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012; 20(2):1-2.

Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *J Affect Dis.* 2002; 72(3):209-26.

Razzouk D, Alvarez CE, Mari J de J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: Lacerda ALT de, Quarantini L de C, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA. *Depressão: do neurônio ao funcionamento social.* Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 27-37.

Reid S, Barbui C. Tratamento de longo prazo da depressão com inibidores seletivos da recaptação de serotonina e antidepressivos mais recentes. *BMJ Psiquiatria.* 2010; 2(6):25-29.

Rogers C. Um jeito de ser. São Paulo, SP: E.P.U.; 1983.

Rozenthal M, Laks J, Engelhardt E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2004; 26:204-12.

Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry* 2003; 54:573–583.

Rush AJ. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *The American J Psychiatric*. 2006; 163(11): 1905-1917.

Russo M, Proujansky R, Gilbert A, Braga RJ, Burdick KE. Initial evidence for sex-specific effects of early emotional abuse on affective processing in bipolar disorder. *European Psychiatry*. 2013. In press.

Samea M. *Terapia Ocupacional e Grupos: em Busca de Espaços de Subjetivação*. Ribeirão Preto. [dissertação]. São Paulo, SP. Universidade de São Paulo; 2002.

Santos ÉG dos, Siqueira MM de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59(3):238-246.

Sarah C. Wooderson, Mario F. Juruena, Abebaw Fekadu, Clodagh Commane, Catherine Donaldson, Mary Cowan, Moya Tomlinson, Lucia Poon, Kalypso Markopoulou, Lena Rane, Jacek Donocik, Catherine Tunnard, Brendan Masterson, Anthony J. Cleare. Prospective evaluation of specialist inpatient treatment for refractory affective disorders. *J Affective Disorders* 131(2011) 92–103.

Sarren J, Fleisher W, Cox BJ, Hassard S, Stein MB. Childhood adversity and perceived need for mental health care. *J Nervous and Mental Disease*. 2005; 193: 396-404.

Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (Suppl 15):8-11.

Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35:51–71.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable disease in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011. 4377(9781): 1946-61.

Schoenbaum M. Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001. 286(11): 1325-1330.

Schrag A. Depression rating scale in Parkinson's Disease critique and recommendations. *Movement Disorders*. 2008; 22(8): 1077-1092.

- Seganfredo ACG, Torres M, Salum GA, Blaya C, Acosta J, Eizirik C, Manfro GG. Gender differences in the associations between childhood trauma and parental bonding in panic disorder. *Rev Br Psiqu.* 2009; 31(4): 314-321.
- Seok J, Lee K, Kim W, Lee S, Kang E, Ham B, Yang J, Chae J. Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei Med J.* 2012; 53(6): 1093-1098.
- Sesar K, Zivcic-Becirevic I, Sesar D. Multi-type maltreatment in childhood and psychological adjustment in adolescence: questionnaire study among adolescents in western Herzegovina Canton. *Croat Med J.* 2008; 49(2): 243-526.
- Sfoggia A, Pacheco MA, Grassi-Oliveira R. History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission. *Journal of Crisis Intervention.* 2008; 29(3): 154-158.
- Shapero BG, Black SK, Liu RT, Klugman J, Bender RE, Abramson LY, Alloy LB. Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *J Clin Psychol.* 2014; 70(3): 209-23.
- Shea A, Walsh C, Macmillan H, Steiner M. Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology.* 2005; 30:162-178.
- Sfoggia A, Pacheco MA, Grassi-Oliveira R. History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission. *Journal of Crisis Intervention.* 2008; 29(3): 154-158.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(suppl 20):22-33.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59 (suppl 20); 22-33.
- Silveira N. O mundo das imagens. Ática. 1ª Ed. São Paulo, SP: 1992.
- Simon GE, Chisholm D, Treglia M, Bushnell D, LIDO Group. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *General Hospital Psychiatric.* 2002; 24(5):328-335.
- Shin SH, Miler DP, Teicher MH. Exposure to childhood neglect and physical abuse and developmental trajectories of heavy episodic drinking from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence.* 2013; 127: 31-38.
- Silva VF da, Oliveira HB de, Botega NJ, Marin-Leon L, Barros MB, Dalgalarrrondo P. Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(9):1835-43.

- Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, He H, Talbot NL. Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women. *Depression and Anxiety*. 2012; 29 (2):123-130.
- Snaith RP. Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: observations on method of assessment in research of depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(5):594-597.
- Soares MH, Bueno SMV. Saúde mental: Novas perspectivas. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011. Capítulo 7: Prevenção de Suicídio. p.87- 118.
- Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(2): 229–233.
- Souery D, Amsterdam J, de Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999; 9(1-2):83-91.
- Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-Resistant Depression. *J. Clin Psychiatry*. 2006; 67(suppl6): 16-22.
- Souery D, Oswald P, Massat I, Bailer U, Bollen J, Demyttenaere K, Kasper S, Lecrubier Y, Montgomery S, Serretti A, Zohar J, Mendlewicz J. Clinical Factors Associated With Treatment Resistance in Major Depressive Disorder: Results From a European Multicenter Study. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:1062-70.
- Souza APL, Amazarray MR, Poletto M, Koller SH. Juventude em Cena: tecnologia social para a promoção da cidadania e enfrentamento à violência. In: *Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012; 266-278.
- Spitzer RL, Williams JR, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-III-R - patient edition (SCID-P, version 1.0). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1989. 1-124.
- Springer KW, Scheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample men and women. *Child Abuse Neglect*. 2007; 31(5):517-30.
- Steiger H, Richardson J, Schmitz N, Israel M, Bruce KR, Gauvin L. Trait-Defined eating disorder subtypes and history of childhood abuse. *Int J Eat Disord*. 2010; 43: 428-432.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10): 1552–1562.
- Sumsion T. Perspectiva da Prática Baseada no Cliente. In: *Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação*. São Paulo, SP: Roca; 2003. p. 1-22.
- Sung SC, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Zisook S, Kurian B, Warden D, et al. Does early onset chronic or recurrent major depression impact outcomes with antidepressant medications? A COMED Trial Report. *Psychological Medicine*. 2013; 43(5): 945 960.

- Sussman N. Translating science into service: lessons learned from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatric*. 2007; 9(5): 331-337.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16(2), 79–101.
- Talbot NL, Houghtalen RP, Duberstein PR, Cox C, Giles DE, Wynne LC. Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatr Serv*. 1999; 50(5): 686–692.
- Talbot NL, Conwell Y, O'Hara MW, Stuart S, Ward EA, Gamble SA, et al. Interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories: a pilot study in a community mental health center. *J. Nerv and Ment Dis*. 2005; 193(12):847-850.
- Talbot NL, Chaudron LH, Ward EA, Duberstein PR, Conwell Y, O'Hara MW, et al. A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women with Sexual Abuse Histories. *Psychiatric Services*. 2011; 62 (4): 374-380.
- Tavares RV, Juruena MF. Depressão dupla refratária: um exemplo de transtorno afetivo recorrente. *Rev. Psiqu. Clín.* 2001, 28 (3): 114-119.
- Tedesco S. Diálogos da Terapia Ocupacional e a Psicanálise: Terapia Ocupacional Psicodinâmica. In: *Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. 2007.
- Teicher M. Feridas que não cicatrizam: A neurobiologia do abuso infantil. *Scientific American*. edição 1. 2002.
- Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2003; 27(1-2): 33–44.
- Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*. 1980; 10(2): 289–299.
- Thase ME, Rush AJ. Treatment-resistant depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ (Ed.) *Psychopharmacology: the fourth generation of progress*. New York: USA, 1995. p. 1081-1098.
- Thase, ME. The role of Axis II comorbidity in the management of patients with treatment resistant depression. *Psychiatric Clinics North America*. 1996; 9(2):287-309.
- Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: sequenced strategies for antidepressant nonresponders. *The Journal of Clinical Psychiatric*. 1997; 58(Supl.13): 23-29.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena M. Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychology & Neuroscience*. 2011; 4(2):229-34.

- Tondowski CS, Feijó MR, Silva EA, Gebara CF, Sanchez ZM, Noto AR. Padrões Intergeracionais de Violência Familiar Associada ao Abuso de Bebidas Alcoólicas: Um Estudo Baseado em Genogramas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2014; 27(4):806-14.
- Tunnard C , Rane LJ, Wooderson SC. , Markopoulou K , Poon L, Fekadu A, Juruena MF, Cleare AJ.. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *J Affective Disorders*. 2014; 152-154:122–130.
- Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-14.
- Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*. 2005; 30(6): 398-408.
- Tursi MFS, Baes CVW, Camacho FRB, Tofoli SMC, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47(11):1019-31.
- Tyrka AR, Wier L, Price LH, Ross N, Anderson GM, Wilkinson CW, Carpenter LL. Childhood parental loss and adult hypothalamic-pituitary-adrenal function. *Biol Psychiatry*. 2008; 63:1147-1154.
- UNICEF [homepage on the Internet]. Florence: UNICEF;. A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card; No 5, 2003, [about 15 screens]. Available from: <http://www.unicef-icdc.org.html>.
- UNICEF. (2012). Child maltreatment prevalence, incidence and consequences in the East Asia and Pacific Region.
- USA. University Southern California. Disponível em <http://chan.usc.edu/about-us/os-and-ot> - Acessado em 13/03/2016.
- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 386–392.
- Valente NLM, Mello MF de, Fiks JP. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. In: *Psiquiatria por meio de casos clínicos*. Barueri, SP: Manole. 2011.
- Valladares ACA et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. *Rev. Eletron. Enferm*. 2003; 5(1): 4-9.
- Vitriol VG, Ballesteros ST, Florenzano RU, Weil KP, Benadof DF. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *J. Psychiatr Serv*. 2009; 60(7):936-42.
- Walker EA, Katon WJ, Russo J, von Korff M, Lin E, Simon G, et al. Predictors of outcome in a primary care depression trial. *J Gen Intern Med*. 2000; 15(12):859-67.

- Weber LN, Brandenburg OJ. Revisão de literatura da punição corporal. *Interação em Psicologia*. 2005; 9(1):91-102.
- Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry* 1976; 33, 1111–1115.
- Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*.1977; 34(1): 98-111.
- Weissman MM, Prusoff BA, Thompson WD, Harding PS, Myers JK. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.1978; 166:317–326.
- Wiersma JE, Hovens JG, vanOppen P,Giltay EJ,vanSchaik DJ,Beekman AT, Penninx BW. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clinical Psychiatry*. 2009; 70, 983–989.
- Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(1):49-56.
- Williams JBW. Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001; 251(suppl. 2):II6-II12.
- Williams JBW, Kobak KA, Bech P, Engelhardt N, Evans E, Lipsitz J. The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23(3):120-129.
- Windle M. A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*. 1992; 28 (3): 522-530.
- Wingenfeld K, Schaffrath C, Rulkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse & Neglect*. 2011; 35(8): 647-654.
- Winnicott DW. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. 1975.
- Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study. *Lancet*. 2001; 358(9285):881-887.
- Wooderson SC, Juruena MF, Fekadu A, Commane C, Donaldson C, Cowan M, Tomlinson M, Poon L, Markopoulou K, Rane L, Donocik J, Tunnard C, Masterson B, Cleare AJ. Prospective evaluation of specialist inpatient treatment for refractory affective disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 131: 92–103.
- Wooderson SC, Fekadu A, Markopoulou K, Rane LJ, Poon L, Juruena MF, et al. Long-term symptomatic and functional outcome following an intensive inpatient multidisciplinary intervention for treatment-resistant affective disorders. *J Affective Disorders*. 2014; 166: 334–342.

- Wonderlich SA, Rosenfeldt S, Crosby RD, Mitchell JE, Engel SG, Smyth J, Miltenberger R. The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20(1): 77-87.
- Wong ML, Licinio J, Wong M. História e epidemiologia da depressão. *Biologia da depressão*. 2007; 15-25.
- World Health Organization. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin WHO*. 2000; 78(4):413-26.
- World Health Organization. The world health report 2001: mental health, new understanding, new hope. Geneva, 2001. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/>. Acesso em 13 de março de 2016.
- World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva; 2003. Available from: <http://www.who.int/gb.html>.
- World Health Organization. Depression. 2003. Disponível em: http://who.int/mental_health/management/depression/en. Acesso em 20 de março de 2016.
- World Health Organization. Mental Health and development: targeting people with mental health condition as a vulnerable group. Geneva: 2010.
- Zaleski M, Laranjeira, RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, Soares MBM, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28: 142-148.
- Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, Eizirik CL. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24 (4):189-95.
- Zavaschi MLS, Graeff ME, Menegassi MT, Mardini V, Pires DWS, Carvalho RH, Rohde LAP, Elzirik CL. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006; 28(3): 184-90.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiat. Scand*. 1983; 67(6):361-70.
- Zimmerman DE. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. Porto Alegre, RS: Editora Artmed. 1993.
- Zimmerman M, Mattia JI. The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Compr Psychiatry*. 2001; 42 (3), 175–189.
- Zimmerman D. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre, RS: Artmed; 2004.
- Zlotnick C, Ryan CE, Miller IW, Keitner GI. Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse Neglect* 1995; 19:1513–1516.

Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse Neglect* 2001; 25:357–367.

Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, et al. Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011; 123(4):276-82.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINIPLUS)

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine

Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Junho, 2001)

**ANEXO B- ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GRID DE HAMILTON
(GRID-HAM-D₂₁)**

GRID-HAMD-17

GRID-HAMD-21

Guia de entrevista estruturada

H	A	M	D
A			
M			
D			

ANEXO C- QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (CTQ)

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezez	Às vezes	Muitas Vezez	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

ANEXO D- ESCALA DE DEPRESSÃO DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS)

Nome do paciente: _____ Data: _____

1. Tristeza aparente:

- ☐ 0 Não há tristeza
- ☐ 1
- ☐ 2 Aparenta desanimado, mas pode se descontraír sem dificuldade
- ☐ 3
- ☐ 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo
- ☐ 5
- ☐ 6 Parece infeliz o tempo todo. Extremamente desanimado

2. Tristeza expressa:

- ☐ 0 Não há tristeza
- ☐ 1
- ☐ 2 Aparenta desanimado, mas pode se descontraír sem dificuldade
- ☐ 3
- ☐ 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo
- ☐ 5
- ☐ 6 Parece infeliz o tempo todo. Extremamente desanimado

3. Tensão interna:

- ☐ 0 Calmo. Tensão interna apenas passageira
- ☐ 1
- ☐ 2 Sentimentos ocasionais de irritabilidade e de mal-estar mal definido
- ☐ 3
- ☐ 4 Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só pode superar com dificuldade
- ☐ 5
- ☐ 6 Medo ou angústia permanente. Pânico invasor.

4. Redução do sono:

- ☐ 0 Dorme como usualmente
- ☐ 1
- ☐ 2 Leve dificuldade para dormir, ou sono levemente reduzido, leve ou agitado
- ☐ 3
- ☐ 4 Sono reduzido ou interrompido pelo menos duas horas
- ☐ 5
- ☐ 6 Menos de duas ou três horas de sono

5. Redução do apetite:

- ☐ 0 Apetite normal ou aumentado
- ☐ 1
- ☐ 2 Apetite levemente reduzido
- ☐ 3
- ☐ 4 Falta de apetite. Alimentos sem gosto
- ☐ 5
- ☐ 6 Só come se for persuadido

6. Dificuldades de concentração:

- ☐ 0 Não há dificuldade de concentração
- ☐ 1
- ☐ 2 Dificuldades ocasionais para reunir seus pensamentos
- ☐ 3
- ☐ 4 Dificuldades para se concentrar e manter sua atenção, o que reduz a capacidade para a leitura ou para sustentar uma conversa
- ☐ 5
- ☐ 6 Incapaz de ler ou de conversar sem grande dificuldade

7. Lassidão:

- ☐ 0 Quase nenhuma dificuldade para iniciar algo; sem lentidão
- ☐ 1
- ☐ 2 Dificuldades para iniciar atividades
- ☐ 3
- ☐ 4 Dificuldades para iniciar atividades rotineiras, que são efetuadas com esforço
- ☐ 5
- ☐ 6 Grande lassidão. Incapaz de fazer nada sem ajuda

8. Incapacidade para ressentir:

- ☐ 0 Interesse normal pelo mundo externo e pelas pessoas
- ☐ 1
- ☐ 2 Capacidade reduzida para obter prazer com seus interesses habituais
- ☐ 3
- ☐ 4 Perda de interesse pelo mundo externo. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos
- ☐ 5
- ☐ 6 Sentimento de estar paralisado emocionalmente, incapacidade para sentir raiva, tristeza ou prazer, e impossibilidade completa ou mesmo dolorosa de sentir algo pelos parentes e amigos próximos

9. Pensamentos pessimistas:

- ☐ 0 Não há idéias pessimistas
- ☐ 1
- ☐ 2 Idéias intermitentes de fracasso, de auto-acusação ou de auto-depreciação
- ☐ 3
- ☐ 4 Auto-acusações persistentes ou idéias de culpabilidade ou de pecado precisas mas ainda racionais. Pessimismo crescente à respeito do futuro.
- ☐ 5
- ☐ 6 Idéias delirantes de ruína, remorsos ou pecado imperdoável. Auto-acusações absurdas e com convicção.

10. Idéias de suicídio:

- ☐ 0 Goza da vida ou a vive como ela vem.
- ☐ 1
- ☐ 2 Cansado da vida, idéias de suicídio apenas passageiras.
- ☐ 3
- ☐ 4 Gostaria de estar morto. As idéias de suicídio são freqüentes e o suicídio é considerado uma solução possível, mas sem projeto ou intenção precisa.
- ☐ 5
- ☐ 6 Projetos explícitos de suicídio se tiver oportunidade. Preparativos de suicídio

ANEXO E- INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)

BDI-II Inventário de Depressão de Beck	Nome: _____	
	Data: ____/____/____	Sexo: ____

*Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações em um mesmo grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.*

1. Tristeza	7. Autoestima
0 Não me sinto triste.	0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).
1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.	1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).
2 Estou triste o tempo todo.	2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).
3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	3 Não gosto de mim.
2. Pessimismo	8. Autocrítica
0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.	0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.
1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.	2 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.
2 Não espero que as coisas deem certo para mim.	3 Eu me critico por todos os meus.
3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.	
3. Fracasso Passado	9. Pensamentos ou desejos suicidas
0 Não me sinto um(a) fracassado(a).	0 Não tenho nenhum desejo de me matar.
1 Tenho fracassado mais do que deveria.	1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.	2 Gostaria de me matar.
3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
4. Perda de Prazer	10. Choro
0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.	0 Não choro mais do que chorava antes.
1 Não sinto tanto prazer com as coisas como eu costumava sentir.	1 Choro mais agora do que costumava chorar.
2 Tenho muito pouco prazer pelas coisas que eu costumava gostar.	2 Choro por qualquer coisinha.
3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar	3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.
5. Sentimentos de culpa	11. Agitação
0 Não me sinto particularmente culpado(a).	0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito.	1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.
2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.	2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado.
3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.	3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.
6. Sentimentos de punição	12. Perda de Interesse
0 Não sinto que estou sendo punido(a).	0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
1 Sinto que posso estar sendo punido(a).	1 Estou menos interessado pelas outras atividades ou coisas do que costumava estar.
2 Eu acho que estou sendo punido(a).	2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
3 Sinto que estou sendo punido(a).	3 É difícil me interessar por alguma coisa.

13. Indecisão	18. Alterações no apetite
0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.	0 Não perdi nenhuma mudança no meu apetite.
1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.	1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.	1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.	2a Meu apetite está muito menor do que antes.
	2b Meu apetite está muito maior do que antes.
	3a Não tenho nenhum apetite.
	3b Quero comer o tempo todo.
14. Desvalorização	19. Dificuldade de concentração
0 Não me sinto sem valor.	0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.	1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
2 Eu me sinto como menos valor quando me comparo com outras pessoas.	2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
3 Eu me sinto completamente sem valor.	3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.
15. Falta de Energia	20. Cansaço ou Fadiga
0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.	0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
1 Tenho menos energia do que costumava ter.	1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.	2 Eu me sinto cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas coisas do que costumava fazer.
3 Não tenho energia suficiente para nada.	3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.
16. Alterações no padrão de sono	21. Perda de interesse por sexo
0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse no sexo.
1a Durmo um pouco mais do que o habitual.	1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
1b Durmo um pouco menos do que o habitual.	2 Estou muito menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
2a Durmo muito mais do que o habitual.	3 Perdi completamente o interesse por sexo.
2b Durmo muito menos do que o habitual.	
3a Durmo a maior parte do dia.	
3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.	
17. Irritabilidade	
0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.	
1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.	
2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.	
3 Fico irritado(a) o tempo todo.	

(Para uso dos pesquisadores: TOTAL: _____)

ANEXO F- INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me inco- modou muito	Moderada- mente Foi muito desagra- dável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO G- ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK (BHS)

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com “C”, indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “E”, indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	☐ C	☐ E
2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	☐ C	☐ E
3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	☐ C	☐ E
4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	☐ C	☐ E
5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	☐ C	☐ E
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	☐ C	☐ E
7. Meu futuro me parece negro.	☐ C	☐ E
8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	☐ C	☐ E
9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	☐ C	☐ E
10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	☐ C	☐ E
11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	☐ C	☐ E
12. Não espero conseguir o que realmente quero.	☐ C	☐ E
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	☐ C	☐ E
14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	☐ C	☐ E
15. Tenho uma grande fé no futuro.	☐ C	☐ E
16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	☐ C	☐ E
17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	☐ C	☐ E
18. O futuro me parece vago e incerto.	☐ C	☐ E
19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.	☐ C	☐ E
20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	☐ C	☐ E

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO H- ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI)

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

Parte 1

- 1 0** Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
1 Tenho um desejo fraco de viver.
2 Não tenho desejo de viver.
- 2 0** Não tenho desejo de morrer.
1 Tenho um desejo fraco de morrer.
2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.
- 3 0** Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.
2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

- 4 0** Não tenho desejo de me matar.
1 Tenho um desejo fraco de me matar.
2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.
- 5 0** Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.

_____ Subtotal da Parte 1

Parte 2

- 6** 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.
1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.
2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.
- 7** 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
1 Tenho idéias frequentes de me matar.
2 Penso constantemente em me matar.
- 8** 0 Não aceito a idéia de me matar.
1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.
2 Aceito a idéia de me matar.
- 9** 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
- 10** 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
- 11** 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.
1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
- 12** 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.
1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
2 Tenho um plano específico para me matar.
- 13** 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.
1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
- 14** 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
- 15** 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
- 16** 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
- 17** 0 Não escrevi um bilhete suicida.
1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
2 Tenho um bilhete suicida pronto.
- 18** 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- 19** 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

Passe para o Grupo 20.

- 20** 0 Nunca tentei suicídio.
1 Tentei suicídio uma vez.
2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

- 21** 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

_____ **Subtotal da Parte 2**

_____ **Escore Total**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.

Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1991 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BSI é um logotipo da Psychological Corporation.

ANEXO I- ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)

Escala HAD

Nome:

Data:

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você está se sentindo na ÚLTIMA SEMANA. Não pense muito em cada questão pois as respostas espontâneas têm mais valor. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca	D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca
D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada	A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, com um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre
A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso	D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais	A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim
A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente	D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos que antes 3 () Quase nunca
D 6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo	A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso
A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca

ANEXO J- ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT (BIS-11)

Nome : _____ Data: ____/____/____

Instruções: As pessoas são diferentes quanto à maneira como se comportam e pensam em situações distintas. Este é um questionário para medir algumas formas como você age e pensa, não existe resposta certa ou errada. Marque apenas uma alternativa para cada questão. Não pense em nenhuma das questões. Responda rápida e honestamente.

	Raramente / Nunca	Às vezes	Frequen- temente	Sempre ou quase sempre
1. Eu planejo minhas atividades com cuidado				
2. Eu faço as coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado, “cuca fresca”				
4. Meus pensamentos são rápidos				
5. Eu planejo minhas saídas ou passeios com antecedência				
6. Eu sou uma pessoa controlada				
7. Eu me concentro com facilidade				
8. Eu tenho facilidade para economizar dinheiro				
9. Eu acho difícil ficar sentado por muito tempo				
10. Eu costumo pensar com cuidado em tudo				
11. Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar minhas despesas				
12. Eu falo as coisas sem pensar				
13. Eu gosto de ficar pensando sobre problemas complicados				
14. Eu troco de trabalho freqüentemente ou não fico muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes)				
15. Eu faço as coisas no impulso				
16. Eu me canso com facilidade tentando resolver problemas mentalmente, de cabeça				
17. Eu me cuido para não ficar doente				
18. Eu faço as coisas no momento em que penso				
19. Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão				
20. Eu troco de casa com freqüência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.				
21. Eu compro coisas impulsivamente, sem pensar				
22. Eu termino o que começo				
23. Eu caminho e me movimento rápido				
24. Eu resolvo os problemas com tentativa e erro				
25. Eu gasto mais do que ganho ou do que posso				
26. Eu falo rápido				
27. Enquanto estou pensando um uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ao mesmo tempo.				
28. Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro				
29. Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras				
30. Eu faço planos para o futuro				

Para identificar problemas, preocupações e questões relativos ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são de difícil de realizar. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadros nos Passos 1A, 1B e 1C.

A. Autocuidado		Importância
Cuidados pessoais		
(ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)		
Mobilidade funcional:		
(ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)		
Independência fora de casa:		
(ex.: transportes, compras, finanças)		
B. Produtividade		Importância
Trabalho (remunerado/não-remunerado)		
(ex.: procurar/manter um emprego, atividades voluntárias)		
Tarefas domésticas		
(ex.: limpeza, lavagem de roupas, preparação de refeições)		
Brincar/Escola		
(ex.: habilidade para brincar, fazer o dever de casa)		
C. Lazer		Importância
Recreação tranquila		
(ex.: hobbies, leitura, artesanato)		
Recreação ativa		
(ex.: esportes, passeios, viagens)		
Socialização		
(ex.: visitas, telefonemas, festas, escrever cartas)		

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileiro traduzida por Lívia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

²Publicado pelo CAOT Publications ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Corswell, M. A. McCall, H. Polatoiko, N. Poillock, 2000

PASSO 3: PONTUAÇÃO — AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúvia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

² Publicado pela CAOT Publications ACE. © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McCall, H. Polatajko, N. Pollack, 2000

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por meio deste termo, você está sendo convidado (a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa

LEIA CUIDADOSAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre as consequências do estresse sofrido na infância em alguns aspectos da vida de pessoas adultas.

O principal objetivo dessa pesquisa é avaliar a associação entre o histórico de estresse precoce com diagnóstico de transtornos do humor e comorbidades, alterações no eixo hormonal relacionado ao estresse e em funções cognitivas. As avaliações serão realizadas no serviço de psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, sempre por profissionais da área da saúde treinados para os procedimentos. O diagnóstico e os dados colhidos poderão ser úteis em saúde coletiva capazes de propor intervenções na área dos maus tratos infantis e na sua associação com os transtornos psiquiátricos.

A sua participação é voluntária e envolverá o fornecimento de informações sobre fatos da história da sua vida e fatos da sua situação atual ao responder questionários e entrevistas. Você receberá instruções para que preencha sozinho alguns questionários. Esses instrumentos serão entregues em envelopes, e você poderá respondê-los em casa ou em outro ambiente em que se sinta à vontade. Todos eles devem ser devolvidos no prazo de uma semana. Caso tenha dúvidas no preenchimento, haverá uma pesquisadora à disposição para esclarecê-las e oferecer um feedback da sua avaliação.

Estamos cientes que a natureza de algumas das informações que lhe solicitaremos poderá ser penosa e delicada, e não desejamos provocar maiores sofrimentos ao lembrá-las. Se você, mesmo assim, aceitar participar desta pesquisa, estaremos disponíveis para conversar sobre quaisquer sofrimentos despertados, e encaminhá-la, se necessário, para o atendimento psicológico ou médico adicional que se fizer necessário.

Além disso, pode ser solicitado a você que colha amostras de saliva (cuspe) para um exame hormonal. Para isso, você será ensinado(a) a coletar um pouco de saliva em um algodão e depois guardar dentro de um tubinho e colocar na sua geladeira. Essa coleta será repetida cinco vezes: às 22h, assim que você acordar na manhã seguinte, 30 e 60 minutos depois e às 9:00 horas. Há ainda a possibilidade de que uma médica peça para que você tome um comprimido algum tempo antes de fazer essa coleta. Será também necessário realizar um exame de sangue, em que uma enfermeira irá colher cerca de 20 ml (uma colher de sopa) de sangue, e cuja picada da agulha não doerá mais do que uma coleta de sangue usual. Para a avaliação das funções cognitivas, uma psicóloga administrará alguns testes psicológicos compreendidos dentro de uma bateria de testes padrão comum para todos os participantes.

Você terá o número do telefone de um médico da nossa equipe, no caso de sentir algum desconforto. Caso, em algum momento do estudo, seja necessário encaminhamento para os serviços de saúde, você será encaminhado(a) pelo médico responsável aos serviços de saúde públicos oferecidos na comunidade.

Seus registros médicos, e as informações que você fornecer serão tratados sempre confidencialmente (mantidos em segredo). Por outro lado, evitando que você seja identificada, os resultados desse estudo poderão vir a serem publicados em revistas científicas, ou serem levados para discussão com outros profissionais da área da saúde

É importante que você saiba que a pesquisa garante a você:

- 1- Acesso, a qualquer tempo, às informações a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa.
- 2- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.
- 3- Confidencialidade, sigilo e privacidade.

Riscos e Benefícios da Pesquisa

Essa pesquisa não envolve procedimentos arriscados para você. Por outro lado, a sua participação não garante nenhum benefício imediato a você, os benefícios serão indiretos e futuros.

Informações sobre a pesquisa científica

Título dos projetos envolvidos:

- “O Impacto da História de Estresse Precoce nos Transtornos do Humor”
- “A Neurobiologia da Depressão em Pacientes com Estresse Precoce: O Papel do Eixo HPA e da Função dos Receptores Glicocorticóides (RG) e Mineralocorticóides (RM)”
- “Do Estresse Precoce à Depressão: Avaliação da atividade do eixo HPA e da função cognitiva”.

Unidade: Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Pesquisadoras responsáveis:

- Camila Maria Severi Martins, Terapeuta Ocupacional
- Cristiane Von Werne Baes, Psiquiatra
- Nyanne Beckmann Bosaipo, Psicóloga

Doutorandas do Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço: Hospital-dia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

Rua Tenente Catão Roxo, 2650

CEP: 14051-140

Ribeirão Preto/SP

Telefone: (16) 3602 – 4623

Docente responsável: Prof. Dr. Mário Francisco Juruena.

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: juruena@fmrp.usp.br

Fone: (16)3602-4614, Fax: (16)36307961 , Celular: (16)81398456

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após conveniente explicação pelo pesquisador, e após ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Ribeirão Preto, de.....de 20.....

Assinatura do participante ou de seu representante legal

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B- TCLE DO GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES DEPRESSIVOS COM ESTRESSE PRECOCE (TCLE-G)

Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Estresse, Trauma e Doenças Afetivas (EsTraDA)

Grupo de Terapia Ocupacional para Pacientes Depressivos com Estresse Precoce

LEIA CUIDADOSAMENTE AS INFORMAÇÕES ABAIXO

Por meio deste termo, você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) de uma pesquisa de Doutorado da Terapeuta Ocupacional (TO) Camila Maria Severi Martins, sob orientação do Prof. Dr. Mario Francisco Jurueña.

Tal pesquisa envolve a realização de uma atividade de grupo terapêutico que será realizado no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Esta atividade será realizada às quartas-feiras, das 14h15-15h15, sendo coordenada pela TO Camila Maria Severi Martins com participação de eventuais colaboradores.

A sua participação no grupo envolverá o fornecimento de informações sobre fatos da história da sua vida, especialmente da sua infância e adolescência e sobre a situação atual de vida. Para tanto, você receberá instruções para preencher alguns questionários. Esses instrumentos serão entregues em envelopes, e você poderá respondê-los em casa ou em outro ambiente em que se sinta à vontade. Todos eles devem ser devolvidos no prazo de uma semana. Será solicitado que você preencha tais questionários antes de iniciar o período do grupo e ao final. Caso tenha dúvidas no preenchimento, haverá uma pesquisadora à disposição para esclarecê-las e oferecer um retorno da sua avaliação.

Durante o grupo terapêutico serão realizadas dinâmicas, atividades expressivas, oficina de culinária, entre outros e também realizaremos discussões sobre o estado atual de saúde, objetivando oferecer um espaço de ressignificação das situações traumáticas ocorridas na infância e adolescência.

Ressaltamos que a sua participação no grupo é voluntária, porém reforçamos sobre a importância desta atividade adicional durante o seu tratamento no Hospital Dia. Além disso, informamos que sua participação irá colaborar no entendimento sobre os efeitos de histórias traumáticas na vida adulta.

A atividade de grupo terá duração de 8 semanas, iniciando em ____/____/____ com término em ____/____/____.

Iremos estabelecer algumas regras para o melhor funcionamento e aproveitamento do grupo, que são descritas a seguir:

- ❖ Faltas: No período de 2 meses, serão toleradas 1 falta não justificadas e 2 faltas com justificativa;
- ❖ Atrasos: Serão aceitos, atrasos de no máximo 15 minutos;
- ❖ Sigilo: Todo o conteúdo que é exposto no grupo deve ser mantido sob sigilo para garantir a privacidade e a confiança entre os participantes do grupo;

É importante que você saiba que a sua participação no grupo pesquisa garante a você:

1- Acesso, a qualquer tempo, às informações a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa; 2- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo; 3- Confidencialidade, sigilo e privacidade.

Riscos e Benefícios da Pesquisa

Essa pesquisa não envolve procedimentos arriscados para você. Entretanto, cabe ressaltar que a sua participação não garante nenhum benefício imediato a você, os benefícios serão indiretos e futuros.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após conveniente explicação pelo pesquisador, e após ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Nome do paciente: _____

Assinatura do paciente

Telefone de contato pessoal e de um familiar/responsável:

Ribeirão Preto, _____, _____, _____

Camila Maria Severi Martins

Terapeuta Ocupacional

Mestre e Doutoranda em Saúde Mental, Programa de Pós Graduação em Saúde Mental-USP

Pequisadora no Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Estresse e Doenças Afetivas (EsTraDA) do HC da FMRP-USP.

Docente do curso de graduação em Terapia Ocupacional do Claretiano Centro Universitário de Batatais.

Docente responsável: Prof. Dr. Mário Francisco Juruena.

Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Email: juruena@fmrp.usp.br

Fone: (16)3602-4614, Fax: (16)36307961 , Celular: (16)98139-8456

APÊNDICE C- FICHA SÓCIO-DEMOGRÁFICA

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Registro do HC: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____

Sexo: 1 - Feminino 2 - Masculino

Religião: 1 - Católica 2 - Evangélica 3 - Espírita 4 - Sem religião

5 – Outras, qual: _____

Estado civil: 1 - Solteiro 2 – Casado/Amasiado 3 - Viúvo

4 – Divorciado/Desquitado/Separado

Cor: 1 - Branco 2 - Pardo 3 - Preto 4 - Amarelo

Escolaridade: () analfabeto () fundamental () médio () superior

() completo () incompleto () outros: _____

Profissão: _____

1 - ativo 2 - desempregado 3 - afastado 4 - aposentado

Renda Pessoal: R\$ _____ Renda Familiar: R\$ _____

Filhos: () Sim () Não Número: _____

Abortos prévios: () Sim () Não Número: _____

Reside: 1 - sozinho 2 - família originária 3 - família conjugal 4 - cuidador

outros: _____

Adotado: () Sim () Não Gêmeo: () Sim () Não _____

Doenças Clínicas: () Sim () Não

() DM () HAS () Cardiopatias () outras: _____

Medicamentos em uso: () Sim () Não

Descrição e dosage	Tempo de uso

Uso de Anticoncepcional: () Sim () Não

Menopausa: () Sim () Não Reposição Hormonal: () Sim () Não

Tabagista atual: () Sim () Não tempo _____ n.º cigarros /dia _____

Tabagismo prévio: () Sim () Não

Etilista atual: () Sim () Não tempo _____ quantidade dose /dia _____

Etilismo prévio: () Sim () Não

tipo de bebida: _____

Drogas ilícitas atual: () Sim () Não tempo _____ quantidade dose /dia _____

Uso prévio de drogas ilícitas: () Sim () Não

tipo: _____

Tratamentos Psiquiátricos Prévios: () Sim () Não

Internações Psiquiátricas Prévias: () Sim () Não

	Nº internações	Local
Internação integral		
Semi-internação		
Ambulatorial		

Tentativa de Suicídio Prévios: () Sim () Não n.º de tentativas _____

Doença mental na família: () Sim () Não qual(ais) familiar(es) e qual(ais) diagnóstico(s)

Internação atual no HD: () Sim () Não

Data de Admissão: ____/____/____ Data de Alta: ____/____/____

Diagnóstico Psiquiátrico na Admissão: _____

Diagnóstico Psiquiátrico na Alta: _____

Internação prévia no HD: () Sim () Não quantas: _____

Acompanhamento no HD e grupos de pós-alta no HD: () Sim () Não

Quais: _____

APÊNDICE D- FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 11 de abril de 2012

Ofício nº 1315/2012
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“O IMPACTO DA HISTÓRIA DE ESTRESSE PRECOCE NOS TRANSTORNOS DO HUMOR”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 343ª Reunião Ordinária realizada em 09/04/2012, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 2.0 de 21/03/2012**, de acordo com o Processo HCRP nº 14227/2011.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

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

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

Atenciosamente.

DR^a. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores

CAMILA MARIA SEVERI MARTINS

PROF. DR MARIO FRANCISCO PEREIRA JURUENA(Orientador)

Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

APÊNDICE E – ARTIGO PUBLICADO NO THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE

ORIGINAL ARTICLE

Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults

Camila Maria Severi Martins, MPhil,* Cristiane Von Werne Baes, MD, MPhil,*
Sandra Marcia de Carvalho Tofoli, MPhil,* and Mario Francisco Jurueña, MD, PhD*†

Abstract: We evaluate the association between subtypes of early life stress (ELS; sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect) and psychiatric disorders in adults. The sample was composed of 81 adult psychiatric patients treated at the Day Hospital Unit in Brazil. The patients were assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview according to diagnostic criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. The presence of ELS was confirmed by the Childhood Trauma Questionnaire, which investigates abuse and neglect subtypes. The patients were also evaluated for the severity of psychiatric symptoms through self-report questionnaires. A total of 71.6% of the patients experienced some type of severe ELS compared with 28.4% of the patients without ELS. Of these, 55.5% reported having experienced emotional abuse; 48.1%, physical neglect; 45.7%, emotional neglect; 39.5%, physical abuse; and 27.2%, sexual abuse. Our data showed that, among the ELS subtypes, emotional abuse was positively associated with psychopathology in adults, particularly with mood disorders ($p < 0.05$). The patients with a history of emotional abuse had higher severity scores in all symptoms, such as depression, hopelessness, suicidal ideation, anxiety, and impulsivity. These data demonstrate the impact of ELS, especially in cases of emotional abuse, as a trigger for psychiatric disorders and indicate that the severity of ELS is associated with severity of psychiatric symptoms. Therefore, further studies are needed to assess the importance of emotional abuse as a risk factor of severe psychopathology in adults.

Key Words: Early life stress, emotional abuse, psychiatric disorders, depression, psychiatric symptoms

(J Nerv Ment Dis 2014;202: 00–00)

Current literature has demonstrated significant associations between traumatic events occurring in childhood and adolescence, called *early life stress* (ELS), with unfavorable outcomes for the individual's health (Butchart, 2006; Bernstein et al., 2003). The effects of ELS negatively influence child development, affecting all spheres of an individual's life: behavioral, emotional, social, cognitive, and physical (McLaughlin et al., 2010).

In Brazil, from 1980 to 2000, a total of 2 million people died as a result of situations of violence. From 1999 to 2007, a total of 159,754 children were victims of domestic violence. Moreover, situations of physical abuse are the primary cause of death in the age group from 5 to 19 years old and the second leading cause among children from 1 to 4 years old (Pires and Miyazaki, 2005). These data show some of the reality facts, with only sparse records of individual services that do not reveal the true extent of the problem (Carvalho et al., 2010; Ferreira and Azambuja, 2011).

Concerning global statistics, in 1997, the World Health Organization (WHO) revealed that, considering all countries, 1 in every 5000 children die per year as a result of physical abuse. Another survey conducted in 1999 showed that 20% of women and 5% to 10% of men were sexually abused in childhood. Worldwide, the prevalence of different forms of sexual abuse among children and adolescents reaches 73 million (7%) among boys and 150 million (14%) among girls (Hatzenger et al., 2012). Prevalence of physical abuse ranges from 4% to 16%, whereas prevalence of neglect or emotional abuse reaches 10% in high-income countries (Norman et al., 2012).

Furthermore, in 2011, the National Child Abuse and Neglect Data System of the Children's Bureau, a service protecting American children and adolescents, conducted a research to identify the profile of children who were victims of abuse. According to statistical data, most of the children were white, and more than 25% were 2 years old or younger. Four fifths of the victims were maltreated by a parent, 17.6% were physically abused, and 9.1% were sexually abused (*Child Maltreatment Reports*).

Children and adolescents exposed to ELS experience serious consequences in their biopsychosocial constitution. The literature shows that, during early childhood and adolescence, important brain structures are being formed, so the negative consequences of traumatic events are lasting and can remain during the life of the children (Teicher, 2002; Valente, 2011). These children and adolescents may experience short- to long-term losses, including damage to health in general (fractures, lacerations, brain injuries) and mental health problems (anxiety; depression; social isolation; suicidal ideation and suicide attempts; substance abuse; conduct disorder; delinquency; and more specifically, symptoms of posttraumatic stress disorder, such as numbness, chronic anxiety, helplessness, low self-esteem, and sleep and/or nutrition disturbances) at the entrance to adulthood (Koss et al., 2003; Saffioti, 1997; Williams, 2002). Other consequences of ELS are related to cognitive developmental delay, intellectual deficit and school failure, as well as violence and crime in adolescence (Heim and Nemeroff, 2001; McLaughlin et al., 2010; Neigh et al., 2009; Vitolo et al., 2005).

Many epidemiological studies have documented significant associations between ELS and psychiatric disorders in adulthood (Collishaw et al., 2007; Edwards et al., 2003; Kessler et al., 1997; Mullen et al., 1996). In addition to this, research today shows that more than 30% of the adult psychiatric disorders are directly associated with the occurrence of ELS, revealing that such experiences have a cumulative impact on mental health. Furthermore, these studies demonstrate that ELS may adversely affect a child's development, triggering severe and disabling psychiatric disorders in adulthood, such as depression (Benjet et al., 2010; Gibb et al., 2003; McLaughlin et al., 2010).

The psychological consequences may acutely affect a child's mental health for entry into adulthood (Aded et al., 2006; Brewerton, 2007). Mello et al. (2009) emphasize that children who have been through ELS situations have a moderately increased risk for developing depression in adolescence and adulthood. Approximately a quarter of abused children fill the criteria for depression when they reach the end of the second decade of age, representing, then, a substantial public health problem. Nanni et al. (2012) also found that exposure to ELS doubles the risk for depression recurrence. In this sense, researchers point

*Stress and Affective Disorders Programme, Department of Neurosciences and Behaviour University of Sao Paulo, Brazil; and †Centre for Affective Disorders, Psychological Medicine, King's College London, United Kingdom.

Send reprint requests to Mario Francisco Jurueña, MD, PhD, Saude Mental (Mental Health), University of Sao Paulo, Av. Tenente Catao Roxo, 2650 Ribeirão Preto, Sao Paulo, Brazil, CEP: 14051-140. E-mail: juruena@fmrp.usp.br.

Copyright © 2014 by Lippincott Williams & Wilkins

ISSN: 0022-3018/14/20211-0000

DOI: 10.1097/NMD.0000000000000202

out that approximately 60% of cases of depressive episodes are preceded by the occurrence of stressors, especially of psychosocial origin, so the influence of genetic factors in the development of depression could be due to an increased sensitivity to stressful events (Baes et al., 2014; Mello et al., 2009).

In the same direction, occurrence and severity of ELS increase three times the risk for developing depression in adulthood, according to a study presented by Wise et al. (2001). Similar data were found in a recent systematic review conducted by Martins et al. (2011), revealing that the severity of ELS is associated with the severity of depression and also that ELS subtypes are important risk factors of depression in adults. Gibb et al. (2003) have also shown an association between ELS subtypes, specifically emotional abuse, and increased depression symptoms in adulthood. Other studies suggest an increase in suicidal ideation in adulthood in depressed patients with ELS (Briere and Runtz, 1988; Mullen et al., 1996; Tunnard et al., 2014). Surveys also show the association between emotional abuse and physical abuse with schizophrenia in adulthood (Holowka et al., 2003; Rubino et al., 2009), whereas the presence of abuse increases the risk for psychosis (Bebbington et al., 2004; Conus et al., 2010; Tunnard et al., 2014).

Regarding negligence, studies have shown an association with different psychopathologies, such as the following: physical and emotional neglect are associated with psychotic disorders (Heins et al., 2011; Uçok and Bıkmaz, 2007), physical neglect is associated with personality disorders (Laporte et al., 2011), and emotional neglect is associated with depressive and anxiety disorders (Hovens et al., 2010). In this same direction, Carr et al. (2013) published a recent review and found that different subtypes of ELS are associated with several psychiatric disorders; that is, physical abuse, sexual abuse, and unspecified neglect are associated with mood disorders and anxiety disorders, and emotional abuse is associated with personality disorders and schizophrenia.

In addition, researchers have identified important considerations regarding the association between ELS subtypes and therapeutic response of depressive patients. Douglas and Porter (2012) demonstrated that the severity of ELS subtypes is significantly correlated with the reduction of the worst clinical status, suggesting that ELS subtypes are detrimental to the successful treatment of severe depression. Kaplan and Klinetob (2000) found that emotional abuse and parental overprotection are associated with a negative response to antidepressants in patients with moderate-to-severe depression. Although scientific evidence suggests the existence of association between ELS and psychiatric disorders, more research is needed to confirm it. Thus, the present study aimed to replicate and extend these findings, evaluating the association between occurrence and severity of ELS and psychiatric disorders in adult patients.

METHODS

Study Design

This is a cross-sectional study from a quantitative and qualitative evaluation of the life history and psychiatric diagnosis of patients treated at the Day Hospital Unit of General Clinical Hospital. The study was approved by the Research Ethics Committee of General Clinical Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Participants

The sample was composed of 81 adult psychiatric patients, treated at the Day Hospital Unit of General Clinical Hospital. The inclusion criteria for this study were as follows: having a psychiatric diagnosis confirmed according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*; American Psychiatric Association [APA], 1994), being followed up at the Day Hospital Unit

of the General Clinical Hospital, and aged from 18 to 65 years. We excluded patients with mental disorders caused by a general medical condition or resulting from direct physiological effect of a substance, substance abuse, or substance dependence. Patients with mental retardation, cognitive deficits, as well as neurological progressive and degenerative diseases and in an acute psychotic episode that could impair the comprehension of the assessment instruments adopted in the study were also excluded. Patients were clinically assessed by two senior psychiatrists (M. F. J., C. V. W. B.) and excluded if they met any exclusion criteria. After complete study description to the subjects, their comprehension, and agreement, signed written informed consent was obtained.

The sample was divided into two groups based on positive history of ELS according to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 1994). The first group included those with ELS (with ELS), and the second included those without ELS (without ELS). We included in the group of patients with ELS those with moderate and severe scores in at least one of the five ELS subtypes according to the CTQ.

Instruments and Procedure

The participants were informed that the purpose of the study was to investigate the association between ELS and psychiatric disorders in adult life. Later, signed written informed consent was obtained from all patients, and the questionnaires included in this study were applied.

Demographic and Clinical Data Measures

Clinical and sociodemographic characteristics, such as age, gender, ethnicity, religious practice, family history of psychiatric disorder, and suicide attempt, were obtained through administration of a sociodemographic questionnaire developed by the researchers.

Psychiatric Diagnosis Measures

The assessment of psychiatric diagnosis was conducted using the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998), the version in Portuguese translated and adapted by Amorim (2000). The MINI is a brief structured interview designed to assess criteria for most psychiatric disorders classified in the *DSM-IV* and the ICD-10. There is a version called MINI PLUS, intended for assessment of main psychiatric diagnoses throughout life, in clinical and research psychiatry, and systematically explores all the criteria for inclusion, exclusion, and chronology (onset and duration of the disorder, number of episodes; Amorim, 2000). All subjects were interviewed by two senior psychiatrists (M. F. J., C. V. W. B.) trained and certified to use the standardized interviews. The interviewers had long-standing experience in administration of the standardized interviews.

The evaluation of personality disorders was performed through the Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis II Disorders (SCID-II; Spitzer et al., 1990). The SCID-II is a self-assessment semistructured interview, based on axis II criteria of *DSM-IV-TR*, for assessing personality disorders (APA, 1989). The version in Portuguese was translated and adapted by Del-Ben et al. (2001).

ELS Measures

ELS was assessed using the CTQ (Bernstein et al., 1994). The CTQ is a retrospective self-report questionnaire that investigates history of abuse (sexual, emotional, physical) and neglect (emotional, physical) during childhood and can be applied to adolescents (from 12 years old) and adults, in which the responder assigns values of frequency in 28 graduate assertive issues related to situations arising in childhood. The items are rated on a Likert scale ranging from 1 (never) to 5 (very often), and the scores range from 5 to 25 for each type of ELS. The instrument also contains a subscale of minimization/denial to identify

individuals responding in a socially desirable manner. A cut point for presence or absence of ELS was defined when one of these experiences, before the age of 18 years, reached at least a degree of moderate or severe to extreme. This classification is proposed by major authors in the area of childhood trauma (Bernstein et al., 1997, 1994, 2003; Carpenter et al., 2007). The version in Portuguese was translated and adapted by Grassi-Oliveira et al. (2006).

Severity of Psychiatric Symptoms

To assess severity of psychiatric symptoms, we used instruments commonly applied in the mental health research area.

Depression

To assess severity of depressive symptoms, the Beck Depression Inventory (BDI) was applied (Beck et al., 1961), a self-report questionnaire with 21 items, in which a score of less than 9 points indicates no or minimal depression; 10 to 18 points, mild-to-moderate depression; 19 to 29 points, moderate-to-severe depression; and greater than 30 points, severe depression. The version in Portuguese was validated, translated, and adapted by Cunha (2001).

Anxiety

To assess severity of anxiety symptoms, the Beck Anxiety Inventory (BAI) was applied (Beck et al., 1988), a self-report questionnaire with 21 items, with an emphasis on physical symptoms. The version in Portuguese was validated, translated, and adapted by Cunha (2001).

Anxiety-Depression

We also used the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond and Snaith, 1983), a self-report questionnaire containing 14 items. The version in Portuguese was translated and adapted by Botega et al. (1995).

Hopelessness

To assess severity of hopelessness symptoms, the Beck Hopelessness Scale (BHS) was applied (Beck et al., 1974), a self-report questionnaire with 20 true-false statements developed to assess the extent of positive and negative beliefs about the future. The version in Portuguese was translated and adapted by Cunha (2001).

Suicide Ideation

To assess severity of suicide ideation, the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) was applied (Beck et al., 1979), a self-report questionnaire with 21 items, assessing the intensity of the patient's specific attitudes, behaviors, and plans to commit suicide. Each item consists of three options graded according to the intensity of the suicidality and rated on a 3-point scale ranging from 0 to 2 points. The version in Portuguese was translated and adapted by Cunha (2001).

Impulsivity

To assess severity of impulsivity, the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) was applied (Patton et al., 1995), a self-report questionnaire with 30 items. The literature suggests that a total score of 72 or greater should be used to classify an individual as highly impulsive. The total scores of the BIS-11 situated between 52 and 71 points should be considered within normal limits for impulsivity. Scores lower than 52 points are generally representative of individuals who are very controlled or who have not responded to the questionnaire honestly (Stanford et al., 2009). The version in Portuguese was translated and adapted by Diemen et al. (2007).

Statistical Procedures

The comparison of parametric data between the two groups (with ELS and without ELS) was performed using the Student's *t*-tests, when they presented normal distribution. We used the Mann-Whitney's *U* test for data without normal distribution. For nonparametric data analysis, as demographic and clinical characteristics, we applied the chi-square test. We also calculated the association between ELS and psychiatric diagnoses with the chi-square test, using Bonferroni's correction when necessary. Correlations between ELS and psychometric measures were examined using Pearson's correlation. All analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences, SPSS for Windows, release 15.0. Significance value was considered when $p < 0.05$.

RESULTS

Among the 81 patients assessed, we observed a predominance of women ($n = 59$, 72.8%), Caucasians ($n = 57$, 70.4%), and people who had completed high school ($n = 29$, 35.8%). The patients' mean age was 37.62 (SD ± 1.21) years, with a minimum of 19 years and a maximum of 65 years. Most ($n = 41$, 50.6%) were married, and a significant portion ($n = 42$, 51.9%) were living with spouses/partners. Furthermore, 86.5% of the patients reported religious practice and 77.0% had a family history of mental disorder.

In the assessed sample, 71.6% ($n = 58$) of the patients had some type of severe ELS, compared with 28.4% ($n = 23$) who had no history of ELS, according to the CTQ. Among 71.6% of the patients with ELS, 55.5% reported experiencing emotional abuse; 48.1%, physical neglect; 45.7%, emotional neglect; 39.5%, physical abuse; and 27.2%, sexual abuse. We found that the emotional abuse subtype was the most prevalent in ELS subtypes, according to the scale. Furthermore, most of the sample (60.4%) reported experiencing three to five ELS categories.

However, we found that the patients with ELS did not differ from the patients without ELS on demographic and clinical characteristics. Furthermore, among patients' sociodemographic and clinical characteristics, suicide attempt was the only variable we found that showed a statistically significant difference ($p = 0.02$) between the groups. In addition, among 81 subjects evaluated in the psychiatric sample, approximately 60% of the patients with ELS had a diagnosis of personality disorder, whereas in the group without ELS, 40% had a diagnosis of personality disorder, resulting in a statistically significant difference between the groups ($p = 0.032$).

Table 1 describes sociodemographic and clinical characteristics of the psychiatric patients according to ELS.

In the total sample, the distribution of psychiatric disorders was as follows: more than 70% had a diagnosis of mood disorders, prevailing depressive disorders ($n = 44$, 54.3%), followed by bipolar disorder ($n = 17$, 21.0%). The other diagnoses assessed were anxiety disorders ($n = 10$, 12.3%), schizophrenia and other psychotic disorders ($n = 5$, 6.2%), eating disorders ($n = 3$, 3.7%), dissociative disorders ($n = 1$, 1.2%), as well as impulse control disorders not elsewhere classified ($n = 1$, 1.2%). We did not include patients with diagnoses of substance use disorder in the sample because the Day Hospital Unit does not admit patients with this diagnosis.

We conducted the analysis of association between ELS and all psychiatric disorders. However, according to data presented in Table 2, there was no significant difference between the groups with and without ELS ($\chi^2 = 8.44$, $df = 6.0$, $p = 0.188$) in relation to the distribution of psychiatric diagnoses.

In addition, we performed a second statistical analysis, comparing ELS subtypes with psychiatric disorders. Thus, significant association was found only between the emotional abuse subtype and psychiatric diagnoses. Table 3 shows the results of the association between psychiatric disorders and emotional abuse.

TABLE 1. Demographic and Clinical Features of Psychiatric Patients With or Without ELS

	N = 81 (100%)		p
	With ELS 58 (71.5)	Without ELS 23 (28.4)	
Gender, n (%)			NS
Female	44 (75.9)	15 (65.2)	
Male	14 (24.1)	8 (34.8)	
Age, mean $\pm$ SEM, yrs	37.98 $\pm$ 1.37	36.73 $\pm$ 2.52	NS
Ethnicity, n (%)			NS
Caucasian/white	40 (69.0)	17 (73.9)	
Mulatto/mixed race	12 (20.7)	5 (21.7)	
Black	5 (8.6)	1 (4.3)	
Asian	1 (1.7)	0 (0)	
Education, n (%), yrs			NS
≤ 4	11 (19.0)	3 (13.0)	
5–8	9 (15.5)	2 (8.7)	
9–11	23 (39.7)	10 (43.5)	
≥ 11	15 (25.9)	8 (34.8)	
Marital status, n (%)			NS
Never married	18 (31.0)	10 (43.5)	
Married	30 (51.7)	11 (47.8)	
Separated/divorced	10 (17.2)	2 (8.7)	
Religious practice, n (%)	43 (74.1)	21 (91.3)	NS
Employment status, n (%)			NS
Employed	8 (13.8)	4 (17.4)	
Unemployed	50 (86.2)	19 (82.6)	
Smokers, n (%)	14 (24.1)	6 (26.1)	NS
Alcoholic drinks user, n (%)	14 (24.1)	2 (8.7)	NS
Illicit drug users, n (%)	3 (5.2)	0 (0)	NS
Clinical disease, n (%)	26 (44.8)	8 (34.8)	NS
Personality disorders, n (%)	33 (56.9)	7 (30.4)	0.032*
Positive family history, n (%)	42 (72.4)	15 (65.2)	NS
Suicide attempts in the past, n (%)	43 (74.1)	11 (47.8)	0.02*
CTQ total score, mean $\pm$ SEM	66.05 $\pm$ 2.47	34.78 $\pm$ 0.84	<0.001
Emotional abuse	16.7 $\pm$ 0.68	8.26 $\pm$ 0.40	<0.001
Physical abuse	11.96 $\pm$ 0.80	5.60 $\pm$ 0.22	<0.001
Sexual abuse	9.25 $\pm$ 0.84	5.04 $\pm$ 0.04	<0.001
Emotional neglect	16.32 $\pm$ 0.68	9.43 $\pm$ 0.59	<0.001
Physical neglect	11.79 $\pm$ 0.53	6.43 $\pm$ 0.31	<0.001

NS indicates not significant.

* $p < 0.05$.

As observed, the results indicate a significant difference between the groups with and without emotional abuse in relation to distribution of psychiatric disorders ($\chi^2 = 14.33$, $df = 6.0$, $p = 0.009$). After applying Bonferroni's correction, we found a significant association between emotional abuse and depressive disorders ($p < 0.05$). Furthermore, we found an association between absence of emotional abuse and the development of schizophrenia ($p < 0.05$) in the patients. No significant differences were found between emotional abuse and other assessed psychiatric diagnoses.

Next, we assessed the association between psychiatric disorders and physical abuse, and we found that 32 patients (39.5%) had a history of physical abuse in childhood and adolescence compared with 49 patients (60.5%) without physical abuse. Our data showed no significant

difference in distribution between psychiatric disorders, comparing the groups with respect to physical abuse ($\chi^2 = 8.14$, $df = 6.0$, $p = 0.200$). We found, among 81 assessed patients, an association between psychopathology and sexual abuse, in which 22 (27.2%) had a history of sexual abuse, compared with 59 patients (72.8%) without a history of sexual abuse; however, according to the data presented, we could not find a significant association between sexual abuse and psychiatric disorders in adults ($\chi^2 = 7.89$, $df = 6.0$, $p = 0.234$). As for emotional neglect, 37 patients were found to have a positive history (45.7%) compared with 44 patients (54.3%) without a history of emotional neglect. We also found no significant differences between the groups regarding distribution of psychiatric diagnoses and emotional neglect ($\chi^2 = 7.40$, $df = 6.0$, $p = 0.258$). In the sample studied, 39 patients (48.1%) had a history of physical neglect compared with 42 patients (51.9%) without it. We did not find a significant association between physical neglect and psychiatric disorders ($\chi^2 = 5.37$, $df = 6.0$, $p = 0.541$).

Severity of Psychiatric Symptoms

Regarding severity of psychiatric symptoms, the statistical analysis showed a significant difference between the groups of patients with and without ELS. The patients with ELS showed more severe depressive symptoms than did the patients without ELS, according to their scores in the BDI ($t = -2.57$, $df = 41.12$, $p = 0.015$) and in the depressive subscale of the HADS (HAD-D; $U = 397.5$, $p = 0.013$). We also found a trend for the patients with ELS to show higher scores of hopelessness, according to the BHS ($t = -1.96$, $df = 41.46$, $p = 0.055$). However, we found no significant differences between the groups regarding suicidal ideation assessed by the BSI ($U = 467.0$, $p = 0.163$), regarding symptoms of anxiety assessed by the BAI ($t = -1.40$, $df = 51.25$, $p = 0.206$) and the anxiety subscale of the HADS (HAD-A; $U = 490.0$, $p = 0.143$), or regarding symptoms of impulsivity assessed by the BIS-11 ($t = -1.69$, $df = 35.47$, $p = 0.073$) (Table 4). We found three positive correlations between severity of ELS and psychiatric symptoms: total score of hopelessness and total score of CTQ (BHS: $r = 0.32$, $p = 0.01$), total score of suicidal ideation and total score of CTQ (BSI: $r = 0.32$, $p = 0.01$), as well as total score of impulsivity and total score of CTQ (BIS-11: $r = 0.28$, $p = 0.03$) (Table 4).

When investigating the influence of emotional abuse on severity of psychiatric symptoms, we found significant differences between the groups in all assessed psychiatric symptoms, shown in Table 5. The patients with emotional abuse showed more severe depressive symptoms in the BDI ($t = -3.74$, $df = 77.0$, $p = 0.001$) and in the HAD-D ($U = 520.0$, $p = 0.027$), higher scores of hopelessness according to the BHS ($U = 480.0$, $p = 0.002$), as well as suicidal ideation assessed by the BSI ($U = 404.0$, $p = 0.001$) than the patients without

TABLE 2. Distribution of Psychiatric Disorders Between Groups

	N = 81 (100%)		p
	With ELS 58 (71.5)	Without ELS 23 (28.4)	
All psychiatric disorders			0.188
Depressive disorders	34 (58.6)	10 (43.5)	
Bipolar disorders	13 (22.4)	4 (17.4)	
Schizophrenia and other psychotic disorders	2 (3.4)	3 (13.0)	
Anxiety disorders	7 (12.1)	3 (13.0)	
Eating disorders	1 (1.7)	2 (8.7)	
Dissociative disorders	1 (1.7)	0 (0)	
Disorders of impulse control not elsewhere classified	0 (0)	1 (4.3)	

TABLE 3. Association Between Emotional Abuse and Psychiatric Disorders

	N = 81 (100%)		p
	With Emotional Abuse, 45 (55.5%)	Without Emotional Abuse, 36 (44.4%)	
All psychiatric disorders			0.009*
Depressive disorders	31 (68.9)	13 (36.1)	<0.05**
Bipolar disorders	8 (17.8)	9 (25.0)	NS
Schizophrenia and other psychotic disorders	0	5 (13.9)	<0.05**
Anxiety disorders	4 (8.9)	6 (16.7)	NS
Eating disorders	1 (2.2)	2 (5.6)	NS
Dissociative disorders	1 (2.2)	0	NS
Disorders of impulse control not elsewhere classified	0	1 (2.8)	NS

* $p < 0.01$; ** $p < 0.05$.
NS indicates not significant.

emotional abuse. In addition, the patients with a history of emotional abuse showed higher mean scores of anxiety in the BAI ($t = -2.92$, $df = 77.5$, $p = 0.004$) and in the HAD-A ($U = 450.0$, $p = 0.001$) besides greater impulsivity according to the BIS-11 ($t = -2.25$, $df = 73.0$, $p = 0.026$). These data are shown in Table 5.

Regarding the association between other ELS subtypes and severity of psychiatric symptoms, we found that the physical abuse subtype showed only a trend related to the symptom of hopelessness assessed by the BHS ($U = 589.0$, $p = 0.078$). Relative to the sexual abuse subtype, a significant difference was found between the groups with and without ELS, only as to the influence of sexual abuse in severity of hopelessness, according to the BHS ($U = 429.0$, $p = 0.037$). Moreover, the patients with emotional neglect had more severe depressive symptoms in the BDI ($U = 518.0$, $p = 0.012$) and in the HAD-D ($U = 520.0$, $p = 0.027$) as well as higher scores of hopelessness according to the BHS ($t = -2.96$, $df = 76.7$, $p = 0.004$) than the patients without emotional neglect. In addition, these patients had higher mean scores in the BAI ($t = -2.21$, $df = 70.8$, $p = 0.028$) and the HAD-A ($U = 519.0$, $p = 0.027$) as well as greater impulsivity according to the BIS-11 ($t = -2.45$, $df = 78.0$, $p = 0.018$) but did not differ for symptoms of suicidal ideation according to the BSI ($U = 607.0$, $p = 0.180$).

Finally, relative to the influence of physical neglect on severity of psychiatric symptoms, we found significant differences for symptoms of depression in the BDI ($t = -2.54$, $df = 76.4$, $p = 0.013$) and in the HAD-D ($U = 539.0$, $p = 0.045$) as well as for symptoms of hopelessness

in the BHS ($U = 567.0$, $p = 0.025$). We also found a tendency for the patients with a past of physical negligence to have increased suicidal ideation, according to the BSI ($U = 565.0$, $p = 0.072$), and increased impulsivity, when assessed by the BIS-11 ($t = -1.98$, $df = 77.6$, $p = 0.053$). Regarding anxiety symptoms, we found no significant difference between the groups according to the BAI ($t = -1.11$, $p = 0.264$), but we observed a tendency for the patients with physical neglect to present more severe symptoms of anxiety than the patients without physical neglect in the HAD-A ($U = 553.0$, $p = 0.061$).

DISCUSSION

Our study showed the importance of this issue presented in Brazilian reality, as well as in several other countries, regarding the situation of ELS. Our results, obtained by assessing life history of adult psychiatric patients, have shown an association between ELS and psychopathology in adults in more than 70% of the sample. These findings corroborate several national and international studies, such as the study conducted by Sar et al. (2004), who investigated five ELS subtypes and found at least one psychiatric diagnosis associated with traumatic events in childhood and adolescence in 89.5% of assessed patients.

Our patient sample consists of major depressive patients with a history of ELS, presenting psychiatric comorbidity of personality disorders. These data corroborate evidence from the literature in the area of child maltreatment, demonstrating the great importance of findings

TABLE 4. Severity of Psychiatric Symptoms Between the Patients With and Without ELS

Scale	N = 81 (100%)		p
	With ELS, 58 (71.5)	Without ELS, 23 (28.4)	
BDI	33.73 ± 1.59	26.36 ± 2.37	0.015*
BAI	31.54 ± 1.96	27.13 ± 2.44	0.206
BHS	12.01 ± 0.71	9.43 ± 1.10	0.055
BSI	13.66 ± 1.37	9.88 ± 2.23	0.163
HAD-A	13.24 ± 0.63	12.0 ± 0.93	0.143
HAD-D	13.92 ± 0.64	10.73 ± 1.11	0.013*
BIS-11	77.80 ± 1.41	72.73 ± 2.63	0.073

Values are presented as mean ± standard error of the mean.

* $p < 0.05$.

TABLE 5. Severity of Psychiatric Symptoms Between the Patients With and Without Emotional Abuse

Scale	N = 81 (100%)		p
	With Emotional Abuse, 45.0 (55.5)	Without Emotional Abuse, 36.0 (44.4)	
BDI	35.9 ± 1.72	26.3 ± 1.87	0.001*
BAI	34.15 ± 2.26	25.52 ± 1.89	0.004**
BHS	12.95 ± 0.77	9.22 ± 0.86	0.002**
BSI	16.16 ± 1.49	8.11 ± 1.59	0.001*
HAD-A	14.23 ± 0.65	11.22 ± 0.77	0.001*
HAD-D	14.21 ± 0.69	11.48 ± 0.91	0.027***
BIS-11	78.90 ± 1.63	73.22 ± 1.91	0.026***

Values are presented as mean ± standard error of the mean.

* $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.05$.

regarding the association between ELS subtypes and diagnosis of personality disorders. Researchers have shown associations between personal stories of abuse in childhood and personality disorders in adulthood, and ELS has been shown to be a predictor of personality disorders (Bandelow et al., 2005; Bradley et al., 2005; Giese et al., 1998; Grover et al., 2007).

Another interesting point identified in this study was the association between emotional abuse and depressive disorders. Our findings indicate that approximately 70% of patients diagnosed with depressive disorder had experienced emotional abuse in childhood and adolescence. These results are consistent with other studies that demonstrate this association (Briere and Runtz, 1988; Gibb et al., 2003, 2007; Mullen et al., 1996; Wingenfeld et al., 2011). Thus, it is evident that the association between emotional abuse and depression in adults is extremely relevant, both in research and clinical contexts. Emotional abuse is evidenced by damaging the emotional competence of children and adolescents (ability of loving others and feeling good about themselves); it consists of acts of humiliation, degradation, rejection, isolation, terrorism, corruption, lettering, threats, verbal abuse, and denial of affection (De Antoni, 2012; De Antoni and Koller, 2012). Mayer and Koller (2012) report that emotional abuse is present in all forms of violence, although it can occur singly, and ranges from overt inattention to total rejection. Among ELS subtypes, emotional abuse has been indicated by international researchers as one of the most severe forms, and it is associated with a spectrum of disabling psychiatric disorders in adults (Bremmer et al., 1999; Hart and Brassard, 1987). This subtype is difficult to identify because of its invisibility. Accurate observation by family members and professionals involved in taking care of vulnerable children and adolescents is required (De Antoni, 2012). In addition, consensus in the literature emphasizes the modulatory role of childhood emotional abuse among depressed patients because they had worse prognosis, with relapse of depression within the period of 12 months (Forman et al., 2004; Johnstone et al., 2009; Kaplan and Klinetob, 2000; Liu et al., 2009; Miniati et al., 2010).

In relation to depression, it is characterized by symptoms of a severe, chronic, and recurrent course, with high levels of functional disability and impaired physical health. Among the factors associated with depression in adulthood, there is the exposure to stressors in childhood, such as abuse, neglect, and death of parents or substitutes; maternal or paternal deprivation by abandonment; and separation or divorce. Approximately 60% of cases of depressive episodes are preceded by the occurrence of stressors, especially of psychosocial origin, so the known influence of genetic factors in the development of depression could be due to an increased sensitivity to stressful events (Baes et al., 2012; Mello et al., 2009; Tofoli et al., 2011). The literature emphasizes that depression is a relatively common condition, with a chronic and recurrent course, often related to functional disability and impaired physical health (Fleck et al., 2009) as well as lifelong duration, affecting approximately 10% to 25% of women and 5% to 12% of men (Branco et al., 2009; Fleck et al., 2003; Kessler et al., 2005; Pereira and Lovisi, 2008; Saloma et al., 2009). Moreover, depressed patients use health services more frequently and have a poor prognosis when there is a report of ELS. According to the WHO, depression is a public worldwide health problem, a leader among the leading causes of years of life lived with a disability, with high rates of morbidity and mortality, which affects approximately 340 million people, and there are projections that, by 2020, it will be the second leading cause of overall damage calculated at all ages and in both sexes. It corresponds to 70% of suicides that occur in the world, being the leading cause of death in young people aged between 15 and 44 years (Nemeroff, 2008; Razzouk et al., 2009; Zavaschi et al., 2002). In this sense, the relevance of the investigation of ELS in depressive patients becomes evident when we analyze its consequences based on sensitization of brain pathways involved with depression (Jurruena, 2013; Lipp et al., 2009; Mello et al., 2007; Saloma et al., 2009).

Although we could not find a positive association between other ELS subtypes (physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect) and psychiatric disorders, our results point toward a positive association between severity of ELS in psychiatric patients and severity of psychiatric symptoms. Our results are consistent with the scientific evidence regarding magnitude of ELS being associated with severity of psychiatric disorders and are compatible with a methodologically similar study, conducted by Roy (2002), that demonstrated a positive association between severe stories of ELS in psychiatric patients and the severity of their psychiatric symptoms.

Moreover, Schoedl and Campanini (2011) express concern that emotional and psychological problems caused by experiences of ELS subtypes may be factors that bring and increase the risks and consequences of individuals' mental health. Similarities between the three forms of abuse in terms of their association with negative adult outcomes were more apparent than any differences, although there was a trend for sexual abuse to be particularly associated with sexual problems; emotional abuse, with low self-esteem; and physical abuse, with marital breakdown.

Several limitations of the current study should be considered. The first limitation is related to the exclusion of patients with substance abuse disorder because of the fact that the Day Hospital Unit of the General Clinical Hospital does not admit patients with such psychopathology. These data should be interpreted carefully because this is a limitation of the present study and several data and studies have shown significant associations between ELS and diagnosis of substance abuse disorder in adults (Bulik et al., 2001; Duncan et al., 2008; Khoury et al., 2010). The second limitation is related to ELS data collection being retrospective, with a possible influence on the reliability of the responses. However, many studies have suggested that evaluation of specific forms of ELS is more reliable than global assessments (Brewin et al., 1993). Furthermore, we used the CTQ, a well-validated and reliable measure of childhood trauma.

CONCLUSIONS

Our findings indicate that psychiatric disorders are associated with ELS, whose subtypes should be considered a public health problem. Furthermore, we emphasize the importance of preventive practices in the mental health area and the need for developing further studies to elucidate the importance of emotional abuse as a risk factor of severe and disabling psychopathology, such as depression. However, one must consider that not all people exposed ELS will develop psychiatric disorders. A fundamental understanding of individual differences in vulnerability and resilience to pathogenic effects of stress is necessary.

ACKNOWLEDGMENT

The authors thank Fabio Camacho, who helped with grammar and English style corrections.

DISCLOSURES

This study was supported by the FAPESP, the FAEPA, the CNPq, and the CAPES.

The authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM, Cavalcanti MT (2006) Sexual abuse in children and adolescents: Review of 100 years of literature. *Rev Psiquiatr Clin*. 33:204–213.
- American Psychiatric Association (1989) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed–rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed–rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Amorim P (2000) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 22:106–115.
- Baes CW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF (2014) Early life stress in depressive patients: HPA axis response to GR and MR agonist. *Front Psychiatry.* 5:1–12.
- Baes CW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF (2012) Assessment of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity: Glucocorticoid receptor and mineralocorticoid receptor function in depression with early life stress—A systematic review. *Acta Neuropsychiatr.* 24:4–15.
- Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Brooks A, Hajak G, Rüther E (2005) Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res.* 134:169–179.
- Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 185:220–226.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 56: 893–897.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979) Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *J Consult Clin Psychol.* 47:343–352.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 4:561–571.
- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1974) The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol.* 42:861–865.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME (2010) Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res.* 44:732–740.
- Bernstein DP, Ahluwalia T, Pogge D, Handelsman L (1997) Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 36:340–348.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 151:1132–1136.
- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluwalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W (2003) Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 27:169–190.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WAB (1995) Mood disorders among medical in-patients: A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). *Rev Saude Publica.* 29:355–363.
- Bradley R, Jenei J, Westen D (2005) Etiology of borderline personality disorder. Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis.* 193:24–31.
- Branco BM, Fernandes FN, Powell VMB, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Lacerda ALT (2009) Depressão: Considerações diagnósticas e epidemiológicas. In Lacerda ALT de, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA, Depressão: do neurônio ao funcionamento social (pp 13–26). Porto Alegre: Artmed.
- Bremner JD, Narayan M, Staib LH, Southwick SM, McGlashan T, Charney DS (1999) Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 156: 1787–1795.
- Brewerton TD (2007) Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eat Disord.* 15:285–304.
- Brewin CR, Andrews B, Goltib IA (1993) Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychol Bull.* 113:82–98.
- Briere J, Runtz M (1988) Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse Negl.* 12: 331–341.
- Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS (2001) Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry.* 179:444–449.
- Butchart A (2006) *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Carpenter LL, Carvalho JP, Tyrka AR, Wier LM, Mello AF, Mello MF, Anderson G M, Wilkinson CW, Price LH (2007) Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment. *Biol Psychiatry.* 62:1080–1087.
- Carr CP, Martins CMS, Stengel AM, Lemgruber VB, Juruena MF (2013) The role of early life stress in adult psychiatric disorders. A systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* 201: 1007–1020.
- Carvalho AA, Wada RS, Júnior LF, Júnior ED, Bittar TO, Paranhos LR (2010) Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. *HU Rev Juiz de Fora.* 36:183–187.
- Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse Negl.* 31:211–229.
- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M (2010) Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull.* 36: 1105–1114.
- Cunha JA (2001) Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo, Brazil: Casa do Psicólogo.
- De Antoni C (2012) Abuso emocional parental contra crianças e adolescentes. In Habigzang LF, Koller SH (Eds), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp 33–42). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- De Antoni C, Koller SH (2012) Perfil da violência em famílias com história de abuso físico. In Habigzang LF, Koller SH (Eds), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp 43–54). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Del-Ben CM, Vilela JA, Crippa JA, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AW (2001) Confiabilidade da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV—Versão Clínica traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr.* 23:156–159.
- Diemen L, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F (2007) Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 29:153–156.
- Douglas MK, Porter JR (2012) The effect of childhood trauma on pharmacological treatment response in depressed inpatients. *Psychiatry Res.* 200: 1058–1061.
- Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, Jacob T, Bucholz KK (2008) The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: Evidence from an offspring of twins design. *Addiction.* 103:990–997.
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents. *Am J Psychiatry.* 160:1453–1460.
- Ferreira MHM, Azambuja MRF (2011) Introdução. In Azambuja MRF, Ferreira MHM (Eds), *Violência sexual contra crianças e adolescentes* (pp 17–21). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Fleck M, Berlim M, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF, Hetem LA (2009) Revision of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version). *Rev Bras Psiquiatr.* 31:7–17.
- Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF (2003) Guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (complete version). *Rev Bras Psiquiatr.* 25:114–122.
- Forman ME, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT (2004) History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry.* 161:437–443.
- Gibb BE, Butler AC, Beck JS (2003) Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety.* 17:226–228.
- Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M (2007) Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety.* 24:256–263.
- Giese AA, Thomas MR, Dubovsky SL, Hilty S (1998) The impact of a history of childhood abuse on hospital outcome of affective episodes. *Psychiatr Serv.* 49:77–81.

- Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC (2006) Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 40:249–255.
- Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR (2007) The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord*. 21:442–447.
- Hart SN, Brassard MR (1987) Psychological maltreatment, a major threat to children's mental health. *Am Psychol*. 42:160–165.
- Hatzengerger R, Habigzang LF, Koller SH (2012) *Análise das percepções que meninas vítimas de violência têm sobre si, os outros e o futuro. Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp 69–79). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Heim C, Nemeroff CB (2001) The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 49:1023–1039.
- Heins M, Simons C, Lataster T, Pfeiffer S, Versmissen D, Lardinois M, Marcelis M, Delespaul P, Krabbendam L, van Os J, Myin-Germeys I (2011) Childhood trauma and psychosis: A case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry*. 168:1286–1294.
- Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A (2003) Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. *Schizophr Res*. 60:87–90.
- Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJH, Zitman FG (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. control. *Acta Psychiatr Scand*. 122:66–74.
- Johnstone JM, Luty SE, Carter JD, Mulder RT, Frampton CMA, Joyce PR (2009) Childhood neglect and abuse as predictors of antidepressant response in adult depression. *Depress Anxiety*. 26:711–717.
- Juruena MF (2013) Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression. *Epilepsy Behav*. doi:10.1016/j.yebeh.2013.10.020. [Epub ahead of print].
- Kaplan MJ, Klinetob NA (2000) Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis*. 188:596–601.
- Kessler RC, Davis CG, Kendler KS (1997) Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 27: 1101–1119.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Well KB, Zaslavsky AM (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 16:2515–2523.
- Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ (2010) Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depress Anxiety*. 27:1077–1086.
- Koss MP, Bailey JA, Yan NP (2003) Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychol Women Q*. 27:130–142.
- Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J (2011) Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Personal Disord*. 25:448–462.
- Lipp MEN, Malagris LEN, Oliveira JBD, Prieto MAS (2009) Depressão: Vulnerabilidade e resiliência. In Lacerda ALTD, Quarantini LDC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA (Eds), *Depressão: Do neurônio ao funcionamento social* (pp 205–216). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Liu RT, Alloy LB, Abramson LY, Iacoviello BM, Whitehouse WG (2009) Emotional maltreatment and depression: Prospective prediction of depressive episodes. *Depress Anxiety*. 26:174–181.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF (2011) Analysis of the occurrence of early life stress in adult psychiatric patients: A systematic review. *Psychol Neurosci*. 4:219–227.
- Mayer LR, Koller SH (2012) Rede de apoio e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In Habigzang LF, Koller SH (Eds), *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática* (pp 21–32). Artmed.
- McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC (2010) Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication associations with persistence of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 67:113–123.
- Mello AF, Faria AA, Mello AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, Del Porto JA (2009) Childhood maltreatment and adult psychopathology: Pathways to hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction. *Rev Bras Psiquiatr*. 31: S41–S48.
- Mello AF, Juruena MF, Pariente CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, Del Porto JA (2007) Depression and stress: This there an endophenotype? *Rev Bras Psiquiatr*. 29:13–18.
- Minati M, Rucci P, Benvenuti A, Frank E, Battenfield J, Giorgi G, Cassano GB (2010) Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *J Psychiatr Res*. 44:302–309.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP (1996) The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl*. 20:7–21.
- Nanni V, Uher R, Danese A (2012) Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 169:141–151.
- National Child Abuse and Neglect Data System (2011) *Child maltreatment reports* (pp 1–251). Washington, DC: NCANDS.
- Neigh GN, Gillespie CF, Nemeroff CF (2009) The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse*. 10:389–410.
- Nemeroff CB (2008) Recent findings in the pathophysiology of depression. *FOCUS*. 6:3–14.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 9:e1001349.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*. 51:768–774.
- Pereira PK, Lovisi GM (2008) Prevalence of gestational depression and associated factors. *Rev Psiquiatr Clin*. 35:144–153.
- Pires ALD, Miyazaki MCOS (2005) Children and adolescents maltreatment: A literature review for health professionals. *Arq Cienc Saude*. 12:42–49.
- Razzouk D, Alvarez CE, Mari JDI (2009) O impacto econômico e o custo social da depressão. In Lacerda ALTD, Quarantini LDC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA (Eds), *Depressão: Do neurônio ao funcionamento social* (pp 27–37). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Roy A (2002) Childhood trauma and neuroticism as an adult: Possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behavior. *Psychol Med*. 32:1471–1474.
- Rubino IA, Nanni RC, Pozzi DM, Siracusano A (2009) Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. *J Nerv Ment Dis*. 197:65–68.
- Saffioti HIB (1997) *Violência doméstica ou a lógica do galinheiro*. In Kupstas M (Org), *Violência em debate* (pp 39–57). São Paulo, Brazil: Moderna.
- Saloma ACD, Moriyama TS, Coêlho BM, Sampaio AS, Marin JCM, Melo ACMLD, Rosário MCD (2009) Depressão na infância e na adolescência. In Lacerda ALTD, Quarantini LDC, Miranda-Scippa AMA, Del Porto JA (Eds), *Depressão: Do neurônio ao funcionamento social* (pp 49–65). Porto Alegre, Brazil: Artmed.
- Sar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kiziltan E, Dogan O (2004) Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 161:2271–2276.
- Schoedl AF, Campanini RFB (2011) O tratamento psicoterápico. In Fiks P, Mello MFD (Eds), *Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil* (pp 205–211). São Paulo, Brazil: Atheneu.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar CG (1998) The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 59:22–33.

- Spitzer RL, Williams JR, Gibbon M, First MB (1990) *Structured clinical interview for DSM-III-R—Patient edition (SCID-P, version 1.0)* (pp 1–124). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH (2009) Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif*. 47:385–395.
- Teicher MH (2002) Wounds that do not heal: The neurobiology of child abuse. *Sci Am*. (edition 1).
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF (2011) Early life stress, HPA axis, and depression. *Psychol Neurosci*. 4:229–234.
- Tunnard C, Rane LJ, Wooderson SC, Markopoulou K, Poon L, Fekadu A, Juruena MF, Cleare AJ (2014) The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *J Affect Disord*. 152:122–130.
- Uçok A, Bıkmaz S (2007) The effects of childhood trauma in patients with first episode schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 116:371–377.
- Valente NLM (2011) Genética e epigenética do trauma. In Fiks P, Mello MFD (Eds), *Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil* (pp 65–76). São Paulo, Brazil: Atheneu.
- Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS (2005) Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental problems among schoolchildren. *Rev Saude Publica*. 39:716–724.
- Williams LCA (2002) Abuso sexual infantil. In Guilhardi HJ, Madi MBB, Queiroz PP, Scoz MC (Eds), *Sobre comportamento e cognição: Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (vol. 10, pp 155–164). Santo André: ESETEC.
- Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, Driessen M, Meyer B (2011) Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl*. 35:647–654.
- Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL (2001) Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: A case-control study. *Lancet*. 358:881–887.
- Zavaschi MLS, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, Eizirik CL (2002) Association between childhood loss trauma and depression in adulthood. *Rev Bras Psiquiatr*. 24:189–195.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 67:361–367.