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

Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos

Ribeirão Preto

2012

CAMILA MARIA SEVERI MARTINS

Versão corrigida. A versão original se encontra 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).

Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos

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

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena

Ribeirão Preto

2012

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, Camila Maria Severi

Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos / Camila Maria Severi Martins; orientador: Mario Francisco Juruena- Ribeirão Preto, 2012.

115 f.: il. 30cm.

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

1. Maus Tratos Infantis. 2. Violência. 3. Estresse Precoce.
4. Transtornos Psiquiátricos.
5. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos.

Nome: Martins, Camila Maria Severi

Título: Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos.

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

Área de concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena

Aprovado em: 27/04/2012

Banca examinadora

Prof. Dr. Mario Francisco Juruena Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Prof. Dr. Clarissa Mendonça Corradi Webster Instituição: Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP

Prof. Dr. Jose Onildo Betioli Contel Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

DEDICATÓRIAS

Aos meus queridos pais, Cida e Sérgio e ao meu amado Ricardo, que trilham os caminhos da vida ao meu lado com amor incondicional e muita ternura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo Dom da Vida, bem maior do ser humano.

Aos meus queridos pais Cida e Sérgio pelo amor imensurável, por serem a fonte de inspiração dos valores mais preciosos, por abrirem mão dos seus sonhos em função dos meus e pela paciência para comigo perante os momentos de inquietação.

Ao meu eterno namorado Ricardo, por acreditar e apoiar todos os meus sonhos, pelo amor imensurável, pela dedicação, amizade e cumplicidade e por ser meu companheiro em comemorar e enfrentar todos os momentos da vida tornando-a divinamente bela.

À toda minha família pelo imenso amor, pela compreensão nos inúmeros momentos de ausência em decorrência dos estudos, pela torcida que fazem em cada batalha que tenho que enfrentar.

Agradeço ao professor Dr. Mario Francisco Juruena pelos inestimáveis conhecimentos transmitidos não só científicos, mas ensinamentos de vida, pela amizade, pelo acolhimento nos momentos de angústia e compartilhamento de cada conquista. Obrigada por ser um mestre e sábio.

Ao professor Dr. José Onildo Betioli Contel que juntamente com a enfermeira Simone Junqueira abriram as portas do Hospital Dia e me auxiliaram no processo inicial da Pós Graduação de forma acolhedora e amistosa.

Às minhas amigas Sandra e Cristiane, por terem trilhado o caminho da Pós-Graduação comigo com muita cumplicidade, companheirismo, honestidade e repartilhamento das vivências pessoais de crescimento e alegrias. Sem elas não seria a mesma aventura.

Aos demais amigos da Pós-Graduação da Saúde Mental, em especial Mariana Tursi, Larissa Horta Esper e Martina Estevam Brom Vieira, pela amizade, alegrias vividas e inúmeras sugestões durante todo o percurso de pesquisa que colaboraram no desfecho final.

A todos os meus amigos, antigos e recentes, por compartilharem a vida comigo e fazerem ela mais alegre e admirável.

A UFSCar, aos docentes da graduação de Terapia Ocupacional, profissionais e mulheres do Centro de Referência da Mulher de São Carlos que auxiliaram na construção do conhecimento a cerca da mente humana, pelos conhecimentos científicos e também pelas amizades inesquecíveis.

À toda equipe do Hospital Dia pela cooperação, amizade e colaboração durante todo o processo de Pós Graduação.

Ao estatístico Cássio dos Reis, do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, pela acessoria no processo de análise dos dados coletados.

À todos os pacientes e seus familiares que tiveram a sensibilidade de contribuir para a pesquisa, transmitindo seus conhecimentos de vida, pois sem eles não seria possível a realização desta dissertação.

Ao CNPq- Conselho Nacional de Pesquisa pela concessão de bolsa de Mestrado.

Agradeço a todos aqueles que fizeram parte deste sonho, direta ou indiretamente, e que por ventura eu não tenha recordado de citar o nome, mas com certeza estão guardados no meu coração.

"A compaixão e o amor não são artigos de luxo. São fundamentais para a sobrevivência da nossa espécie. São a não violência em ação".

(Dalai Lama)

RESUMO

Martins, CMS. Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012. 115 f.

Introdução: Evidências recentes indicam que situações de abandono, negligência e abusos são fatores de risco para desencadeamento de psicopatologias na vida adulta. Esta associação ocorre na medida em que eventos traumáticos, nas fases iniciais do desenvolvimento podem desencadear transtornos psiquiátricos graves e incapacitantes no adulto. **Objetivo:** O presente estudo objetivou avaliar a associação entre a ocorrência e a gravidade do Estresse Precoce (EP) e o desencadeamento de transtornos psiquiátricos em pacientes adultos do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). **Metodologia:** A amostra foi composta por 81 pacientes psiquiátricos avaliados através de Entrevista Clínica, de acordo com os critérios do DSM-IV, para confirmação diagnóstica, divididos em 2 grupos: 58 pacientes com presença de EP e 23 com ausência de EP. A presença de EP foi confirmada através da aplicação do Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI). Os pacientes também foram avaliados quanto à gravidade da sintomatologia psiquiátrica através do Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11). **Resultados:** Na amostra avaliada, 71.6% dos pacientes sofreram algum tipo grave de EP comparados a 28.4% dos pacientes que não sofreram. Considerando-se os subtipos de Estresse Precoce avaliados, os pacientes com história de trauma apresentaram escores maiores em todos os subtipos de Estresse Precoce em comparação aos pacientes sem história de abuso. A pontuação total do QUESI também foi significativamente diferente 66.05 vs. 34.78 ($p<0.001$) entre os grupos. A maioria dos pacientes avaliados (n=35; 60.4%) sofreu de 3 a 5 subtipos de Estresse Precoce. Os resultados indicam que o EP está associado principalmente com o desenvolvimento de transtornos de humor e também com o aumento da gravidade dos sintomas psiquiátricos, principalmente dos sintomas depressivos, sintomas de desesperança, de ideação suicida e de impulsividade. Com relação ao diagnóstico de eixo II, o EP está associado com o desenvolvimento de transtorno de personalidade ($p=0.03$). Pacientes com história de abuso emocional (OR: 5.2; 95% IC, 1.9-13.5), negligência emocional (OR: 4.02; 95% IC, 1.6-10.2) e negligência física (OR: 4.0; 95% IC, 1.6-10.1) apresentam um risco de 4 a 5 vezes maior de desenvolver transtorno de personalidade. Além disso, indivíduos que sofreram abuso físico (OR: 2.46; 95% IC; 0.89-6.78), abuso sexual (OR: 2.87; 95% IC; 0.86-9.57) e negligência física (OR: 2.50; 95% IC; 0.95-6.55) possuem de 2 a 3 vezes mais chances de cometer tentativas de suicídio. Nossos dados também demonstram que entre os subtipos de EP, o abuso emocional foi associado ao desencadeamento de psicopatologias na vida adulta, principalmente com os transtornos depressivos. Além disso, pacientes com presença de abuso emocional, tiveram maior gravidade em todos os sintomas psiquiátricos, tais como: sintomas de depressão, desesperança, ideação suicida, ansiedade e impulsividade. Também foram encontradas correlações positivas entre impulsividade, ideação suicida e desesperança com os escores totais do QUESI. **Conclusões:** Os dados apontam para a importância do Estresse Precoce como fator desencadeante de transtornos psiquiátricos, bem como indicam que a gravidade do Estresse Precoce está associada com a gravidade dos sintomas psiquiátricos. Dessa forma, há necessidade de mais estudos que avaliem a importância dos subtipos de Estresse Precoce como fator de risco para desencadeamento de psicopatologias graves no adulto.

Palavras-chave: Maus Tratos Infantis, Violência, Estresse Precoce, Transtornos Psiquiátricos, Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos.

ABSTRACT

Martins, CMS. Analysis of the Occurrence of Early Life Stress on Adult Psychiatric Patients Thesis (Masters). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012. 115 f.

Introduction: Recent evidences suggest that situations of abandonment, neglect and abuse are risk factors for onset of psychopathology on adulthood. This association occurs in that traumatic events in the early stages of development and may trigger severe and disabling psychiatric disorders in adults. **Objective:** The present study aimed to evaluate the association between the occurrence and severity of early life stress (ELS) and the development of psychiatric disorders in adult patients of the Day Hospital Unit of the Hospital das Clinicas, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto University of São Paulo (HCFMRP- USP). **Methodology:** The sample was consisted of 81 psychiatric patients evaluated by Clinical Interview according to the DSM-IV criteria for the diagnosis, divided into two groups: 58 patients with presence of ELS and 23 with absence of ELS. The presence of ELS was confirmed by the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Patients also were evaluated for severity of psychiatric symptoms by the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Hopelessness Scale (BHS), the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). **Results:** In the sample studied, 71.6% of patients with some type of severe ELS compared to 28.4% of patients without ELS. Considering the subtypes of ELS evaluated, patients with a history of trauma showed higher scores in all subtypes of ELS compared to patients without a history of abuse. The total score of QUESI was also significantly different 66.05 vs. 34.78 ($p<0.001$) between groups. Most patients ($n = 35$, 60.4%) suffered 3-5 subtypes of ELS. The results indicate that ELS is associated mainly with the development of mood disorders and also with increasing severity of psychiatric symptoms, especially the depressive symptoms, hopelessness, suicidal ideation and impulsivity. Regarding the diagnosis of axis II, ELS is associated with personality disorder ($p=0.03$). Patients with emotional abuse (OR: 5.2, 95% CI, 1.9-13.5), emotional neglect (OR: 2.4, 95% CI, 1.6-10.2) and physical neglect (OR: 4.0, 95% CI, 1.6-10.1) at 4-5 fold higher risk of personality disorder. In addition, individuals who suffered physical abuse (OR: 2.46, 95% CI, 0.89-6.78), sexual abuse (OR: 2.87, 95% CI, 0.86-9.57) and physical neglect (OR: 2.50; 95% CI, 0.95-6.55) at 2-3 fold higher to commit suicide attempts. Our data also showed that among the subtypes of ELS, emotional abuse was associated with the onset of psychopathology in adulthood, especially in depressive disorders. Furthermore, patients with presence of emotional abuse, had more severe psychiatric symptoms at all, such as depressive symptoms, hopelessness, suicidal ideation, anxiety and impulsivity. We also found positive correlations between impulsivity, suicide ideation and hopelessness with the total scores of the QUESI. **Conclusions:** These data demonstrate the importance of ELS as a trigger for psychiatric disorders, and indicate that the severity of ELS is associated with the severity of psychiatric symptoms. Therefore, further studies are needed to assess the importance of subtypes of ELS as a risk factor for onset of severe psychopathology in adults.

Keywords: Child Abuse, Violence, Early Life Stress, Psychiatric Disorders, Severity of Psychiatric Symptoms.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	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
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DAYLS	Dias de Vida Perdido
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª. Edição revisada
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª. Edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EP	Estresse Precoce
epm	Erro padrão da média
ESC	Ensino Superior Completo
ESI	Ensino Superior Incompleto
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAD-A	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão subescala Ansiedade
HAD-D	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão subescala Depressão
HC	Hospital das Clínicas
HD	Hospital Dia
Hist	História
IC	Intervalo de Confiança
MINI	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

OR	Odds Ratio
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TP	Transtorno de Personalidade
USP	Universidade de São Paulo

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-student
U	Teste Mann-Whitney
X^2	Chi-square

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade 37

Tabela 2- Pontuação e classificação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) 38

Tabela 3- Pontuação e classificação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) 39

Tabela 4- Pontuação e classificação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) 40

Tabela 5- Pontuação e classificação da Escala de Desesperança de Beck (BHS) 41

Tabela 6- Categoria da intensidade de correlação para os valores de *r* 45

Tabela 7- Características Sócio-demográficas e clínicas da amostra 47

Tabela 8- Classificação dos Subtipos de Estresse Precoce 50

Tabela 9- Características Sócio-demográficas e clínicas dos grupos 51

Tabela 10- Influência dos Subtipos de Estresse Precoce na Tentativa de Suicídio 54

Tabela 11- Distribuição da pontuação do QUESI entre os grupos 54

Tabela 12- Quantidade de subtipos de Estresse Precoce 56

Tabela 13- Distribuição dos Transtornos Psiquiátricos de Eixo I na amostra 56

Tabela 14- Distribuição dos Transtornos Psiquiátricos de Eixo I entre os grupos 57

Tabela 15- Associação entre Abuso Emocional e Transtornos Psiquiátricos de Eixo I 58

Tabela 16- Transtornos Psiquiátricos de Eixo II nos grupos 60

Tabela 17- Influência dos Subtipos de Estresse Precoce no Transtorno de Personalidade 61

Tabela 18- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os grupos (presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce) 62

Tabela 19- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Emocional 65

Tabela 20- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Físico 66

Tabela 21- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Sexual 66

Tabela 22- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Negligência Emocional 67

Tabela 23- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Negligência Física 68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo do limiar de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse 25

Figura 2- Interação dos eventos de vida com o desencadeamento de psicopatologias 29

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1- Esquema representativo do desenho do estudo 34

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Dados do escore total do QUESI 55

Gráfico 2- Dados da distribuição segundo os subtipos do QUESI..... 55

Gráfico 3- Correlação positiva entre a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total 63

Gráfico 4- Correlação positiva entre a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total 63

Gráfico 5- Correlação positiva entre a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total 64

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 19

2. OBJETIVOS 31

2.1. Geral 32

2.2. Específicos 32

3. METODOLOGIA 333

3.1. Contexto do Estudo 34

3.2. Desenho do Estudo 34

3.3. Sujeitos da Pesquisa 344

3.3.1. Critérios de Inclusão 35

3.3.2. Critérios de Exclusão 35

3.4. Instrumentos 35

3.4.1. Avaliação Diagnóstico Psiquiátrico 36

3.4.2. Avaliação do Estresse Precoce 36

3.4.3. Avaliação dos Sintomas de Depressão 37

3.4.4. Avaliação dos Sintomas de Ansiedade 38

3.4.5. Avaliação dos Sintomas de Ansiedade e Depressão 39

3.4.6. Avaliação do Risco de Suicídio 40

3.4.7. Avaliação dos Sintomas de Desesperança 41

3.4.8. Avaliação dos Sintomas de Impulsividade 41

3.5. Protocolo de Coleta de Dados 42

3.6. Aspectos Éticos 43

3.7. Análise Estatística 44

4. RESULTADOS 46

4.1. Caracterização da amostra geral 47

4.2. Caracterização da amostra de acordo com o Estresse Precoce 49

4.2.1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra de acordo com o Estresse Precoce 50

4.3. Avaliação do Estresse Precoce na amostra 54

4.3.1 Avaliação do Estresse Precoce entre os grupos de acordo com o QUESI 54

4.3.2. Avaliação da Gravidade do Estresse Precoce na amostra 56

4.4. Características Diagnósticas 56
4.4.1. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra 56
4.4.2. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra de acordo com os grupos presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce 57
4.4.3. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra de acordo com os subtipos de Estresse Precoce 58
4.4.4. Características Diagnósticas de Eixo II 60
4.5. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra 62
4.5.1. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra de acordo com os grupos presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce 62
4.5.2. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra de acordo com os subtipos de Estresse Precoce 65

5. DISCUSSÃO 69

6. CONCLUSÕES 77

7. REFERÊNCIAS 80

ANEXOS 94
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 95
Anexo B - Ficha Sócio-demográfica 98
Anexo C - Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS) 100
Anexo D - Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) 101
Anexo E - Inventário de Depressão de Beck (BDI) 102
Anexo F - Inventário de Ansiedade Beck (BAI) 104
Anexo G - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) 105
Anexo H - Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) 106
Anexo I - Escala de Desesperança de Beck (BHS) 109
Anexo J - Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) 110
Anexo K - Folha de Aprovação do Comitê de Ética 111
Anexo L - Atividades desenvolvidas durante o período de março de 2010 a fevereiro de 2012 112

1. INTRODUÇÃO

A origem etimológica da palavra estresse deriva do latim *stringere*, que significa "apertar, cerrar, comprimir" (Houaiss et al., 2001). O termo estresse percorreu diferentes campos científicos, com a existência de diversas teorias para realizar sua conceituação, bem como para explicar seu mecanismo de ação. Teve sua origem nos estudos do físico Robert Hooke no final do século XVIII e adentrou o campo da saúde com o trabalho do fisiologista Hans Seyle (1907-1982), considerado o pai da teoria biológica do estresse.

Para tanto, Seyle transportou o termo estresse da física que caracteriza "determinada tensão e/ou desgaste a que os materiais estão expostos" para explicar as reações do organismo mediante um acontecimento externo que exige transformação do indivíduo (Seyle, 1950).

As pesquisas de Seyle foram influenciadas pela teoria de Walter Cannon, o qual definiu a teoria da "Luta ou Fuga" caracterizada pela resposta do organismo de indivíduos expostos a situações de emergência, onde este se prepara para "lutar ou fugir", fato este observado em estudos conduzidos e comprovados em animais e em humanos. Além disso, utilizou o termo Homeostase para explicitar os mecanismos internos responsáveis pela manutenção do estado de equilíbrio, sendo assim a reação ao estresse passa a ser compreendida como um fenômeno relacionado à interação corpo-mente (Chrousos, 2009).

Mediante tais afirmações, Seyle definiu o estresse como sendo "*um conjunto de reações que ocorrem em um organismo quando este está submetido ao esforço de adaptação*". Além disso, ele diferenciou duas formas de ocorrência: *eustresse* (uma reação saudável do organismo ao estresse) e *distresse* (reação prejudicial devido à incapacidade em superar a reação estressante levando-o ao desgaste e diminuição do bem-estar do indivíduo) (Seyle, 1950).

Em 1956, Seyle desenvolveu um modelo trifásico designado como Síndrome da Adaptação Geral (*General Adaptation Syndrome*-GAS) que corresponde à soma de reações sistemáticas do corpo em resposta a exposição contínua do estresse e possui três estágios: reação de alarme, resistência e exaustão (Franci, 2005).

Na primeira fase, denominada de *Alarme* o organismo reconhece e se prepara para reagir o estressor e importantes modificações fisiológicas ocorrem, tais como: aumento dos níveis circulatório de glicose, pois que o organismo compreende que o corpo precisará de mais energia disponível para reagir ao estressor, além de modificações nos processos regulatórios afetando a pressão sanguínea, balanço eletrolítico, fluxo sanguíneo e permeabilidade das membranas. Caso o estresse permaneça por um período prolongado, inicia-se a segunda fase denominada de *Resistência*. Nesta fase, o organismo tenta se adaptar aos efeitos desagradáveis do estressor e restabelecer o equilíbrio interno. Para isso, inúmeras

reações fisiológicas continuam a acontecer, de forma que há um desgaste do organismo, tornando o vulnerável a desencadear sintomas ou manifestar danos psicossoais, como o medo, insônia, alterações no apetite e isolamento social. Caso o estímulo estressor continue ou altere sua intensidade, o mecanismo de defesa do indivíduo pode falhar fazendo com que o organismo inicie o terceiro estágio do estresse.

A terceira e última fase denominada de *Exaustão* é caracterizada pela ocorrência de intensas reações fisiológicas, os sintomas somáticos e psicossomáticos tornam-se exuberantes, podendo levar até a morte de alguns organismos, de forma que há um desgaste do organismo, em que os mecanismos de defesa e reservas de energia estão deficitários. Entende-se que as reações que ocorrem nessa fase se assemelham a fase de *Alarme*, no entanto o organismo não é capaz de equilibrar-se por si só (Seyle, 1950).

Outro pesquisador importante para a compreensão dos mecanismos do estresse merece destaque, Richard Lazarus, o qual definiu o estresse como: "Qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo que exceda as fontes de adaptação do indivíduo ao sistema social" (Lazarus, 1978).

Lazarus prosseguiu com suas pesquisas sobre a temática do estresse e no ano de 1993 trouxe importantes contribuições para a compreensão do estresse, com alguns pressupostos básicos:

- um agente causal interno ou externo que pode ser denominado de estressor;
- uma avaliação que diferencia tipos de estresse (dano, ameaça e desafio);
- os processos de *coping*[1] utilizados para lidar com os estressores;
- um padrão complexo de efeitos na mente ou no corpo, freqüentemente referido como reação de estresse.

Em decorrência das alterações fisiológicas, biológicas, físicas e emocionais que o estresse pode causar, as pesquisas neste campo foram expandindo (Lazarus,1993). Além disso, estudos recentes têm examinado o efeito do estresse em fases iniciais do desenvolvimento do indivíduo e têm demonstrado que quando o estresse ocorre precocemente passa a ser um importante elemento na produção e exacerbação de uma variedade de modificações fisiológicas e psicológicas (Valente, 2011), acarretando em "cicatrizes biológicas" que dificilmente irão cicatrizar (Teicher, 2002).

[1] Os processos de coping são concebidos como as estratégias e esforços cognitivos e comportamentais que os indivíduos utilizam para lidar com as demandas específicas decorrentes de situações de estresse e avaliadas como excedendo seus recursos pessoais (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus,1988; Lazarus, 1993).

Situações de maus tratos infantis são consideradas eventos traumáticos precoces e essas histórias são documentadas desde a Antiguidade. Há relatos sobre a vida dos Césares na Roma Antiga que obrigavam crianças a satisfazer seus desejos sexuais. No entanto, a temática só passou a ser reconhecida como um problema importante quando o médico legista francês Ambroise Tardieu publicou seu trabalho científico em 1860 denominado de *Síndrome da Criança Espancada*, no qual analisava os resultados de autópsias de crianças com menos de cinco anos que vieram a óbito por morte violenta, sugerindo que teriam sido vítimas dos pais (Aded et al., 2006).

Estudos subseqüentes explorados por Sigmund Freud propuseram um conceito de trauma infantil a partir do qual a "etiologia da histeria estava relacionada sexualidade infantil". Freud ampliou para o plano psíquico o conceito de trauma, conferindo-lhe um significado de choque violento que acarreta perturbações duradouras sobre a organização psíquica do indivíduo (Zavaschi et al., 2002).

Em 1946, o pesquisador John Caffey publicou o primeiro artigo médico sobre a criança maltratada, descrevendo a associação de hematomas subdurais com fraturas múltiplas de ossos, fruto de agressões intencionais (Costa, 2008).

O impacto público ocasionado pela descoberta de inúmeros casos de maus tratos infantis anteriormente não revelados auxiliou para a criação de Núcleos de Apoio à Família e à Criança, a partir de 1980, na Europa, de forma que a questão dos maus tratos infantis passaram a tomar maior visibilidade através de uma abordagem multidisciplinar (Almeida et al., 1999).

No que se refere à história da infância no Brasil, pesquisadores revelam que desde o período colonial as crianças também não eram consideradas sujeitos de direitos e por isso eram vítimas das mais variadas formas de violência. Nas primeiras embarcações de Portugal havia inúmeras crianças órfãs, que recebiam a incumbência de prestar serviços aos homens durante a viagem e eram submetidas aos abusos sexuais e físicos praticados pelos marujos, além disso, estas eram a primeira carga a serem lançadas ao mar em caso de tempestade. (Pederson & Grossi, 2011).

Somente a partir do século XX, que a criança, historicamente vista como um objeto a serviço dos interesses dos adultos, passa a ser compreendida como um ser humano em desenvolvimento (Ferreira & Azambuja, 2011). Um desdobramento dessa mudança paradigmática foi à criação de vários mecanismos para a proteção de crianças e adolescentes, como a Comissão de Direitos Humanos e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) (Mayer & Koller, 2012). Todavia o aspecto jurídico da questão social tem sido crescente, uma vez que a obrigatoriedade de notificação pelos profissionais da área da

educação e da saúde tem contribuído para a visibilidade dos casos de maus tratos, abusos e negligências que ocorrem diariamente na realidade nacional. Especificamente para o abuso emocional a legislação regida pelo ECA não é muito clara, havendo necessidade no avanço de leis que possam punir com mais severidade tais casos (De Antoni, 2012).

No Brasil, durante o ano de 1980 a 2000 morreram 2 milhões de pessoas em decorrência de situações de violência, especificamente no período entre 1999-2007, onde 159.754 crianças foram vítimas de violência doméstica, sendo 26.590 de abuso emocional, 49.482 de abuso físico, 17.482 de abuso sexual e 65.669 casos de negligências. Além disso, situações de abuso físico constituem a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda causa entre 1 a 4 anos (Pires & Miyazaki, 2005) e ainda assim os casos notificados em todo o país em delegacias, conselhos tutelares, hospitais e institutos médico-legais demonstram uma pequena parcela da realidade, havendo apenas registros esparsos de serviços isolados que não revelam a verdadeira dimensão do problema (Jr. Santos & Filks, 2011; Ferreira & Azambuja, 2011; Carvalho et al., 2010).

Com relação às estatísticas mundiais, em 1997 a Organização Mundial da Saúde revelou que uma a cada 5000 crianças morre por ano, no mundo, em decorrência de abuso físico. Em outro levantamento, realizado no ano de 1999 demonstrou que 20% das mulheres e 5% a 10% dos homens foram vítimas de abuso sexual na infância. Internacionalmente as taxas de prevalência de diferentes formas de abuso sexual entre crianças e adolescentes são de 73 milhões (7%) entre os meninos e 150 milhões entre as meninas (14%) (Hatzenberger et al., 2012).

Devido ao fato dos maus tratos infantis constituir-se de um fenômeno multifacetado, utilizamos o conceito proposto por Bernstein et al. (2003) que nomeia as diferentes experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência como **Estresse Precoce**, tais como:

Abuso Emocional: agressões verbais que afetam o bem estar ou a moral da criança, ou qualquer conduta que humilha, envergonha ou ameaça a mesma, além disso, ocorre quando um adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental.

Abuso Físico: são agressões físicas cometida por alguém mais velho, com risco de resultar em lesões, que também pode ser usada erroneamente na educação de um filho por parte de seus pais ou responsáveis, acarretando lesões corporais e que podem chegar ao homicídio.

Abuso Sexual: configura-se qualquer tipo de contato ou comportamento sexual entre a criança e alguém mais velho, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou adolescente

e utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa. Como ocorre em casos de estupro, atentado violento ao pudor, sedução e corrupção de menores.

Negligência: representa uma omissão na provisão das necessidades físicas e emocionais de uma criança ou de um adolescente. Ela é subdividida em ***Negligência Emocional***: caracterizada pela falha do cuidador ao fornecer as necessidades básicas emocionais e psicológicas como o amor, a motivação e o suporte, além disso, quando os responsáveis não oferecem atenção à criança para suas necessidades emocionais como afeto e suporte cognitivo e psicológico. ***Negligência Física:*** configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de fornecer alimentação, vestuário adequado, entre outras atitudes como não fornecer 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 psiquiátricos dos pais e abandonos (Bandelow et al., 2005).

Salienta Cardoso et al. (2006) que as crianças e os adolescentes, pelas características próprias de seu estágio de desenvolvimento, são as principais vítimas de uma relação de poder imposta pela violência. Dessa forma, o agressor se utiliza da violência para impedir, forçar, humilhar ou constranger a criança ou adolescente levando-a a sofrer, praticar ou permitir que pratique atos que fogem à sua compreensão ou que provoquem danos físicos e/ou psicológicos. Importante ressaltar que histórias de Estresse Precoce ocorrem tanto no âmbito doméstico, como em instituições de internamento, na comunidade e no ambiente social em geral (Abramovitch et al., 2008).

Referente aos danos do Estresse Precoce Martins et al., (2011) descreve que durante a primeira infância e adolescência importantes estruturas cerebrais estão sendo constituídas, de forma que as conseqüências de eventos traumáticos são duradouras e negativas e podem permanecer ao longo da vida da criança vitimizada. Os efeitos do Estresse Precoce influenciam negativamente o desenvolvimento infantil, afetando todas as esferas: comportamental, emocional, social, cognitiva e física.

Deve-se levar em consideração a existência de fatores associados ao Estresse Precoce que podem desencadear alterações fisiológicas, emocionais e comportamentais, bem como proteger o indivíduo. Como facilitadores do Estresse Precoce temos os *fatores de risco* que são caracterizados como indicadores potenciais que aumentam a probabilidade da ocorrência de efeitos negativos no desenvolvimento do indivíduo, tais como pobreza excessiva, problemas de saúde, abuso de álcool e drogas, baixo nível de escolaridade e famílias desprovidas de uma rede estruturada de apoio social (Whipple & Webster-Stratton, 1991;

Cecconello et al. 2003; Pires & Miyazaki, 2005). Outros estudos ainda apontam que os agressores geralmente passaram por situações difíceis, inclusive por situações de abusos, demonstrando o caráter intergeracional da violência (Braga, 2011). Em contrapartida, os *fatores de proteção* consistem em atributos disposicionais do indivíduo, ou seja, aspectos do meio ambiente ou da interação entre esses, que modificam, melhoraram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Inclui-se nesses fatores, a denominada *resiliência*, definida pela capacidade de superação ou adaptação diante de uma dificuldade considerada como um risco, além da possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de processo de subjetivação (Junqueira & Deslandes, 2003). Outros fatores de proteção também são considerados relevantes em situações de Estresse Precoce: empatia, autonomia, orientação social positiva, autoestima, facilidade de interação com os pares e com o ambiente, constituição genética favorável, funcionamento harmonioso entre os pais e/ou cuidadores, existência de um vínculo afetivo entre eles, coesão, além disso, presença contínua e segura de afeto, supervisão, com distribuição equitativa de atenção e privilégios entre os filhos e ainda suporte cultural e religioso, acesso a educação e saúde (Rosário, 2001).

No entanto, observa-se que o impacto do Estresse Precoce no organismo do indivíduo abusado acontece de forma intensa, levando-o a uma *vulnerabilidade*[2] maior ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos. A figura a seguir demonstra modelo de vulnerabilidade proposto por Juruena, 2007.

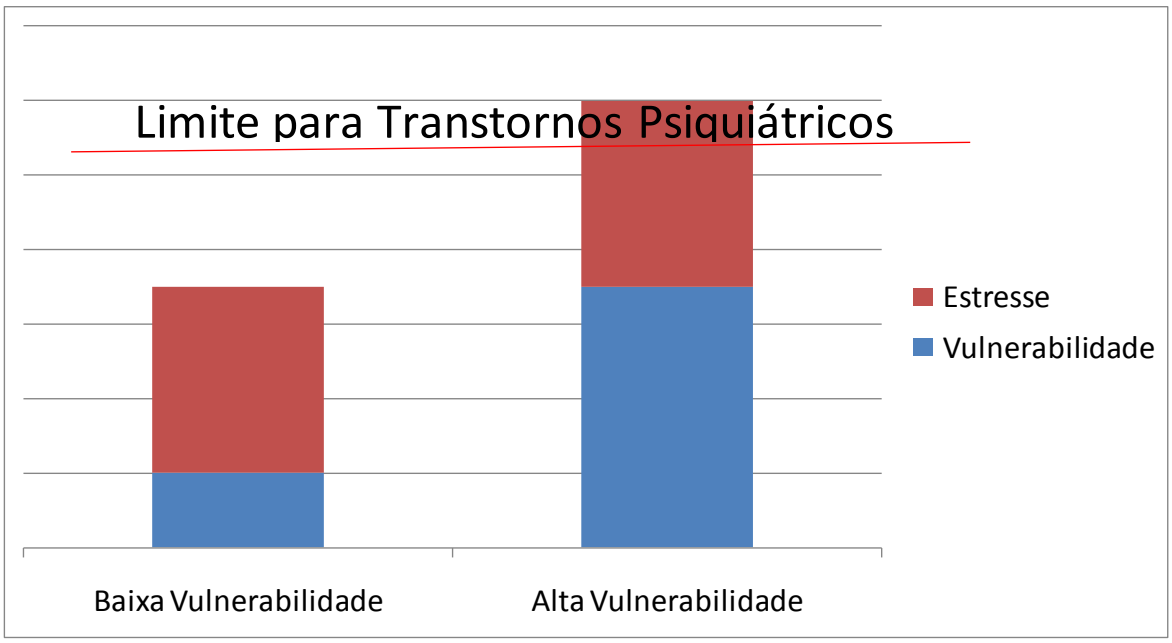


Figura 1- Modelo do limiar de vulnerabilidade para o desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse. Adaptada de Juruena, 2007.

[2] O conceito de *vulnerabilidade* se refere à probabilidade de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo (Juruena, 2007).

Transtornos psiquiátricos são entendidos como condições clinicamente significativas caracterizados por alterações no humor, no pensamento, emoções e comportamento associados com angústia pessoal e/ou funcionamento deficiente, com marcante prejuízo psicossocial. São doenças que afetam em torno de 30-40% da população ao longo da vida, causando grande impacto no indivíduo, na família e na sociedade. Eles ocorrem pela associação de diversos fatores, como: genéticos, ambientais e sociais, sendo a exposição ao Estresse Precoce um dos mais relevantes. (WHO, 2001). Uma em cada quatro famílias é provável que tenha pelo menos um membro com um transtorno psiquiátrico. Estas famílias não só irão dar apoio físico e emocional, mas também irão suportar o impacto negativo do estigma e da discriminação. Estimou-se que em 1990, as psicopatologias representavam 10% do total de Dias de Vida Perdido (DAYLS) devido a todos as doenças e lesões. Esta foi de 12% em 2000. Até 2020, prevê-se que o ônus desses transtornos terá aumentado para 15% (WHO, 2001).

Associações significativas entre Estresse Precoce e transtornos psiquiátricos na vida adulta tem sido documentada em numerosos estudos epidemiológicos (Collishaw et al., 2007; Edwards et al., 2003; Kessler et al., 1997; Mullen et al., 1996). Pesquisadores apontam que mais de 30% dos transtornos psiquiátricos no adulto estão diretamente associados à 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).

Importante ressaltar que as consequências imediatas do trauma vivido na infância e adolescência, podem levar a um risco de problemas comportamentais, incluindo comportamentos internalizantes se refletem através de sintomas de ansiedade, depressão, queixas somáticas e inibição e comportamentos externalizantes referem-se a alterações comportamentais tais como aumento da agressividade e delinqüência. Problemas relacionados a comportamentos sexuais se incluem também neste domínio (agressão, *acting out*) (Abramovitch et al., 2008; Mello et al., 2009).

Além disso, as conseqüências psicológicas podem afetar de forma aguda a saúde mental de uma criança até a entrada da idade adulta (Aded et al., 2006; Brewerton, 2007). Ressalta Mello et al. (2009) que crianças que passaram por situações de Estresse Precoce possuem um risco moderadamente aumentado de depressão na adolescência e na idade adulta. Cerca de um quarto a um terço das crianças maltratadas preencherão os critérios de depressão quando chegarem ao final da década dos 20 anos de idade, representando então um problema substancial de saúde pública. Além disso, crianças e adolescentes vítimas de Estresse Precoce apresentam altos níveis de depressão, ideação e tentativas suicidas, abuso de substâncias e

mais especificamente, sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), como entorpecimento, ansiedade crônica, desamparo, baixa auto-estima, distúrbios de sono e/ou alimentação, entre outros na entrada da idade adulta (Koss et al., 2003; Saffioti, 1997; Williams, 2002).

Nesta mesma direção, a ocorrência e a gravidade do Estresse Precoce aumenta a chance de três vezes mais em desenvolver depressão no adulto, conforme estudo apresentado de Wise et al. (2001). Dados semelhantes foram vistos em uma pesquisa que incluiu 2000 mulheres, o qual revelou que indivíduos com histórias de abuso físico e sexual na infância e adolescência apresentaram escores elevados de depressão e ansiedade e tinham tentado o suicídio mais freqüentemente do que mulheres sem história de Estresse Precoce (McCauley et al., 1997). As pesquisas de Gibb et al. (2003) também tem demonstrado a associação entre o Estresse Precoce, especificamente o abuso emocional e o aumento dos quadros de depressão na idade adulta. Vários outros estudos sugerem essa mesma associação (Mullen et al, 1996) e identificam ainda o aumento de ideação suicida na idade adulta (Briere & Runtz, 1988).

Com relação ao transtorno afetivo bipolar, diversos estudos igualmente têm demonstrado fortes evidências com eventos traumáticos na infância e adolescência. A exemplo dos estudos de Leverich & Post (2006) e Leverich et al. (2002), onde mais da metade de pacientes diagnósticados com transtorno afetivo bipolar relataram ocorrência de Estresse Precoce grave, bem como em 35% dos pacientes foi identificado o TEPT como comorbidade.

Extensivos estudos têm sido desenvolvido para comprovar a associação entre subtipos de Estresse Precoce e os transtornos de ansiedade, a exemplo do estudo de Afifi et al., (2009) o qual demonstrou que indivíduos expostos à abuso físico, abuso sexual e a negligência estão predispostos a desenvolver TEPT, além de transtorno de conduta e cometer o suicídio. Além disso, Caspi et al. (2008) demonstrou que o abuso sexual e abuso físico está associado com o transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno do pânico e Wonderlich et al. (2007) também comprovou associação entre abuso sexual na infância com transtorno de ansiedade na fase adulta.

Com relação ao espectro dos transtornos alimentares, alguns estudos também tem apontado associação significativa entre os subtipos de Estresse Precoce e tal psicopatologia. De acordo com os achados da literatura, o abuso emocional parece estar associado com os transtornos alimentares de forma geral (Wonderlich et al. 2007), enquanto que o abuso sexual predispoê o desencadeamento de bulimia nervosa no adulto (Welch & Fairburn,1996; Waller, 1993; Pribor & Dinwiddie, 1992).

Pesquisas também evidenciam a associação entre abuso emocional e abuso físico com esquizofrenia na idade adulta (Holowka et al., 2003; Rubino et al., 2009), enquanto que a presença de abuso sexual aumenta o risco de psicoses (Bebbington et al., 2004, Conus et al., 2009).

No que diz respeito a associação entre o Estresse Precoce com os transtornos por abuso de substância, a literatura igualmente tem demonstrado dados favoráveis (Khoury et al. 2010), assim como no estudo de Duncan et al. (2008) que apontou associação positiva entre abuso físico e sexual com os transtornos por abuso de substância e o estudo de Bulik et al. (2001) que evidenciou o abuso sexual na infância ser um preditor de desencadeamento de transtornos de abuso de substância no adulto.

Com relação aos transtornos dissociativo, na revisão conduzida por Martins et al., (2011) foi encontrado um estudo comprovando associação positiva entre abuso emocional, abuso físico e negligência e os transtornos dissociativos (Sar et al., 2004), podendo salientar a necessidade de mais estudos sobre a associação dessa psicopatologia com o Estresse Precoce.

Um destaque na literatura atual e de grande importância são os achados da associação entre os subtipos de Estresse Precoce com diagnósticos de transtornos de personalidade. Estudos de Giese et al. (1998), Bandelow et al. (2005), Grover et al., (2007) e demais pesquisadores têm evidenciado associações entre vítimas de abusos e o desencadeamento de transtornos de personalidade na vida adulta, bem como de que o Estresse Precoce é um preditor do transtorno de personalidade.

Outra conseqüência de bastante relevância está relacionada ao aumento de tentativas de suicídio em indivíduos com transtornos psiquiátricos que sofreram Estresse Precoce. No estudo conduzido por Sfoggia et al., (2008) foi evidenciado que adultos com histórico de abuso e negligência severas 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.

As conseqüências da criança que foi abusada serão duradouras e negativas ao longo da vida. As cicatrizes biológicas e psicológicas ocasionadas pelo Estresse Precoce no adulto estão associadas a um espectro diverso de transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno por abusivo de substância. O trauma precoce não só aumenta o risco de psicopatologias, mas também pode precipitar o surgimento da doença, aumenta a comorbidade e alterar a eficácia dos tratamentos para estas condições (Valente, 2011; Juruena, 2007), conforme demonstrado na figura 2.

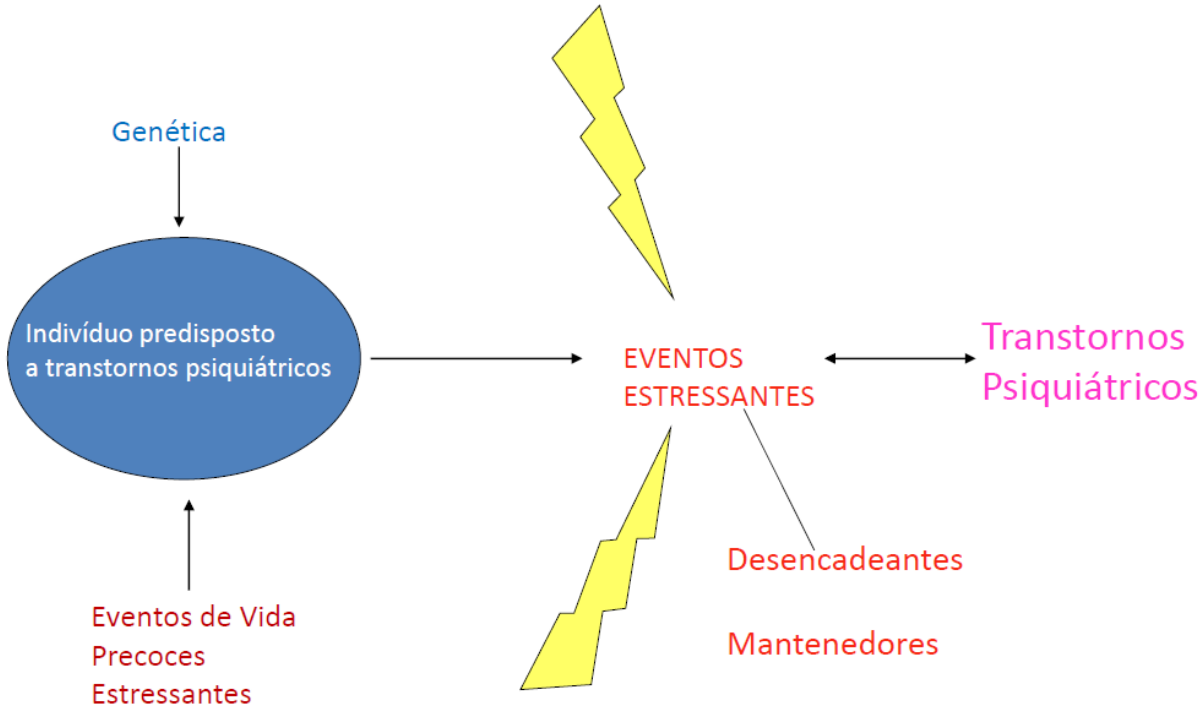


Figura 2- Interação dos eventos de vida com o desencadeamento de psicopatologias. Adaptada de Juruena, 2007.

Mediante a gravidade do Estresse Precoce no desencadeamento de transtornos psiquiátricos como mantenedor, podemos ressaltar a existência de diversos fatores determinante, tais como: grau de parentesco, idade, tempo de ocorrência do Estresse Precoce, a freqüência e uso de força (Kendall-Tackett et al., 1993). Vale ressaltar que é comum a co-ocorrência de abusos e negligências, sendo difícil acontecer um único subtipo de Estresse Precoce, denotando a magnitude da violência e sua relação com os problemas de saúde mental (Souza et al., 2012). Frente a esta importância, estimativas de países desenvolvidos apontam que 4 a 16% de crianças sofrem algum tipo de Estresse Precoce e que de 10 a 20% testemunham a violência interparental. O abuso sexual é vivido por 15 a 30% das meninas e 5 a 15% dos meninos. As crianças vítimas de abuso emocional e de negligência são as que menos recebem atenção dos pais, familiares e profissionais. Essa parcela percentual importante de crianças vitimizadas sofrerão um impacto a longo prazo (Chartier et al., 2010).

Há evidências científicas de que as consequências negativas relacionadas com os subtipos de Estresse Precoce incluem problemas de saúde, problemas com a lei e problemas nas atividades da vida diária (problemas relacionados com emprego, casamento e

paternidade). Pesquisadores têm examinado especificamente os resultados negativos de cada abuso e negligência tem encontrado mais semelhanças do que diferenças, em particular, o abuso emocional parece estar associado com a falha na auto-crítica (Sachs-Ericsson et al., 2006), o abuso físico está associado com comportamentos agressivos e abuso sexual com problemas sexuais (Mullen et al., 1996).

A alta prevalência e incidência de transtornos psiquiátricos, associada ao impacto do Estresse Precoce ao longo da vida do indivíduo denotam a gravidade da problemática. No entanto, deve se considerar que nem todos as pessoas expostas ao Estresse Precoce irão desenvolver psicopatologias, sendo fundamental a compreensão das diferenças individuais na vulnerabilidade e a resiliência aos efeitos patogênicos do estresse. Assim, fatores preexistentes conhecidos para modular a capacidade do organismo de compensar, em resposta ao desafio emocional, poderia interferir com uma adaptação bem sucedida e transmitir a vulnerabilidade no desenvolvimento de tais psicopatologias.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Este estudo objetivou avaliar a associação entre a ocorrência e a gravidade do Estresse Precoce e o desencadeamento de transtornos psiquiátricos na vida adulta.

2.2. Específicos

- Investigar a associação entre a ocorrência de Estresse Precoce e as condições sócio-demográficas e clínicas dos pacientes psiquiátricos;
- Avaliar se o Estresse Precoce é fator de risco para o indivíduo apresentar ideações e cometer tentativas de suicídio e se algum dos subtipos de Estresse Precoce (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional, negligência física) está mais associado com estas ideações e/ou tentativas;
- Identificar se a ocorrência de Estresse Precoce está associada com o desenvolvimento de psicopatologias no adulto e qual dos subtipos está associado com o desencadeamento e com a manutenção dos transtornos psiquiátricos do Eixo I e de transtornos de personalidade do Eixo II;
- Avaliar se a ocorrência do Estresse Precoce aumenta o risco do indivíduo desenvolver determinados quadros psiquiátricos do Eixo I e de transtornos de personalidade do Eixo II;
- Investigar a associação entre a gravidade do Estresse Precoce e a gravidade dos sintomas psiquiátricos;
- Investigar a correlação entre a gravidade dos sintomas psiquiátricos e a gravidade do Estresse Precoce dos pacientes psiquiátricos.

3. METODOLOGIA

3.1. Contexto do Estudo

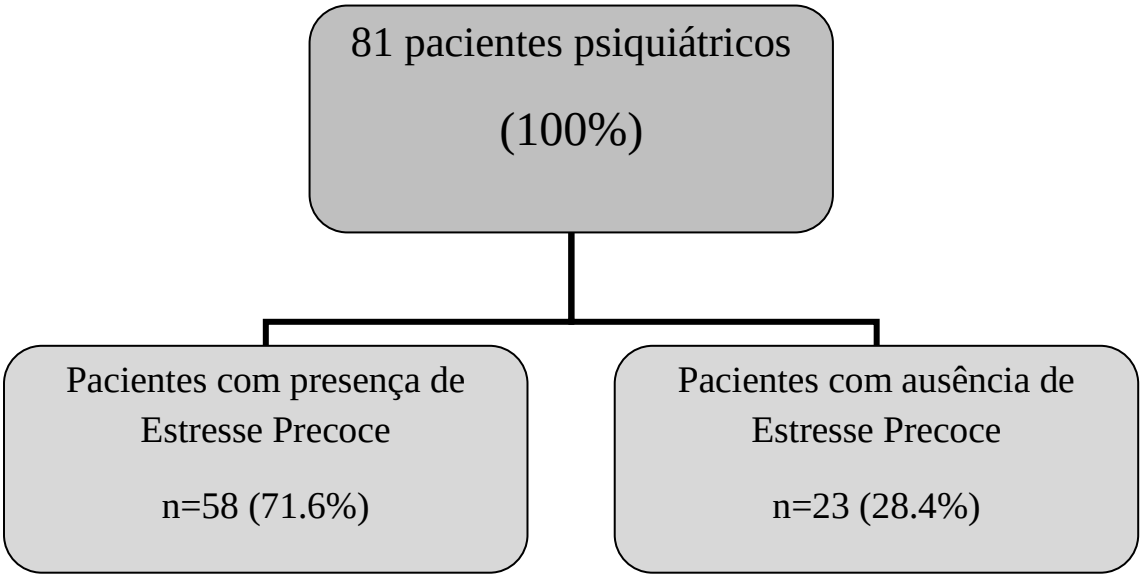
O estudo foi realizado no Hospital Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). O HD é um serviço público mantido através do convênio entre FMRP-USP com o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado pela assistência diária, atende pacientes adultos 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. A clientela do HD é composta por pacientes com transtornos psiquiátricos, com exceção de dependências químicas (Junqueira, 2009).

3.2. Desenho do Estudo

Estudo transversal, a partir de uma avaliação quantitativa e qualitativa da história de vida psiquiátrica e diagnóstica dos pacientes do HD.

3.3. Sujeitos da Pesquisa

O estudo foi realizado com oitenta e um (*n*=81) pacientes psiquiátricos, divididos em dois grupos: cinqüenta e oito (*n*=58) pacientes com presença de Estresse Precoce e vinte e três (*n*=23) pacientes com ausência de Estresse Precoce do HD, durante o período de março de 2010 a agosto de 2011. A avaliação do Estresse Precoce foi realizada através do Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) que será descrito no item 3.4.2. O delineamento do estudo está representado na figura abaixo:



Fluxograma 1- Esquema representativo do desenho do estudo

3.3.1. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos pelo estudo: foram ter diagnóstico psiquiátrico confirmado de acordo com os critérios do DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), sendo considerados: Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, Transtornos da Alimentação, Transtornos Dissociativos, Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local, Transtornos Somatoformes, podendo ou não apresentar comorbidades psiquiátricas de Eixo I ou Eixo II associadas ao diagnóstico principal.

Todos os pacientes estavam em acompanhamento no Hospital Dia, com idade entre 18-65 anos e foram avaliados clinicamente quanto à presença de comorbidades, transtornos físicos, condições médicas gerais e estilo de vida. Como um critério importante do estudo foi à autorização da investigação do Estresse Precoce através do Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI). Os pacientes que obtiveram escores classificados como *Moderado-Severo e Severo-Extremo* no QUESI foram incluídos no grupo **presença de Estresse Precoce**, já que tal classificação é o ponto de corte proposto pelos principais autores da área (Bernstein et al., 1994, 1997, 2003; Carpenter et al., 2007). Enquanto no grupo **ausência de Estresse Precoce** foram incluídos os pacientes que obtiveram escores classificados como *Não-Mínimo* e *Mínimo à Moderado* no QUESI (Bernstein et al., 1994; 2003; Carpenter et al., 2007). Ver mais detalhes em avaliação psicométrica (item 3.4.2).

3.3.2. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão do estudo foram: 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.

3.4. Instrumentos

Os dados para avaliação da amostra foram coletados a partir de aplicação de entrevistas, instrumentos diagnósticos, escalas de quantificação da gravidade de sintomatologia e questionários de avaliação sócio-ocupacionais.

3.4.1. Avaliação Diagnóstico Psiquiátrico

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, não possui ponto de corte, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias, além das qualidades psicométricas. Pode ser utilizada em pesquisas, na prática clínica, gestão de programas de saúde e no ensino (Amorim, 2000).

Foi desenvolvida por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida, constituída de duas versões para responder aos objetivos diagnósticos específicos de diferentes contextos de utilização. A MINI Plus é composto por 19 módulos, os quais investigam 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e transtorno da personalidade anti-social. Além de conter um módulo denominado como Síndrome Psicótica que explora os sintomas do critério A da Esquizofrenia, com o intuito de excluir a existência provável de um transtorno psicótico. AMINI Plus é destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria e explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV (Amorim, 2000).

Em nosso estudo foi utilizada a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview-MINI Plus), na versão brasileira 5.0.0, traduzida e adaptada para o português por Amorim (2000), sendo sua versão original de Sheehan et al (1998). Vide instrumento em anexo C.

3.4.2. Avaliação do Estresse Precoce

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

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) foi elaborado por Bernstein et al. (1994) e constava de 70 itens de auto-relato, sendo posteriormente modificado para 28 itens que mantiveram as mesmas propriedades psicométricas da versão original, porém sendo de mais rápida aplicação (Grassi-Oliveira et al., 2006).

O Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) é uma entrevista retrospectiva, auto-aplicável, muito utilizado em pesquisas, na área forense e na área clínica. É um instrumento que investiga 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 freqüência de 28 questões assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância. Os

itens do QUESI 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 instrumento avalia os 5 subtipos de traumas na infância: abuso físico ("agressões corporais em uma criança, ocasionadas por um adulto ou pessoa mais velha que representava um risco ou resultou em lesão "), abuso emocional (" agressões verbais dirigidas a uma criança ou qualquer humilhação ou comportamento humilhante dirigida para uma criança por um adulto ou mais pessoas"), abuso sexual ("contato sexual ou conduta entre uma criança com menos de 18 anos e uma pessoa adulta ou mais velhos"), negligência física ("falha do cuidador para fornecer para uma criança necessidades físicas básicas") e negligência emocional (" fracasso dos cuidadores para atender as necessidades emocionais e psicológicas das crianças ") [Grassi-Oliveira et al., 2006; Seganfredo et al., 2009].

As classificações do QUESI estão descritas de acordo com os pontos de corte sugeridos por Bernstein et al. (2003) na tabela a seguir:

Tabela 1- Classificação dos subtipos de Estresse Precoce de acordo com a gravidade

SUBTIPOS	Não à mínimo	Leve à Moderado	Moderado à Severo	Severo à Extremo
Abuso Emocional	5-8	9-12	13-15	> 16
Abuso Físico	5-7	8-9	10-12	> 13
Abuso Sexual	5	6-7	8-12	>13
Negligência Física	5-9	10-14	15-17	>18
Negligência Emocional	5-7	8-9	10-12	>13

Traduzido e adaptado de Bernstein et al., 2003

Em nosso estudo foi utilizado o Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) traduzido e adaptado para o português por Grassi-Oliveira et al. (2006). Vide instrumento em anexo D.

3.4.3. Avaliação dos Sintomas de Depressão

Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory - BDI) (Beck et al., 1961)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck et al. (1961) para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos, sendo provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

O BDI 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. O escore final é obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala (Giavoni et al., 2008*).*

Apesar de não haver um ponto de corte fixo para o diagnóstico de depressão, já que este deverá ser baseado nas características da amostra e do estudo em questão (observações clínicas), a utilização de um ponto de corte mais alto implicará em maior especificidade do diagnóstico de depressão. Utilizamos no nosso estudo os ponto de corte propostos por Beck et al. (1988a). A pontuação e classificação do BDI são dadas conforme a tabela abaixo:

Tabela 2- Pontuação e classificação do Inventário de Depressão de Beck (BDI)

PONTUAÇÃO	***CLASSIFICAÇÃO***
<10 pontos	Sem Depressão ou Depressão Mínima
10-18 pontos	Depressão Leve a Moderada
19-29 pontos	Depressão Moderada a Grave
30-63 pontos	Depressão Grave

Traduzido e adaptado de Beck et al., 1988a.

Em nosso estudo foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI) traduzido e adaptado para o português por Cunha (2001). Vide instrumento em anexo E.

3.4.4. Avaliação dos Sintomas de Ansiedade

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

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento de auto-avaliação amplamente utilizado tanto na pesquisa como na clínica e foi desenvolvido para avaliar a severidade dos sintomas de ansiedade. Apresenta tanto validade ecológica quanto de construto. Serve como um complemento útil quando utilizado com o Inventário de Depressão, em pacientes com transtornos de humor e/ou ansiedade (Marcolino et al., 2007; Cunha, 2001). O BAI 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). A classificação do BAI, de acordo com os pontos de corte conforme Beck et al. (1988b), está descrita na tabela a seguir:

Tabela 3-Pontuação e classificação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

PONTUAÇÃO	*CLASSIFICAÇÃO*
0-7 pontos	Ansiedade Mínima
8-15 pontos	Ansiedade Leve
16-25 pontos	Ansiedade Moderada
26-63 pontos	Ansiedade Severa

Traduzido e adaptado de Beck et al., 1988b.

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., 1988b. Vide instrumento em anexo F.

3.4.5. Avaliação dos Sintomas de Ansiedade e Depressão

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-avaliação que serve para avaliar a ansiedade e a depressão sem recorrer a itens contendo sintomas vegetativos. Suas principais características são: sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas foram evitados; os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia; destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos (Botega et al., 1995).

A HAD possui 14 questões do tipo múltipla escolha, dos quais sete são voltados para avaliação de ansiedade e sete para depressão, podendo ser rapidamente preenchida. Solicita-se ao paciente que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21

pontos para cada subescala. A pontuação e classificação da HAD, segundo Zigmond & Snaith (1983), são dadas conforme demonstrado a tabela abaixo:

Tabela 4- Pontuação e classificação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

SUBESCALA	*PONTUAÇÃO*	*CLASSIFICAÇÃO*
HAD - Ansiedade	0-8 pontos	Pacientes sem Ansiedade
	≥9 pontos	Pacientes com Ansiedade
HAD- Depressão	0-8 pontos	Pacientes sem Depressão
	≥9 pontos	Pacientes com Depressão

Traduzido e adaptado de Zigmond & Snaith, 1983.

Em nosso estudo foi utlizada 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).Vide instrumento em anexo G.

3.4.6. Avaliação do Risco de Suicídio

Escala de Ideação Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation - BSI) (Beck et al., 1979)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) é um dos instrumentos de auto-avaliação mais aprofundados para avaliação da gravidade da ideação suicida. Foi construída para abordar o tema do pensamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais adultos. Apresenta recomendações para que o instrumento não sirva como fonte única ou completa de informações sobre o tema, também pelo fato de não identificar simulação, confusão ou mesmo distorção ou omissão de fatos importantes por parte do paciente (Cunha, 2001).

A BSI é composto 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 será utilizado 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. (1979). Vide instrumento em anexo H.

3.4.7. Avaliação dos Sintomas de Desesperança

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 auto-administração, composto por afirmativas que avaliam o grau de desesperança do paciente (mede atitudes negativas referentes ao futuro e seu grau de pessimismo). Demonstra resultados satisfatórios de fidedignidade e validade (Cunha, 2001).

A BHS tem sido utilizada como um indicador indireto do risco de suicídio em indivíduos deprimidos que fizeram tentativas de suicídio prévias. 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). Abaixo as pontuações e classificações do instrumento.

Tabela 5- Pontuação e classificação da Escala de Desesperança de Beck (BHS)

PONTUAÇÃO	*CLASSIFICAÇÃO*
0-3 pontos	Nível de Esperança Normal
4-8 pontos	Desesperança Leve
9-14 pontos	Desesperança Moderada
>14 pontos	Desesperança Severa

Traduzido e adaptado de Beck et al., 1974.

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). Vide instrumento em anexo I.

3.4.8. Avaliação dos Sintomas de Impulsividade

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 auto-aplicativo, desenvolvida por Ernst Barratt, com o objetivo de avaliar as dimensões da impulsividade

amplamente definida como o “agir sem pensar”. Tem mostrado adequada confiabilidade com demais escalas de quantificação de gravidade de sintomas psiquiátricos.

O instrumento BIS-11 é constituído por 30 itens e avalia a impulsividade em três subcategorias: atencional (8 questões), motora (10 questões) e por falta de planejamento (12 questões). É uma escala do tipo likert de quatro pontos, a saber: 1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com freqüência; 4 = quase sempre/sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos, e altos escores indicam a presença de comportamentos impulsivos, não possuindo ponto de corte. Além de um escore global, a BIS-11 permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade, sendo eles a impulsividade motora, atencional e por não planejamento (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. Vide instrumento em anexo J.

3.5. Protocolo de Coleta de Dados

Anteriormente à coleta de dados, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), obtendo parecer favorável quanto à execução do mesmo. A todos os sujeitos que preencheram os critérios necessários para participar do estudo foram fornecidas informações e somente integraram a pesquisa após assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).* Os devidos cuidados éticos, como: sigilo, não obrigatoriedade de participação, minimização de riscos aos participantes, não retaliação em caso de desistência, entre outros foram considerados, conforme descrito no TCLE em anexo (Anexo A). Dessa forma, os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos, especialmente a Resolução no. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde foram rigorosamente respeitados.

A coleta de dados do estudo foi delineada com característica transversal:

> tipo de estudo em que uma amostra representativa de participantes (ou pacientes) é entrevistada, examinada ou estudada de outro modo para obter respostas a uma questão clínica específica. Nos estudos transversais, os dados são coletados em um só momento, mas podem se referir a experiências de saúde do passado (Greenhalgh, 2008).

Tal coleta ocorreu durante o período de março de 2010 a agosto de 2011, com os pacientes em seguimento na pré-admissão, no denominado Grupo de Acolhimento, em regime

de semi-internação e nos grupos destinados a pacientes de pós-alta do Hospital Dia do HC-FMRP-USP.

A primeira etapa da coleta de dados foi o preenchimento da ficha sócio-demográfica (Anexo B) por meio de entrevista semi-estruturada conduzida pela pesquisadora do estudo e pela revisão de prontuário sendo que objetivava coletar informações clínicas relevantes para a avaliação do histórico psiquiátrico do paciente. Em seguida, a pesquisadora realizava as instruções para o preenchimento dos instrumentos de auto-aplicação que compunham de avaliação do Estresse Precoce e a gravidade da sintomatologia psiquiátrica. Os impressos foram entregues em envelope lacrado, sendo orientado que o preenchimento poderia ocorrer na instituição ou em outro ambiente, com a devolução dos mesmos preenchidos no prazo de uma semana. Era acordado com o participante que caso suscitasse dúvidas no preenchimento, a pesquisadora ficaria a disposição para o esclarecimento das mesmas e se solicitado um *feedback* dos escores da avaliação era agendado um horário.

Considerando a avaliação abrangente realizada com o paciente, uma etapa adicional ocorreu em casos onde não havia consenso com o diagnóstico clínico, sendo realizada a aplicação da entrevista estruturada Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI Plus), de acordo com os critérios do DSM-IV. Na etapa final a pesquisadora realizava a quantificação dos instrumentos preenchidos, sendo os mesmos arquivados em prontuários individuais. Os dados coletados foram inseridos no banco de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) SPSS.

3.6. Aspectos Éticos

Este estudo teve aprovação no Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da FMRP-USP no dia 23 de fevereiro de 2010 no Processo HCRP no. 12689/2009. Dessa forma, a pesquisa foi realizada respeitando-se os aspectos éticos para desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, atendendo a Resolução 196/96. Anexo K.

A pesquisa não envolveu procedimentos de riscos e a literatura aponta que estudos realizados em serviços de emergência em hospitais gerais e em serviços de saúde mental, que investigam a violência intrafamiliar, têm demonstrado não haver riscos ou prejuízos aos pacientes quando questionados sobre histórico de violência. Padovani et al. (2008) relata em estudo realizado para investigação de histórico de maus tratos em 23 pacientes psiquiátricos que, pelo fato de todos os pacientes aceitarem participar da pesquisa e em nenhum momento optarem por interrompê-la, não a consideraram aversiva. Posturas semelhantes foram verificadas em estudo desenvolvido por Deslandes et al. (2000), no qual foram investigados

casos de violência intrafamiliar contra a mulher em relação ao atendimento emergencial. Nesse estudo, em apenas 5 dos 72 casos estudados, a vítima revelou um certo temor ou constrangimento em relatar o acontecimento ao profissional de saúde. Dessa forma, os dados da literatura afirmam que a crença de que o questionamento sobre a violência intrafamiliar possa ofender ou causar constrangimento aos pacientes não apresenta consistência com os dados da realidade. Além disso, diversos estudos têm demonstrado que o histórico de violência familiar raramente é analisado no processo de avaliação do paciente, sugerindo a relevância do questionamento histórico deste evento em serviços de saúde mental, como processo de questionamento para aumentar o número de casos identificados (Padovani et al., 2008).

3.7. Análise Estatística

A partir dos dados inseridos no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 15.0. foram realizados os cálculos estatísticos. Para as características sócio-demográficas, clínicas e diagnósticas da população estudada, bem como para os instrumentos utilizados no presente estudo foram realizados cálculos de estatística descritiva, como freqüência simples, porcentagens, médias e erro padrão da média (±*epm*).

A comparação dos dados paramétricos entre os dois grupos (presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce) foi realizada por meio do teste *t* de Student quando seguissem distribuição normal e Mann-Whitney para dados sem distribuição normal. Para os dados não paramétricos, como algumas características sócio-demográficas e clínicas foi empregado o teste do qui-quadrado ($\chi 2$). Além disso, para os cálculos das associações entre Estresse Precoce e as variáveis diagnósticas, como os transtornos psiquiátricos de Eixo I e de Eixo II utilizamos também o teste do qui-quadrado ($\chi 2$), com correção de Bonferroni quando necessário.

Para avaliar a correlação entre duas variáveis quantitativas, como por exemplo, a gravidade do Estresse Precoce e a gravidade da sintomatologia psiquiátrica, foi utilizado o teste de *Pearson*. A classificação para os graus de coeficiente de correlação utilizada em nosso estudo foi a proposta por Dancey & Reidy (2006). Vide tabela abaixo:

Tabela 6- Categoria da intensidade de correlação para os valores de *r*

Intensidade da correlação	*r*
Perfeito	1
Forte	0.7 a 0.9
Moderado	0.4 a 0.6
Fraco	0.1 a 0.3
Zero	0

r: coeficiente de correlação de Pearson

Para avaliar a intensidade da associação entre duas variáveis foi utilizado o cálculo do *Odds Ratio*, como por exemplo, no cálculo realizado para avaliar a associação entre os subtipos de Estresse Precoce e as tentativas de suicídio e para avaliar a associação entre os subtipos de Estresse Precoce e transtornos de personalidade. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p<0.05$.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra geral

Durante o período de um ano e cinco meses foram avaliados 81 pacientes psiquiátricos em acompanhamento no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Na tabela a seguir estão demonstradas as características sócio-demográficas e clínicas dos pacientes avaliados:

Tabela 7- Características sócio-demográficas e clínicas da amostra	
	***n*=81 (100%)**
Gênero, *n* (%)	
Feminino	59 (72.8)
Masculino	22 (27.2)
Idade, anos (±*epm*)	37.62 (±1.21)
Cor, *n* (%)	
Branco(a)	57 (70.4)
Pardo(a)	17 (21.0)
Negro(a)	6 (7.4)
Amarelo(a)	1 (1.2)
Escolaridade, *n* (%)	
EFI	14 (17.3)
EFC	11 (13.6)
EMI	4 (4.9)
EMC	29 (35.8)
ESI	8 (9.9)
ESC	15 (18.5)
Estado Civil, *n* (%)	
Solteiro(a)	28 (34.6)
Casado(a)/Amasiado(a)	41 (50.6)
Separado(a)/Divorciado(a)/ Desquitado(a)	12 (14.8)
Viúvos(a)	0
Filhos, *n* (%)	
Sim	53 (65.4)
Não	28 (34.6)
Reside, *n* (%)	
Sozinho(a)	5 (6.2)
Família Originária	30 (37.0)
Família Conjugal	42 (51.9)
Cuidador/Amigos/Outros	4 (4.9)
Adotado (a), *n* (%)	
Sim	2 (2.5)
Não	76 (93.8)
Ignorado	3 (3.7)

Cont. da Tabela 7-Características sócio-demográficas e clínicas da amostra	
Religião, *n* (%)	
Católica	26 (32.1)
Evangélica	27 (33.3)
Espírita	9 (11.1)
Sem Religião	6 (7.4)
Outras	13 (16.0)
Trabalho, *n* (%)	
Ativo	12 (14.8)
Inativo	69 (85.2)
Tabagismo, *n* (%)	
Sim	20 (24.7)
Não	56 (69.1)
Ignorado	5 (6.2)
Uso de Bebidas Alcoólicas, *n* (%)	
Sim	16 (19.8)
Não	59 (72.8)
Ignorado	6 (7.4)
Uso de Drogas Ilícitas, *n* (%)	
Sim	3 (3.7)
Não	72 (88.9)
Ignorado	6 (7.4)
Doenças Clínicas, *n* (%)	
Sim	34 (42.0)
Não	44 (54.3)
Ignorado	3 (3.7)
Hist. familiar de transtorno psiquiátrico, *n* (%)	
Sim	57 (70.4)
Não	17 (21.0)
Ignorado	7 (8.6)
Tentativas de Suicídio, *n* (%)	
Sim	54 (66.7)
Não	27 (33.3)
Aborto, *n* (%)	***n*=59 (72.8%)**
Sim	18 (30.5)
Não	36 (61.0)
Ignorado	5 (8.5)

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; Hist.: Histórico.

Na amostra total dos 81 pacientes avaliados, observamos um predomínio de mulheres (*n*=59; 72.8%), de cor branca (*n*=57; 70.4%) com ensino médio completo (*n*=29; 35.8%). A idade média dos pacientes foi de 37.62 anos com erro padrão da média de ±1.21, com idade mínima de 19 anos e máxima de 65 anos.

Com relação ao estado civil, a maioria dos pacientes era casado(a)/amasiado(a) (*n*=41; 50.6%), possuíam filhos (*n*=53; 65.4%) e residiam com a família conjugal (*n*=42; 51.9%). Além disso, quase 100% da amostra avaliada (*n*=76; 93.8%) relatou não ter sido adotado(a).

No que se refere à religião, pode-se notar que a maioria dos sujeitos era evangélica (*n*=27; 33.3%), seguidos de católicos (*n*=26; 32.1%). Com relação a prática de trabalho mais de 85% dos pacientes (*n*=69; 85.2%) estavam inativos.

Condizente com a história clínica, os dados demonstram que a maioria dos pacientes não era usuário(a) de tabaco (*n*=56; 69.1%), nem de bebidas alcoólicas (*n*=59; 72.8%), nem de drogas ilícitas (*n*=72; 88.9%). No que se refere à história de doenças clínicas pessoais, embora a maioria dos pacientes reportasse não ter nenhuma doença clínica diagnosticada (*n*=44; 54.3%), uma porcentagem relevante (*n*=34; 42.0%) tinha pelo menos um diagnóstico clínico. Além disso, entre as mulheres, podemos notar que 61% delas não tinham histórico prévio de aborto (*n*=36; 61.0%).

Na nossa amostra encontramos também um predomínio de histórico familiar positivo de transtornos psiquiátricos entre os pacientes avaliados (*n*=57; 70.4%), sendo que destes a maioria tinha tentativa de suicídio prévia (*n*=54; 66.7%).

4.2. Caracterização da amostra de acordo com o Estresse Precoce

Os pacientes foram avaliados quanto à presença ou ausência de Estresse Precoce através do Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI). No presente estudo foi utilizado como ponto de corte para a inclusão no grupo com **Presença de Estresse Precoce**, os pacientes que obtiveram escores classificados como *Moderado-Severo e Severo-Extremo* no QUESI, conforme descrito anteriormente nos critérios de inclusão. Cabe ressaltar que a literatura atribue a classificação de presença de Estresse Precoce a partir da pontuação total do QUESI, ou seja, a soma dos escores de todos os subtipos, mas não propõem um ponto de corte específico para cada subtipo de Estresse Precoce (Bernstein et al., 1994; 2003; Carpenter et al., 2007).

A distribuição dos pacientes de acordo com as classificações de gravidade do Estresse Precoce na amostra encontra-se especificada na tabela abaixo. Vide tabela 8.

Tabela 8- Classificação dos subtipos de Estresse Precoce *n*= 81 (100%)				
	AUSÊNCIA DE ESTRESSE PRECOCE		**PRESENÇA DE ESTRESSE PRECOCE**	
SUBTIPOS	***NÃO À MÍNIMO***	***LEVE À MODERADO***	***MODERADO À SEVERO***	***SEVERO À EXTREMO***
Abuso Emocional	17 (21.0)	18 (22.2)	12 (14.8)	34 (42.0)
Abuso Físico	37 (45.7)	12 (14.8)	9 (11.1)	23 (28.4)
Abuso Sexual	56 (69.1)	3 (3.7)	7 (8.6)	15 (18.5)
Negligência Emocional	18 (22.2)	26 (32.1)	13 (16.0)	24 (29.6)
Negligência Física	31 (38.3)	11 (13.6)	13 (16.0)	26 (32.1)

Conforme a tabela demonstra, dos 81 pacientes avaliados, 58 (71.6%) apresentaram Estresse Precoce comparados a 23 pacientes (28.4%) que não apresentaram Estresse Precoce. É importante enfatizar que embora a maioria dos pacientes avaliados na amostra foi classificada como *Moderado-Severo* e *Severo-Extremo*, há também um número expressivo 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, como Estresse Precoce.

4.2.1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra de acordo com o Estresse Precoce

As características sócio-demográficas e clínicas de cada grupo (presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce) estão descritas na tabela 9.

Tabela 9- Características sócio-demográficas e clínicas dos grupos			
	***n*=81 (100%)**		
	Presença de Estresse Precoce 58 (71.5)	**Ausência de Estresse Precoce** 23 (28.4)	***p***
Gênero, *n* (%)			0.33
Feminino	44 (75.9)	15 (65.2)	
Masculino	14 (24.1)	8 (34.8)	
Idade, anos (±*epm)*	37.98 (±1.37)	36.73 (±2.52)	0.64
Cor, *n* (%)			0.89
Branco(a)	40 (69.0)	17 (73.9)	
Pardo(a)	12 (20.7)	5 (21.7)	
Negro(a)	5 (8.6)	1 (4.3)	
Amarelo(a)	1 (1.7)	0 (0)	
Escolaridade, *n* (%)			0.87
EFI	11(19.0)	3 (13.0)	
EFC	9 (15.5)	2 (8.7)	
EMI	3 (5.2)	1 (4.3)	
EMC	20 (34.5)	9 (39.1)	
ESI	6 (10.3)	2 (8.7)	
ESC	9 (15.5)	6 (26.1)	
Estado Civil, *n* (%)			0.45
Solteiro(a)	18 (31.0)	10 (43.5)	
Casado(a)/Amasiado(a)	30 (51.7)	11 (47.8)	
Separado(a)/Divorciado(a)/ Desquitado(a)	10 (17.2)	2 (8.7)	
Viúvos(a)	0 (0)	0 (0)	
Filhos *n* (%)			0.28
Sim	40 (69.0)	13 (56.5)	
Não	18 (31.0)	10 (43.5)	
Reside, *n* (%)			0.37
Sozinho(a)	4 (6.9)	1 (4.3)	
Família Originária	18 (31.0)	12 (52.2)	
Família Conjugal	33 (56.9)	9 (39.1)	
Cuidador/Amigos/Outros	3 (5.1)	1 (4.3)	
Adotado (a), *n* (%)			1.0
Sim	1 (1.7)	1 (4.3)	
Não	55 (94.8)	21 (91.3)	
Ignorado	2 (3.4)	1 (4.3)	
Religião, *n* (%)			0.29
Católica	18 (31.0)	8 (34.8)	
Evangélica	18 (31.0)	9 (39.1)	
Espírita	5 (8.6)	4 (17.4)	
Sem Religião	6 (10.3)	0 (0)	
Outras	11 (19.0)	2 (8.7)	

Cont. da Tabela 9- Características sócio-demográficas e clínicas dos grupos			
	Presença de Estresse Precoce	**Ausência de Estresse Precoce**	***p***
Trabalho, *n* (%)			0.73
Ativo	8 (13.8)	4 (17.4)	
Inativo	50 (86.2)	19 (82.6)	
Tabagismo, *n* (%)			0.90
Sim	14 (24.1)	6 (26.1)	
Não	40 (69.0)	16 (69.6)	
Ignorado	4 (6.9)	1 (4.3)	
Uso de Bebidas Alcoólicas, *n* (%)			0.19
Sim	14 (24.1)	2 (8.7)	
Não	39 (67.2)	20 (87.0)	
Ignorado	5 (8.6)	1 (4.3)	
Uso de Drogas Ilícitas, *n* (%)			0.51
Sim	3 (5.2)	0 (0)	
Não	50 (86.2)	22 (95.7)	
Ignorado	5 (8.6)	1 (4.3)	
Doenças Clínicas, *n* (%)			0.33
Sim	26 (44.8)	8 (34.8)	
Não	29 (50.0)	15 (65.2)	
Ignorado	3 (5.2)	0 (0)	
Hist. familiar de transtorno psiquiátrico, *n* (%)			0.65
Sim	42 (72.4)	15 (65.2)	
Não	12 (20.7)	5 (21.7)	
Ignorado	4 (6.9)	3 (13.0)	
Tentativa de Suicídio, *n* (%)			0.02*
Sim	43 (74.1)	11 (47.8)	
Não	15 (25.9)	12 (52.2)	
Abortos, *n (%)*	***n*=59 (100%)**		
	***n*= 44 (74.6%)**	***n*=15 (25.4%)**	0.20
Sim	16 (36.4)	2 (13.3)	
Não	24 (54.5)	12 (80.0)	
Ignorado	4 (9.1)	1 (6.7)	

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; Hist.: Histórico; *= p <0.05.

Na composição da amostra, observa-se que houve um predomínio em ambos os grupos (**presença de Estresse Precoce** e **ausência de Estresse Precoce**) de mulheres (X^2=0.94; d.f.=1.0; *p*=0.33), de cor branca (X^2 =0.86; d.f.=3.0; *p*=0.89), e com ensino médio completo (X^2 =2.05; d.f.=5.0; *p*=0.87). Também foi encontrada homogeneidade entre os grupos quando analisado a idade (*t*=-0.43; d.f.=35.68; *p*=0.64), sendo a idade média de 37.98 (±1.37) no grupo com EP, variando entre 20 a 64 anos e no grupo sem EP a média foi de 36.73 (±2.52) e a variação da idade foi de 19 a 65 anos.

Os grupos também foram semelhantes em relação ao estado civil (X^2=1.59; d.f.=2.0; p=0.45), possuírem filhos (X^2 =1.12; d.f.=1.0; p=0.28), não terem sido adotados (as) (X^2 =0.51; d.f.=2.0; p=1) e estarem inativos no trabalho (X^2 =0.16; d.f.=1.0; p=0.73). No que se refere à religião (X^2 =4.99; d.f.=4.0; p=0.29), embora não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, nota-se um predomínio de católicos e evangélicos no grupo presença de EP e de evangélicos no grupo ausência de EP. No grupo dos pacientes com EP a maioria dos pacientes residia com a família conjugal, enquanto os pacientes sem EP residiam com a família originária (X^2=3.18; d.f.=3.0; p=0.37), no entanto, não foram encontradas diferenças significativas.

Na avaliação da história clínica, em ambos os grupos, a maioria dos pacientes não era usuário (a) de tabaco (X^2=0.20; d.f.=2.0; p=0.90), nem de bebidas alcoólicas (X^2=3.27; d.f.=2.0; p=0.19), e nem de drogas ilícitas (X^2 =1.76; d.f.=2.0; p=0.51). Os grupos também não diferiram no que se refere à história de doenças clínicas pessoais (X^2 =2.28; d.f.=2.0; p=0.33) e ao histórico familiar de transtorno psiquiátrico (X^2=0.85; d.f.=2.0; p=0.65). Além disso, embora no grupo de mulheres com presença de EP tenha sido encontrado um número importante de mulheres que realizou o aborto (36.4%) comparado às mulheres com ausência de EP (13.3%), não houve diferença significativa (X^2=3.21; d.f.=2.0; p=0.20).

Os grupos **presença de Estresse Precoce** e **ausência de Estresse Precoce** diferiram no que se refere à tentativa de suicídio (X^2 =5.13; d.f.=1.0; p=0.02). Os pacientes com história de EP (74.1%) apresentaram mais tentativas de suicídio comparado aos sem EP (47.8%), o que corresponde a um aumento de 3.12 vezes maior do risco de os pacientes com EP cometerem tentativas de suicídio (OR=3.127, 95% IC; 1.14-8.56). Ao analisar a influência de cada subtipo de estresse precoce sobre as tentativas de suicídio no grupo de pacientes com presença de Estresse Precoce não encontramos influência do abuso emocional (X^2 =2.02; d.f.=1.0; p=0.155) e da negligência emocional (X^2=2.48; d.f.=1.0; p=0.115), no entanto, encontramos uma tendência do abuso físico (X^2 =3.12; d.f.=1.0; p=0.077), do abuso sexual (X^2=3.12; d.f.=1.0; p=0.077) e da negligência física (X^2=3.56; d.f.=1.0; p=0.059) em influenciarem no aumento do risco do indivíduo cometer tentativas de suicídio. Indivíduos que sofreram abuso físico, negligência física e abuso sexual tem um risco de 2 a 3 vezes maior de cometer tentativas de suicídio. Vide tabela 10.

Tabela 10- Influência dos Subtipos de Estresse Precoce na Tentativa de Suicídio (*n*=58; 71.5%)		
Subtipos de EP	***P***	**OR**
Abuso Emocional	0.155	-
Abuso Físico	0.077*	2.46 (0.89-6.78)
Abuso Sexual	0.077*	2.87 (0.86-9.57)
Negligência Emocional	0.115	-
Negligência Física	0.059*	2.5 (0.95-6.55)

Nota: *p*: nível de significância estatística; *: têndencia; OR: *odds ratio*

4.3. Avaliação do Estresse Precoce na amostra

A seguir serão apresentados os dados referentes aos escores do QUESI total e por subtipo de Estresse Precoce entre os grupos, bem como a distribuição da gravidade do Estresse Precoce na amostra.

4.3.1 Avaliação do Estresse Precoce entre os grupos de acordo com o QUESI

Na amostra avaliada, o grupo **presença de Estresse Precoce** apresentou escores totais do QUESI significativamente maiores, sendo a média de 66.05 ±2.47, comparados ao grupo **ausência de Estresse Precoce** com média de 34.78 ±0.84. Vide dados na tabela 11 abaixo:

Tabela 11- Distribuição da pontuação do QUESI entre os grupos			
	Presença de Estresse Precoce, (*n*=58)	**Ausência de Estresse Precoce, (*n*=23)**	***p***
QUESI Total, média (*epm*)	66.05 (±2.47)	34.78 (±0.84)	*p*<0.001
Abuso Emocional, média (*epm*)	16.7 (±0.68)	8.26 (±0.40)	*p*<0.001
Abuso Físico, média (*epm*)	11.96 (±0.80)	5.60 (±0.22)	*p*<0.001
Abuso Sexual, média (*epm*)	9.25 (±0.84)	5.04 (±0.04)	*p*<0.001
Negligência Emocional, média (*epm*)	16.32 (±0.68)	9.43 (±0.59)	*p*<0.001
Negligência Física, média (*epm*)	11.79 (±0.53)	6.43 (0.31)	*p*<0.001

Nota: QUESI: Questionário sobre Traumas na Infância; *epm*: erro da média; *p*: nível de significância estatística.

O gráfico 1 apresenta as diferenças significativas entre os grupos no que se refere a pontuação do QUESI total (t=-7.86; d.f.=79.0; *p*<0.001).

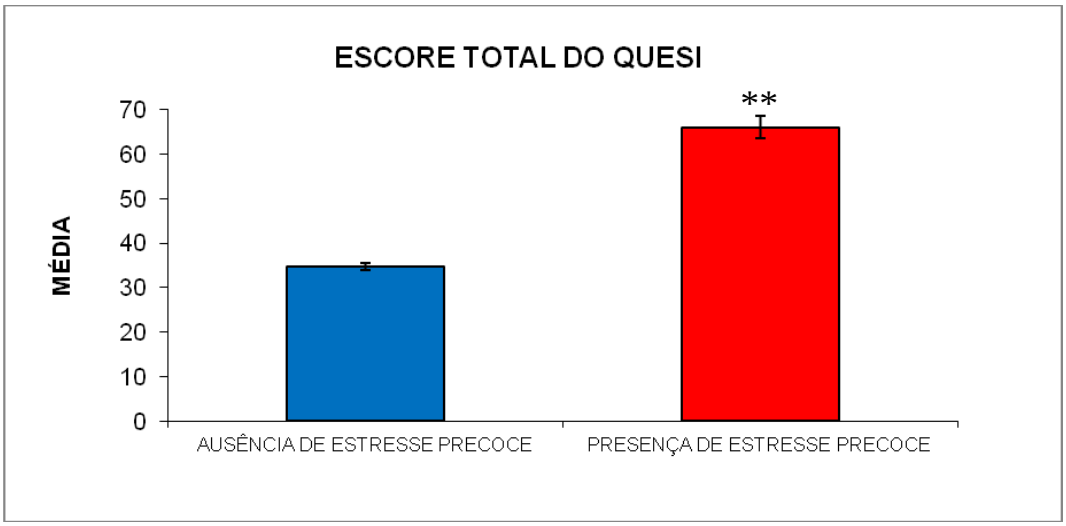


Gráfico 1- Dados do escore total do QUESI. Nota: ***p*<0.001

No gráfico 2 são apresentados os dados referentes as pontuações para os subtipos de EP: abuso emocional (t=-7.54; d.f.=79; *p*<0.001); abuso físico (U=189.0; *p*<0.001); abuso sexual (U=409.0; *p*<0.001); negligência emocional (U=196.0; *p*<0.001); negligência física (U= 171.0; *p*<0.001). Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de pacientes em todos os subtipos de EP. Vide gráfico 2.

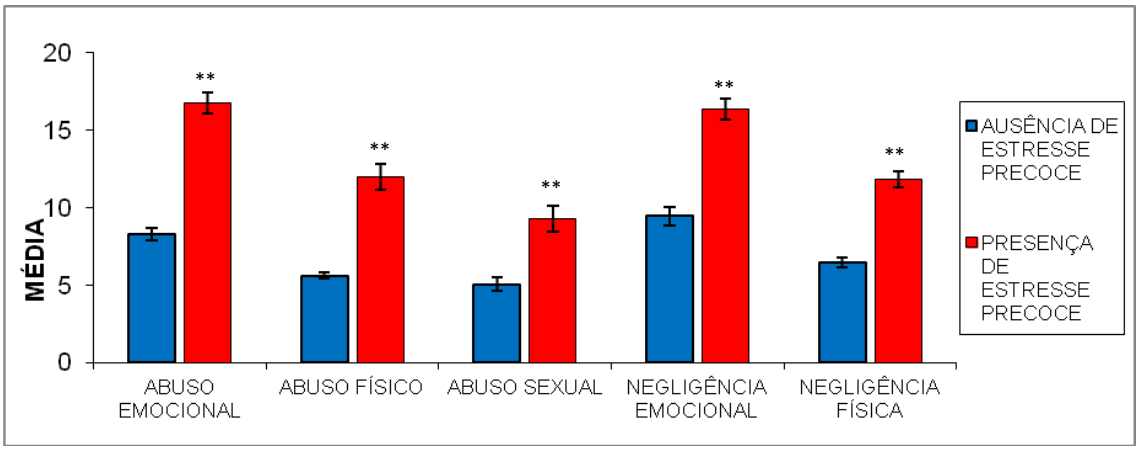


Gráfico 2- Dados da distribuição segundo os subtipos do QUESI. Nota: ** *p*<0.001

4.3.2. Avaliação da Gravidade do Estresse Precoce na amostra

Quando investigado a gravidade do Estresse Precoce através da quantidade de subtipos, nota-se que a maioria dos pacientes avaliados na amostra (60.4%) sofreu de três a cinco categorias de EP. A distribuição da gravidade do Estresse Precoce dos 58 pacientes está apresentada na tabela abaixo.

Tabela 12- Quantidade de subtipos de Estresse Precoce *n*=58 (100%)	
1 subtipo	12 (20.7)
2 subtipos	11 (19.0)
3 subtipos	11 (19.0)
4 subtipos	11 (19.0)
5 subtipos	13 (22.4)

4.4. Características Diagnósticas

A seguir serão apresentadas as características diagnósticas dos pacientes psiquiátricos avaliados na amostra, bem como os dados referentes à comparação entre a distribuição dos diagnósticos psiquiátricos de Eixo I e Eixo II entre os grupos (presença de EP e ausência de EP) e entre os subtipos de Estresse Precoce.

4.4.1. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra

Entre os 81 pacientes avaliados na amostra, mais de 70% deles apresentavam diagnóstico de Transtornos do Humor, com predomínio dos transtornos depressivos (*n*=44; 54.3%), seguido dos transtornos bipolares (*n*=17; 21.0%). A tabela 13 apresenta com maiores detalhes, a distribuição dos transtornos psiquiátricos de Eixo I.

Tabela 13- Distribuição dos Transtornos Psiquiátricos de Eixo I na amostra *n*=81 (100%)	
EIXO I	***n* (%)**
Transtornos Depressivos	44 (54.3)
Transtornos Bipolares	17 (21.0)
Transtornos de Ansiedade	10 (12.3)
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	5 (6.2)
Transtornos da Alimentação	3 (3.7)
Transtornos Dissociativos	1 (1.2)
Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local	1 (1.2)

4.4.2. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra de acordo com os grupos presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce

A tabela 14 apresenta a distribuição dos transtornos psiquiátricos do Eixo I entre os grupos.

Tabela 14- Distribuição dos Transtornos Psiquiátricos de Eixo I entre os grupos *n*=81 (100%)			
	Presença de Estresse Precoce, 58 (71.5)	**Ausência de Estresse Precoce,** 23 (28.4)	***p***
EIXO I			0.188
Transtornos Depressivos	34 (58.6)	10 (43.5)	
Transtornos Bipolares	13 (22.4)	4 (17.4)	
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	2 (3.4)	3 (13.0)	
Transtornos de Ansiedade	7 (12.1)	3 (13.0)	
Transtornos da Alimentação	1 (1.7)	2 (8.7)	
Transtornos Dissociativos	1 (1.7)	0 (0)	
Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local	0 (0)	1 (4.3)	

Fica evidente, segundo os dados apresentados na tabela acima, que não houve diferença significativa entre os grupos **presença de Estresse Precoce** e **ausência de Estresse Precoce** (X^2=8.44; d.f.=6.0; p=0.188) em relação à distribuição dos diagnósticos psiquiátricos. Quanto às patologias apresentadas pelos pacientes do grupo com presença de Estresse Precoce, encontramos um predomínio de pacientes com Transtornos Depressivos: depressão maior (*n*=34), seguido por Transtornos Bipolares: bipolar tipo I (*n*=9) e bipolar tipo II (*n*=4), Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: esquizofrenia (*n*=1) e transtorno esquizoafetivo (*n*=1), Transtornos de Ansiedade: transtorno obsessivo compulsivo (*n*=3), transtorno de estresse pós-traumático (n=2) e transtorno de ansiedade generalizada (*n*=2), Transtornos da Alimentação: anorexia (*n*=1) e Transtornos Dissociativos: transtorno dissociativo sem outra especificação (*n*=1). No grupo ausência de Estresse Precoce também encontramos um predomínio de pacientes com Transtornos Depressivos: depressão maior (*n*=10), seguido por Transtornos Bipolares: bipolar tipo I (*n*=1) e bipolar tipo II (*n*=3),

Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: esquizofrenia (*n*=3), Transtorno de Ansiedade: transtorno de ansiedade generalizada (*n*=3), Transtornos da Alimentação: bulimia nervosa (*n*=1) e transtorno da alimentação sem outra especificação (*n*=1) e Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em Outro local: transtorno explosivo intermitente (*n*=1).

4.4.3. Características Diagnósticas de Eixo I na amostra de acordo com os subtipos de Estresse Precoce

Outro objetivo deste trabalho foi identificar a possível associação entre os subtipos de Estresse Precoce e transtornos psiquiátricos na vida adulta. A tabela abaixo mostra a associação entre transtornos psiquiátricos de eixo I e abuso emocional.

Tabela 15 - Associação entre Abuso Emocional e Transtornos Psiquiátricos de Eixo I *n*=81 (100%)

	Presença de Abuso Emocional, 45 (55.5%)	**Ausência de Abuso Emocional, 36 (44.4%)**	***p***
EIXO I			0.009**
Transtornos Depressivos	31 (68.9)	13 (36.1)	<0.05*
Transtornos Bipolares	8 (17.8)	9 (25.0)	
Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos	0	5 (13.9)	<0.05*
Transtornos de Ansiedade	4 (8.9)	6 (16.7)	
Transtornos da Alimentação	1 (2.2)	2 (5.6)	
Transtornos Dissociativos	1 (2.2)	0	
Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local	0	1 (2.8)	

Nota: *= p <0.05; **= p<0.01.

Conforme pode ser observado, os resultados indicam que houve diferença significativa entre os grupos **Presença** e **Ausência de Abuso Emocional** com relação à distribuição dos transtornos psiquiátricos de Eixo I (X^2=14.33; d.f.=6.0; p=0.009). Após a aplicação da correção de Bonferroni, encontramos associação significativa entre o abuso emocional e o desenvolvimento de Transtornos Depressivos (p<0.05). Além disso, encontramos associação negativa entre o abuso emocional e o desenvolvimento de Esquizofrenia (p<0.05) nos

pacientes avaliados. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para os demais diagnósticos de Eixo I.

Quando avaliado a associação entre os transtornos psiquiátricos de Eixo I e abuso físico, encontramos na nossa amostra (*n*=81), 32 (39.5%) pacientes que tinham história de abuso físico na infância e adolescência comparado a 49 (60.5%) sem história de abuso físico. Com relação aos diagnósticos do Eixo I entre os grupos, encontramos uma distribuição bastante similar. A seguir são apresentados detalhadamente os diagnósticos entre os grupos. Grupo **Presença de Abuso Físico**: Transtornos Depressivos: 20 (62.5); Transtornos Bipolares: 8 (25.0); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 0; Transtornos de Ansiedade: 2 (6.3); Transtornos da Alimentação: 1 (3.1); Transtornos Dissociativos: 1 (3.1); Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 0. Grupo **Ausência de Abuso Físico**: Transtornos Depressivos 24 (49.0); Transtornos Bipolares: 9 (18.4); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 5 (10.2); Transtornos de Ansiedade: 8 (16.3); Transtornos da Alimentação: 2 (4.1); Transtornos Dissociativos: 0; Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 1 (2.0). Conforme os dados acima demonstram não encontramos diferença significativa na distribuição entre os diagnósticos psiquiátricos de Eixo I entre os grupos com relação ao abuso físico (X^2=8.14; d.f.=6.0; *p*=0.200).

Com relação à associação entre psicopatologias e abuso sexual, encontramos entre os 81 pacientes avaliados, 22 (27.2%) com **Presença de Abuso Sexual**, distribuídos segundo os diagnósticos em: Transtornos Depressivos: 17 (77.3); Transtornos Bipolares: 2 (9.1); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 0; Transtornos de Ansiedade: 2 (9.1); Transtornos da Alimentação: 1 (4.5); Transtornos Dissociativos: 0; Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 0. No grupo **Ausência de Abuso Sexual**, encontramos 59 pacientes (72.8%) distribuídos da seguinte forma: Transtornos Depressivos: 27 (45.8); Transtornos Bipolares: 15 (25.4); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 5 (8.5); Transtornos de Ansiedade: 8 (13.6); Transtornos da Alimentação: 2 (3.4); Transtornos Dissociativos: 1 (1.7); Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 1 (1.7). De acordo com os dados apresentados não encontramos associação entre abuso sexual e transtornos psiquiátricos no adulto (X^2=7.89; d.f.=6.0; *p*=0.234).

Presença de Negligência Emocional foi encontrada em 37 (45.7%) pacientes comparados a 44 (54.3%) com **Ausência de Negligência Emocional**. Também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à distribuição dos diagnósticos psiquiátricos e negligência emocional (X^2=7.40; d.f.=6.0; *p*=0.258). No grupo de pacientes com história de negligência emocional encontramos um predomínio de Transtornos

Depressivos: 23 (62.2), seguidos de Transtornos Bipolares: 7 (18.9), Transtornos de Ansiedade: 5 (13.5), Transtornos da Alimentação: 1 (2.7) e Transtornos Dissociativos: 1 (2.7). No grupo de pacientes sem história de negligência emocional também encontramos um predomínio de Transtornos Depressivos: 21 (47.7), seguidos de Transtornos Bipolares: 10 (22.7); Transtornos de Ansiedade: 5 (11.4), Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 5 (11.4), Transtornos da Alimentação: 2 (4.5) e Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 1 (2.3).

Na amostra avaliada, 39 (48.1%) pacientes tinham história de negligência física comparados a 42 (51.9%) pacientes que não tinham história prévia. No grupo **Presença de Negligência Física** encontramos os seguintes diagnósticos: Transtornos Depressivos 25 (64.1); Transtornos Bipolares: 7 (17.9); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 2 (5.1); Transtornos de Ansiedade: 3 (7.7); Transtornos da Alimentação: 1 (2.6); Transtornos Dissociativos: 1 (2.6); Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 0. No grupo **Ausência de Negligência Física** encontramos uma distribuição diagnóstica bastante semelhante: Transtornos Depressivos: 19 (45.2); Transtornos Bipolares: 10 (23.8); Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: 3 (7.1); Transtornos de Ansiedade: 7 (16.7); Transtornos da Alimentação: 2 (4.8); Transtornos Dissociativos: 0; Transtornos do Controle dos Impulsos não Classificados em outro local: 1 (2.4). Não encontramos associação significativa entre negligência física e transtornos psiquiátricos (X^2=5.37; d.f.=6.0; p=0.541).

4.4.4. Características Diagnósticas de Eixo II

Entre os 81 pacientes avaliados na amostra, aproximadamente 60% deles apresentavam diagnóstico de Transtorno de Personalidade.

Na tabela abaixo são apresentados os dados referentes à avaliação do diagnóstico de transtorno psiquiátrico de Eixo II nos grupos com presença e ausência de Estresse Precoce.

Tabela 16- Transtornos Psiquiátricos de Eixo II nos grupos *n*=81(100%)

	Presença de Estresse Precoce, 58 (71.5)	**Ausência de Estresse Precoce,** 23 (28.4)	***p***
EIXO II			0.032*
Sim	33 (56.9)	7 (30.4)	
Não	25 (43.1)	16 (69.6)	

Nota: *= p <0.05.

Em relação às características diagnósticas de Eixo II, os pacientes dos grupos **presença de Estresse Precoce** e **ausência de Estresse Precoce** diferiram significativamente (X^2 =4.61; d.f.=1.0; *p*=0.03). Enquanto que no grupo presença de Estresse Precoce, mais da metade dos pacientes (56.9%) apresentavam TP, no grupo com ausência de Estresse Precoce apenas 30.4% dos pacientes tinham diagnóstico de TP, o que corresponde a um risco 3 vezes maior de os pacientes com estresse precoce desenvolverem Transtornos de Personalidade (OR=3.01; 95% IC, 1.1-8.4). Quanto à distribuição dos diagnósticos de Transtorno de Personalidade no grupo presença de Estresse Precoce encontramos um predomínio de pacientes com TP borderline (*n*=22), seguido por TP histriônica (*n*=4), TP narcisista (*n*=3), TP dependente (*n*=2) e TP sem outra especificação (*n*=2). Enquanto que no grupo ausência de Estresse Precoce encontramos um predomínio de pacientes com TP histriônica (*n*=3), TP sem outra especificação (*n*=2), TP borderline (*n*=1) e TP narcisista (*n*=1).

Quando avaliado individualmente a influência dos subtipos de Estresse Preco, os pacientes com Transtorno de Personalidade diferiram significativamente dos sem TP em relação à presença de abuso emocional (X^2=12.1; d.f.=1.0; *p*=0.001), negligência emocional (X^2 =9.01; d.f.=1.0; *p*=0.003) e negligência física (X^2=8.98; d.f.=1.0; *p*=0.003), enquanto que o abuso físico (X^2 =2.11; d.f.=1.0; *p*=0.14) e o abuso sexual (X^2 =1.13; d.f.=1.0; *p*=0.28) não influenciaram no desenvolvimento de TP. Foram estimados também o *odds ratio* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Pacientes com história de abuso emocional, negligência emocional e negligência física apresentaram, respectivamente, um risco 5.2 vezes maior (OR=5.2; 95% IC, 1.9-13.5), 4.02 vezes maior (OR=4.02; 95% IC, 1.5-10.1) e 4 vezes maior (OR=4.0; 95% IC, 1.5-10.0) de apresentar diagnóstico de Transtorno de Personalidade. Vide tabela 17.

Tabela 17- Influência dos Subtipos de Estresse Precoce no Transtorno de Personalidade

Subtipos de EP	***p***	**OR**
Abuso Emocional	0.001**	5.2 (1.9-13.5)
Abuso Físico	0.14	-
Abuso Sexual	0.28	-
Negligência Emocional	0.003*	4.02 (1.5-10.1)
Negligência Física	0.003*	4.0 (1.5-10.0)

Nota:*p<0.05; **p<0.001

4.5. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra

A seguir serão apresentados os dados referentes às avaliações psicométricas dos pacientes dos grupos com presença e ausência de Estresse Precoce e de acordo os subtipos de Estresse Precoce.

4.5.1. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra de acordo com os grupos presença de Estresse Precoce e ausência de Estresse Precoce

Tabela 18- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os grupos (presença e ausência de Estresse Precoce)

	***n=81* (100%)**		
INSTRUMENTOS	**Presença de Estresse Precoce,** 58 (71.5)	**Ausência de Estresse Precoce,** 23 (28.4)	***p***
BDI, média (*epm*)	33.73 (±1.59)	26.36 (±2.37)	*p*=0.015*
BAI, média (*epm*)	31.54 (±1.96)	27.13 (±2.44)	*p*=0.206
BHS, média (*epm*)	12.01 (±0.71)	9.43 (±1.10)	*p*=0.055
BSI, média (*epm*)	13.66 (±1.37)	9.88 (±2.23)	*p*=0.163
HAD-A, média (*epm*)	13.24 (±0.63)	12.0 (±0.93)	*p*=0.143
HAD-D, média (*epm*)	13.92 (±0.64)	10.73 (±1.11)	*p*=0.013*
BIS-11, média (*epm*)	77.80 (±1.41)	72.73 (±2.63)	*p*=0.073

Nota: 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; *epm*: erro da média; *: $p<0.05$.

Com relação às escalas de quantificação da gravidade da sintomatologia psiquiátrica notam-se diferenças significativas entre os grupos. Os pacientes com **presença de Estresse Precoce** apresentaram sintomas depressivos mais graves do que os pacientes com **ausência de Estresse Precoce**, segundo os escores obtidos no Inventário de Depressão de Beck (BDI: t=-2.57; d.f.=41.12; *p*=0.015) e na Subescala de Depressão da HAD (HAD-D: U=397.5; *p*=0.013). Encontramos também uma tendência dos pacientes com Estresse Precoce apresentarem escores maiores de desesperança (BHS: t=-1.96; d.f.=41.46; *p*=0.055). No entanto, não encontramos diferenças significativas entre os grupos no que se refere à ideação suicida (BSI: U=467.0; *p*=0.163), aos sintomas de ansiedade avaliados através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI: t=-1.40; d.f.=51.25; *p*=0.206) e da Subescala de Ansiedade da HAD (HAD-A: U=490.0; *p*=0.143) e dos sintomas de impulsividade (BIS-11: t=-1.69; d.f.=35.47; *p*=0.073), conforme a tabela 18 demonstra.

Além disso, entre os pacientes com Estresse Precoce, encontramos uma tendência dos pacientes com maiores escores de Estresse Precoce, avaliados através do QUESI total, apresentarem sintomas depressivos mais graves no Inventário de Depressão de Beck (BDI: *r*=0.24; *p*=0.06), porém esta tendência não se manteve na Subescala de Depressão da HAD (HAD-D: *r* =0.07; *p*=0.60). Também foi encontrada correlação positiva entre a gravidade do Estresse Precoce e os sintomas de desesperança (BHS: *r* =0.32; *p*=0.01). Neste mesmo sentido, encontramos correlação positiva no que se refere à ideação suicida avaliada através da Escala de Ideação Suicida de Beck e o aumento da gravidade do Estresse Precoce (BSI: *r*=0.32; *p*=0.01). Ver gráfico 3 e 4.

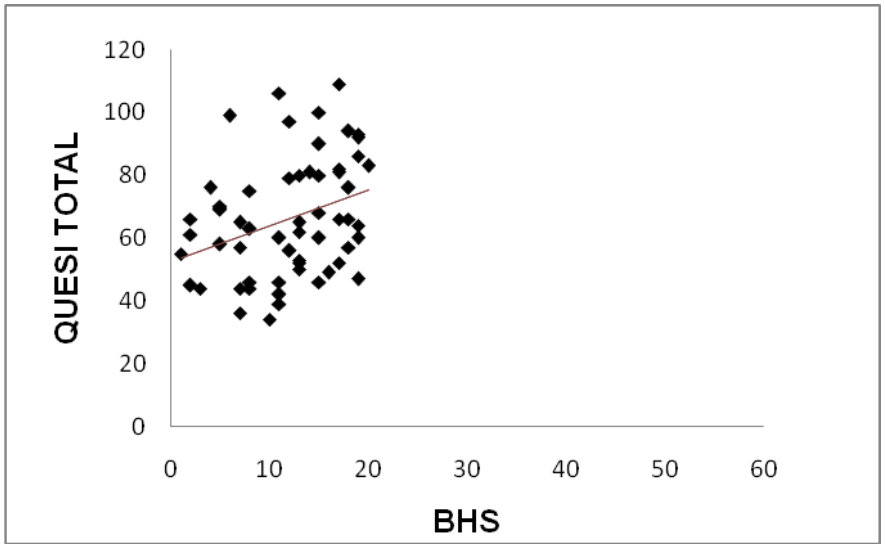


Gráfico 3: Correlação positiva entre a Escala de Desesperança de Beck (BHS) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total. Nota: *n*= 57 (*r* =0.32; *p*=0.01).

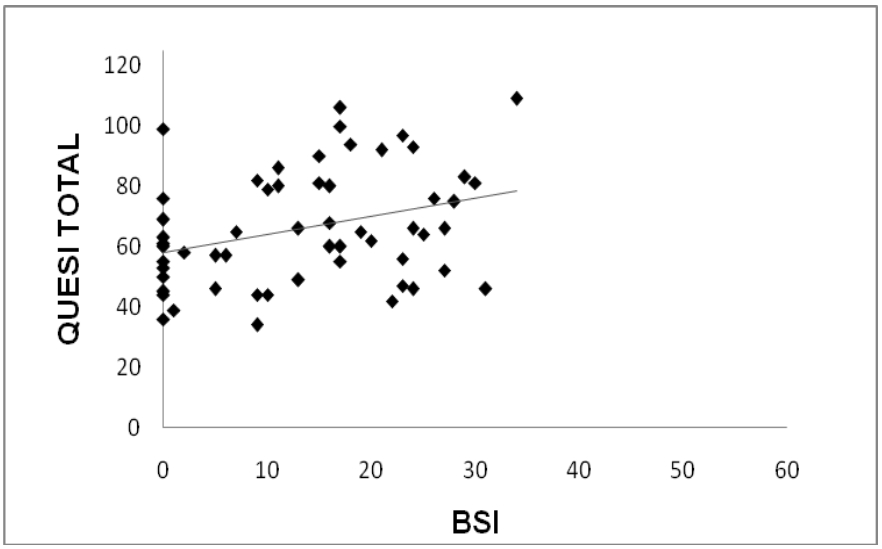


Gráfico 4: Correlação positiva entre o Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total. Nota: *n*= 56 (*r* =0.32; *p*=0.01).

No que diz respeito à gravidade dos sintomas ansiosos, não foram encontradas correlações entre a BAI (*r*=0.06; *p*=0.62), a HAD-A (*r*=0.21; *p*=0.12) e a gravidade do Estresse Precoce no QUESI total. Embora, não tenhamos encontrado diferenças significativas nos sintomas de impulsividade quando comparamos os grupos **presença de Estresse Precoce** e **ausência de Estresse Precoce**, quando avaliado apenas os pacientes com EP, podemos observar uma correlação positiva entre a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) e os escores do QUESI total (BIS-11: *r*=0.28; *p*=0.03). Reafirmando assim, nossos achados anteriores que demonstram que os pacientes com EP apresentam riscos maiores de cometerem tentativas de suicídio, bem como de desenvolverem Transtornos de Personalidade, principalmente TP borderline, segundo a nossa amostra. Ver gráfico 5.

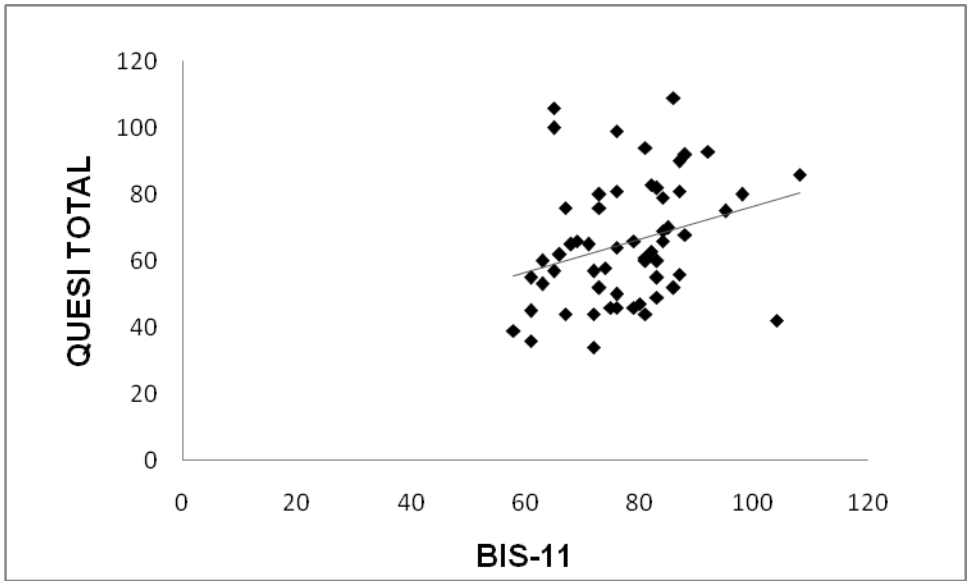


Gráfico 5: Correlação positiva entre a escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) e a gravidade do Estresse Precoce através dos escores do QUESI total. Nota: *n*= 57 (*r* =0.28; *p*=0.03).

4.5.2. Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos na amostra de acordo com os subtipos de Estresse Precoce

Tabela 19- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Emocional

	***n*=81 (100%)**		
INSTRUMENTO	**Presença de Abuso Emocional,** 45.0 (55.5)	**Ausência de Abuso Emocional,** 36.0 (44.4)	***p***
BDI, média (*epm*)	35.9 (±1.72)	26.3 (±1.87)	*p*=0.001***
BAI, média (*epm*)	34.15 (±2.26)	25.52 (±1.89)	*p*=0.004**
BHS, média (*epm*)	12.95 (±0.77)	9.22 (±0.86)	*p*=0.002**
BSI, média (*epm*)	16.16 (±1.49)	8.11 (±1.59)	*p*=0.001***
HAD-A, média (*epm*)	14.23 (±0.65)	11.22 (±0.77)	*p*=0.001***
HAD-D, média (*epm*)	14.21 (±0.69)	11.48 (±0.91)	*p*=0.027*
BIS-11, média (*epm*)	78.90 (±1.63)	73.22 (±1.91)	*p*=0.026*

Nota: 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; *epm*: erro da média; *: $p<0.05$; **: $p<0.01$; ***:$p<0.001$.

Quando investigado a influência do abuso emocional na gravidade dos sintomas psiquiátricos, encontramos diferenças significativas entre os grupos em todos os sintomas avaliados, conforme pode ser observado na tabela acima. Os pacientes com **presença de Abuso Emocional** apresentaram sintomas depressivos mais graves no BDI (t=-3.74; d.f.=77.0; *p*=0.001) e na HAD-D (U=520.0; p=0.027), escores maiores de desesperança (BHS: U=480.0; p=0.002) e de ideação suicida (BSI: U=404.0; p=0.001) do que os pacientes com **ausência de Abuso Emocional.** Além disso, os pacientes que sofreram abuso emocional na infância e adolescência apresentaram escores médios maiores de ansiedade na BAI (t=-2.92; d.f.=77.5; p=0.004), na HAD-A (U=450.0; p=0.001) e maior impulsividade (BIS-11: t=-2.25; d.f.=73.0; p=0.026).

Tabela 20- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Físico

	***n*=81 (100%)**		
INSTRUMENTO	**Presença de Abuso Físico,** 32.0 (39.5)	**Ausência de Abuso Físico,** 49.0 (60.5)	***p***
BDI, média (*epm*)	34.03 (±2.36)	30.16 (±1.64)	*p*=0.171
BAI, média (*epm*)	30.83 (±2.97)	29.91 (±1.77)	*p*=0.778
BHS, média (*epm*)	12.53 (±1.03)	10.43 (±0.72)	*p*=0.078
BSI, média (*epm*)	14.38 (±1.90)	11.41 (±1.48)	*p*=0.209
HAD-A, média (*epm*)	12.56 (±0.91)	13.06 (±0.63)	*p*=0.992
HAD-D, média (*epm*)	13.76 (±0.95)	12.46 (±0.72)	*p*=0.218
BIS-11, média (*epm*)	77.58 (±1.99)	75.57 (±1.67)	*p*=0.448

Nota: 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; *epm*: erro da média; *p*: nível de significância estatística.

Com relação à avaliação da influência do abuso físico na gravidade dos sintomas psiquiátricos, não encontramos diferenças significativas entre os grupos de pacientes com **presença de Abuso Físico e ausência de Abuso Físico,** apenas uma tendência dos pacientes com abuso físico apresentarem escores médios maiores de desesperança (BHS: U=589.0; *p*=0.078), conforme demonstra a tabela 20.

Tabela 21- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Abuso Sexual

	***n*=81 (100%)**		
INSTRUMENTO	**Presença de Abuso Sexual,** 22.0 (27.2)	**Ausência de Abuso Sexual,** 59.0 (72.8)	***p***
BDI, média (*epm*)	34.95 (±2.20)	30.42 (±1.68)	*p*=0.140
BAI, média (*epm*)	32.72 (±2.94)	29.34 (±1.86)	*p*=0.340
BHS, média (*epm*)	13.42 (±1.09)	10.50 (±0.70)	*p*=0.037*
BSI, média (*epm*)	14.72 (±1.99)	11.76 (±1.43)	*p*=0.266
HAD-A, média (*epm*)	14.0 (±0.93)	12.47 (±0.62)	*p*=0.132
HAD-D, média (*epm*)	14.6 (±0.91)	12.40 (±0.70)	*p*=0.131
BIS-11, média (*epm*)	77.90 (±2.09)	75.79 (±1.57)	*p*=0.472

Nota: 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; *epm*: erro da média; *: *p*<0.05.

Os pacientes com **presença** e **ausência de Abuso Sexual** não diferiram quanto aos sintomas de depressão (BDI: t=-1.63; d.f.=46.7; *p*=0.140 e HAD-D: U=440.0; *p*=0.131),

ansiedade (BAI: t=-0.97; d.f.=38.9; *p*=0.340 e HAD-A: U=441.0; *p*=0.132), impulsividade (BIS-11: t=-0.80; d.f.=44.0; *p*=0.472) e ideação suicida (BSI: U=507.0; *p*=0.266). Os pacientes apenas diferiram quanto à influência do abuso sexual na gravidade dos sintomas de desesperança (BHS: U=429.0; *p*=0.037), conforme pode ser observado na tabela acima, que demonstra tal diferença significativa.

Tabela 22- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Negligência Emocional

	***n*=81 (100%)**		
INSTRUMENTO	**Presença de Negligência Emocional,** 37.0 (45.7)	**Ausência de Negligência Emocional,** 44.0 (54.3)	***p***
BDI, média (*epm*)	34.97 (±1.99)	28.93 (±1.80)	*p*=0.012*
BAI, média (*epm*)	34.08 (±2.43)	27.15 (±1.95)	*p*=0.028*
BHS, média (*epm*)	13.13 (±0.84)	9.67 (±0.80)	*p*=0.004**
BSI, média (*epm*)	14.38 (±1.65)	11.04 (±1.65)	*p*=0.180
HAD-A, média (*epm*)	13.97 (±0.72)	11.95 (±0.72)	*p*=0.027*
HAD-D, média (*epm*)	14.40 (±0.73)	11.78 (±0.83)	*p*=0.027*
BIS-11, média (*epm*)	79.59 (±1.67)	73.55 (±1.80)	*p*=0.018*

Nota: 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; *epm*: erro da média; *: *p*<0.05; **: *p*<0.01.

Quando investigado a influência da negligência emocional na gravidade dos sintomas psiquiátricos, encontramos diferenças significativas entre os grupos de pacientes para a maioria dos sintomas avaliados, com exceção dos sintomas de ideação suicida, conforme pode ser observado na tabela acima. Os pacientes com **presença de Negligência Emocional** apresentaram sintomas depressivos mais graves no BDI (U=518.0; *p*=0.012) e na HAD-D (U=520.0; *p*=0.027), escores maiores de desesperança (BHS: t=-2.96; d.f.=76.7; *p*=0.004) do que os pacientes com **ausência de Negligência Emocional**. Além disso, os pacientes que sofreram negligência emocional na infância e adolescência apresentaram escores médios maiores de ansiedade na BAI (t=-2.21; d.f.=70.8; *p*=0.028) e na HAD-A (U=519.0; *p*=0.027) e maior impulsividade (BIS-11: t=-2.45; d.f.=78.0; *p*=0.018), porém não diferiram quanto aos sintomas de ideação suicida (BSI: U=607.0; *p*=0.180).

Tabela 23- Gravidade dos Sintomas Psiquiátricos entre os pacientes com presença e ausência de Negligência Física

	***n*=81 (100%)**		
INSTRUMENTO	**Presença de Negligência Física,** 39.0(48.1)	**Ausência de Negligência Física,** 42 (51.9)	***p***
BDI, média (*epm*)	35.10 (±1.78)	28.35 (±1.96)	*p*=0.013*
BAI, média (*epm*)	32.13 (±2.45)	28.59 (±2.0)	*p*=0.264
BHS, média (*epm*)	12.69 (±0.86)	9.92 (±0.81)	*p*=0.025*
BSI, média (*epm*)	14.78 (±1.55)	10.48 (±1.72)	*p*=0.072
HAD-A, média (*epm*)	13.65 (±0.78)	12.21 (±0.69)	*p*=0.061
HAD-D, média (*epm*)	14.14 (±0.86)	12.0 (±0.75)	*p*=0.045*
BIS-11, média (*epm*)	78.94 (±1.65)	74 (±1.86)	*p*=0.053

Nota: 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; *epm*: erro da média; *: $p<0.05$.

Com relação à avaliação da influência da negligência física na gravidade dos sintomas psiquiátricos, encontramos diferenças significativas entre os grupos de pacientes para os sintomas de depressão no BDI (t=-2.54; d.f.=76.4; *p*=0.013) e na HAD-D (U=539.0; *p*=0.045) e de desesperança no BHS (U=567.0; *p*=0.025). Os pacientes com **presença** e **ausência de Negligência Física** apresentam sintomas depressivos e de desesperança mais graves. Além disso, encontramos também uma tendência dos pacientes com presença de Negligência Física apresentarem aumento da ideação suicida no BSI (U=565.0; *p*=0.072) e da impulsividade na BIS-11 (t=-1.98; d.f.=77.6; *p*=0.053). Com relação aos sintomas de ansiedade, não encontramos diferença significativa entre os grupos na BAI: t=-1.11; *p*=0.264), porém observamos uma tendência dos pacientes com presença de Negligência Física apresentarem sintomas de ansiedade mais graves do que os pacientes com ausência de Negligência Física na HAD-A (U=553.0; *p*=0.061).

5. DISCUSSÃO

Nosso estudo evidenciou a importância da problemática apresentada na realidade brasileira e de diversos países com relação à situação do Estresse Precoce. Nossos resultados, obtidos por meio da avaliação do histórico de vida dos pacientes psiquiátricos adultos, comprovaram uma associação entre o Estresse Precoce e o desencadeamento de psicopatologias no adulto em mais de 70% da amostra estudada. Estes achados também são demonstrados em diversos estudos internacionais e nacionais, como no estudo conduzido por Sar et al. (2004) com a investigação dos 5 subtipos de Estresse Precoce, onde o autor encontrou pelo menos um diagnóstico psiquiátrico em 89.5% dos pacientes avaliados associado aos eventos traumáticos ocorridos na infância e adolescência.

Pesquisas sobre a associação entre o Estresse Precoce e desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta começaram a ser realizadas recentemente no Brasil. No estudo realizado por Ribeiro e colaboradores em 2009, foi identificado que mais da metade da população das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo sofreu pelo menos um evento traumático ao longo de suas vidas (Ribeiro et al. 2011). As conseqüências de tais eventos aumentam as chances de problemas ao longo da vida do indivíduo, podendo ser imediatas ou tardias. As imediatas são o estresse pós-traumático e os transtornos emocionais. Tardiamente, o aumento da vulnerabilidade para uma ampla variedade de doenças físicas, baixo rendimento escolar, gravidez precoce em adolescentes, desemprego, maior número de divórcios e criminalidade, risco de drogadição, exploração sexual, promiscuidade, queixas somáticas, distúrbios na sexualidade e dificuldades de relacionamento. Além disso, influenciam negativamente a saúde mental no adulto, estando associado ao surgimento e a causa de transtornos psiquiátricos, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por abuso de substâncias, transtornos de personalidade e aumento das tentativas de suicídio (Ribeiro et al. 2011; Mayer & Koller, 2012).

Na nossa investigação, encontramos um predomínio de pacientes com diagnóstico de depressão (54.3%) e transtorno bipolar (21%) associados a ocorrência de eventos traumáticos na infância e adolescência. Em estudo semelhante, Afifi et al. (2006) encontrou maiores chances de desenvolver depressão maior, transtornos por abuso de substâncias em indivíduos que sofreram abuso físico. Pribor et al. (1992), detectou aumento dos quadros de transtornos psiquiátricos na amostra, particularmente de depressão, transtornos de ansiedade e transtornos por abuso de substâncias em indivíduos abusados sexualmente. Com relação ao transtorno bipolar, diversos estudos igualmente têm demonstrado fortes evidências com eventos traumáticos na infância e adolescência. A exemplo do estudo de Folsom et al. (1993) e Zavaschi et al. (2006) onde pacientes diagnósticados com transtorno bipolar, em fase

maníaca, foram encontradas graves taxas de ocorrência de abuso físico e sexual. Importante referir que nossos resultados são contraditórios a respeito dos transtornos de abuso de substâncias, devido ao fato do Hospital Dia não admitir pacientes diagnosticados com tais psicopatologias, embora a literatura apresente forte associação entre Estresse Precoce e diagnóstico de transtornos por abuso de substâncias (Grella et al., 2005; Bulik et al., 2001).

Evidenciamos em nosso estudo que vivenciar eventos estressores durante a infância e adolescência contribui para o surgimento de transtornos psiquiátricos, valendo ressaltar que conforme a gravidade do EP, medida pela quantidade de subtipos de abusos e/ou negligências que o indivíduo sofreu, maior será a gravidade da psicopatologia. Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes avaliados (60.4%) sofreu de três a cinco subtipos de EP, demonstrando a complexidade e a gravidade dos efeitos da exposição ao Estresse Precoce. A literatura aponta que é bastante comum a co-ocorrência de abusos e negligência, sendo difícil acontecer um único subtipo de Estresse Precoce, dado este evidenciado em um estudo recente (Chartier et al., 2010) onde 37% dos pacientes psiquiátricos com Estresse Precoce tinham relato de ocorrência de mais de um subtipo de Estresse Precoce, denotando a magnitude da violência e sua relação com os problemas de saúde mental (Souza et al., 2012).

Importante ressaltar que ações e/ou omissões tem constituído várias formas de violência expressa contra criança, caracterizando os subtipos de Estresse Precoce. Refere Mayer & Koller (2012) que o abuso emocional está presente em todas as formas de violência, embora possa ocorrer isoladamente e variar desde a desatenção ostensiva até a rejeição total; o abuso físico é considerado a forma de violência mais comum e fácil de diagnosticar, pois está geralmente associada a alguma forma de punição ou disciplina, deixando cicatrizes corporais; o abuso sexual é definido como qualquer interação, contato, envolvimento da criança ou adolescente em atividades sexuais não consentidas e as negligências são comumente associadas a falhas ou omissões dos cuidadores na assistência e no provimento das necessidades básicas da criança.

Com relação à gravidade do Estresse Precoce associada aos transtornos mentais, conforme os escores dos instrumentos que quantificaram a sintomatologia psiquiátrica utilizada em nosso estudo, verificamos que ao investigar a presença da história de EP, os pacientes tiveram mais sintomas depressivos do que os pacientes com ausência de EP e uma correlação positiva entre os sintomas de desesperança e a gravidade do EP. Ao analisar os subtipos de EP, entre os pacientes que tiveram abuso emocional foram encontradas diferenças significativas em todos os sintomas psiquiátricos, ou seja, nas escalas de quantificação dos sintomas de depressão (BDI e HAD-D), nas escalas de quantificação de sintomas ansiosos

(BAI e HAD-A), assim como nas escalas de desesperança (BHS), de ideação suicida (BSI) e de impulsividade (BIS-11). No abuso físico foi encontrada apenas uma tendência (*p*=0.078) para os sintomas de desesperança. No subtipo abuso sexual foi encontrada diferença significativa em relação aos sintomas de desesperança. Na negligência emocional, foram encontradas diferenças significativas em todos os sintomas psiquiátricos, com exceção da ideação suicida e na negligência física também foram encontradas diferenças significativas, com exceção dos sintomas de ansiedade. Nossos resultados estão de acordo com as evidências científicas que apontam a gravidade do Estresse Precoce associa-se com a gravidade dos transtornos psiquiátricos e são compatíveis com um estudo metodologicamente semelhante ao nosso, conduzido por Roy (2002), que comprovou associação positiva entre a gravidade de histórias de Estresse Precoce em pacientes psiquiátricos com a gravidade da sintomatologia psiquiátrica. Além disso, refere Schoedl & Campanini (2011) que a desestruturação emocional e psíquica causada pelas vivências dos subtipos de Estresse Precoce são fatores que trazem e aumentam os riscos e conseqüências para a saúde mental dos indivíduos.

Outro dado que nos pareceu importante na amostra estudada foi a associação entre o Estresse Precoce e suicídio (74.1%), assim como em diversos estudos (Brown et al., 1999; Sfoggia et al., 2008, Afifi et al., 2008; 2009) que também evidenciaram que os indivíduos expostos ao Estresse Precoce têm maior probabilidade de ter ideações e cometer tentativas de suicídio.

Ao analisarmos os subtipos de Estresse Precoce, verificamos que as tentativas de suicídio dos pacientes parecem estar diretamente associadas à ocorrência de abuso físico, abuso sexual e negligência física e estes subtipos aumentam o risco de 2 a 3 vezes mais do indivíduo em ter ideação e cometer o suicídio. Estudos de Brown et al. (1999) e Afifi et al. (2008) também demonstraram que vítimas de abuso físico e negligência possuem três vezes mais risco de apresentar tentativa de suicídio do que aqueles que não foram abusados. Além disso, a ocorrência de abuso sexual também tem sido associada ao aumento do risco de cometer suicídio, conforme demonstrado por Molnar et al. (2001). Neste estudo os autores reforçam a idéia de que o abuso sexual na infância e adolescência é um fator de risco importante tanto para a psicopatologia quanto para o comportamento suicida e estimam que entre os indivíduos abusados sexualmente na infância, a taxa de tentativa de suicídio seja de 2 a 4 vezes maior entre as mulheres e de 4 a 11 vezes maior entre os homens do que entre os indivíduos que não foram abusados sexualmente.

Deste modo, frente a gravidade dos resultados sobre suicídio, confirmamos a relevância da problemática. De acordo com o Ministério da Saúde, o suicídio foi responsável por 0,8%

de todos os óbitos da população brasileira (IBGE, 2006), assim como por 6,8% dos óbitos por causas externas no ano de 2005, mesmo sendo um evento subnotificado. Referem Krüger & Werlang (2010) que em termos de tentativas, os registros oficiais são escassos e estima-se que as tentativas de suicídio ocorram em freqüência de pelo menos dez vezes maior do que os suicídios consumados. O comportamento suicida é considerado atualmente uma questão de saúde pública mundial, uma vez que as taxas de suicídio aumentaram em torno de 60% em menos de 50 anos e encontra-se entre as 10 causas mais freqüentes de óbito (WHO, 2003). Vale ressaltar que o comportamento suicida também está presente nas psicopatologias psiquiátricas e quando associado ao Estresse Precoce intensifica a gravidade desta tríade (Brown et al., 1999; Grover et al., 2007).

Outro ponto interessante identificado neste estudo foi à associação entre o abuso emocional e transtornos depressivos. O abuso emocional é evidenciado pelo prejuízo à competência emocional da criança e do adolescente, isto é, a capacidade de amar os outros e de se sentir bem a respeito de si mesmo. São atos de humilhação, degradação, rejeição, isolamento, terrorismo, corrupção, rotulação, ameaças, agressão verbal e negação de afeto (De Antoni, 2012; De Antoni & Koller, 2012).

Pesquisadores internacionais afirmam que o abuso emocional é a forma mais grave de Estresse Precoce (Bremmer et al., 1999; Hart & Brassard, 1987). Este subtipo é de difícil identificação devido sua invisibilidade, sendo necessária uma observação acurada por parte dos familiares e profissionais envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes vulneráveis (De Antoni, 2012). Assim como este subtipo de EP, a depressão se caracteriza por um quadro de curso grave, crônico e recorrente, com altos níveis de incapacitação funcional e comprometimento da saúde física. Entre os fatores associados à depressão na vida adulta, encontram-se a exposição aos estressores na infância, como abusos, negligências, bem como morte dos pais ou substitutos, privações materna ou paterna por abandono, separações ou divórcio, entre outros. Em cerca de 60% dos casos de episódios depressivos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes, principalmente de origem psicossocial, tanto que a conhecida influência de fatores genéticos no desenvolvimento da depressão poderia ser decorrente de um aumento da sensibilidade a eventos estressantes (Joca et al., 2003; Mello et al., 2009, Tofoli et al., 2011).

Dessa forma, fica evidente que a associação entre o abuso emocional e depressão no adulto é de extrema relevância no contexto da pesquisa, conforme apontam os nossos achados, onde cerca de 70% dos pacientes avaliados com diagnóstico de transtorno depressivo sofreram abuso emocional na infância e adolescência. Estes resultados são compatíveis com

outros estudos que também demonstram esta associação (Briere & Runtz, 1988; Mullen et al., 1996; Gibb et al., 2003).

Além disso, estudos internacionais também têm evidenciado a associação entre o abuso emocional e esquizofrenia (Holowka et al., 2003; Rubino et al., 2009). Relata Silva (2006) que a esquizofrenia possui uma causa multifatorial, que envolve fatores genéticos e ambientais e entre os fatores etiológicos para o desenvolvimento da esquizofrenia, encontram-se a ocorrência de eventos traumáticos. No entanto, no nosso estudo encontramos uma associação negativa, refutando os dados da literatura, nesse sentido, a etiologia da esquizofrenia parece estar mais associada com fatores genéticos do que com a ocorrência de eventos estressores nas fases iniciais do desenvolvimento.

A associação entre Estresse Precoce e transtorno de personalidade foi identificada na nossa amostra, visto que dos 81 pacientes avaliados, 60% tinham diagnóstico de transtorno de personalidade e 33 (57%) pacientes tinha associado história de Estresse Precoce. Esta associação de vivências traumáticas na infância e adolescência com transtorno de personalidade é bastante difundida na literatura (Johnson et al. 1999; 2001; Bandelow et al., 2005; Laporte & Guttman, 1996, Miller & Lisak, 1999; Grover et al. 2007). Principalmente no que se refere à associação entre EP e o transtorno de personalidade borderline (Faria & Sauaia, 2011; Ribeiro et al. 2011; Waller, 1993), como visto nos nossos resultados que apontaram que dos 33 pacientes com EP e transtorno de personalidade, 22 (67%) apresentavam diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. Embora a etiologia deste transtorno não esteja claramente estabelecida, sendo provável uma causa multifatorial, as estimativas atuais demonstram que 87% dos indivíduos borderline sofreram algum tipo de trauma na infância e adolescência, 40 a 71% abuso sexual e 25 a 71% abuso físico, evidenciando que quanto mais precoce a experiência do abuso maior a gravidade do transtorno de personalidade (Neto & Saffi, 2011).

Além disso, vimos na nossa amostra uma significativa associação entre a ocorrência de abuso emocional, negligência emocional e negligência física na infância e adolescência com transtornos de personalidade, tais dados também foram descritos na literatura internacional, como no estudo de Johnson et al. (1999, 2001) em que os autores apontam que o abuso emocional pode contribuir para o desenvolvimento de alguns tipos de transtornos de personalidade. Outros pesquisadores também demonstraram que indivíduos que sofreram EP têm maior risco de desenvolver transtornos de personalidade. (Grover et al., 2007; Bandelow et al., 2005). Estes achados são consistentes com a hipótese de que o abuso aumenta o risco de desencadeamento de transtornos de personalidade no adulto. No nosso estudo o risco do

indivíduo que vivenciou histórias de Estresse Precoce em desenvolver transtornos de personalidade é de 4 a 5.2 vezes maior do que aqueles que não sofreram EP.

Foi ainda identificada no nosso estudo uma correlação positiva com a gravidade do EP associada à impulsividade, confirmando os achados sobre a presença de EP em pacientes com transtornos de personalidade borderline. A violência em tal psicopatologia relaciona-se às situações de Estresse Precoce as quais os indivíduos foram expostos, sendo que a ocorrência de atos agressivos (dirigidos a si ou a outros) é uma expressão inapropriada da raiva. Em muitos casos encontra-se o comportamento auto-mutilante, que geralmente está relacionado a impulsividade e aparece em um contexto de uma situação de ameaça de abandono sentido pela pessoa, seja ele real ou imaginário. O padrão de agressividade do indivíduo com transtorno de personalidade borderline está diretamente relacionado a impulsividade, que é característica central da patologia. (Faria & Sauaia, 2011).

Frente aos achados do presente estudo, vale ressaltar uma limitação metodológica importante referente a não inclusão de pacientes com diagnóstico de dependências químicas, já que o serviço do Hospital Dia não admite pacientes com transtornos por abuso de substância e a não inclusão torna-se um viés na generalização dos dados referente a associação entre Estresse Precoce e o desencadeamento de transtornos psiquiátricos no adulto.

Além disso, foram observadas importantes limitações referentes à literatura pertinente, tais como: a falta de consenso na literatura sobre o conceito de Estresse Precoce, pois os estudos utilizam instrumentos diversos para avaliar situações de experiências traumáticas na infância e adolescência. O instrumento QUESI (Bernstein et al., 2003) avalia 5 subtipos de trauma, que são abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional porém outros instrumentos avaliam além destes subtipos (Straus, 1979; Bremner et al., 2000), a perda parental, doenças psiquiátricas na família, violência familiar e adversidades econômicas. Dessa forma é imprescindível que haja um consenso na literatura para que o termo Estresse Precoce seja definido e as pesquisas tenham uma maior confiabilidade dos seus resultados, até como parâmetro de comparações (Martins et al., 2011).

Importante destacar ainda que os estudos apontam relativa dificuldade na coleta dos dados sobre Estresse Precoce, devido à grande probabilidade dos pacientes em subestimar a freqüência/intensidade dos acontecimentos, bem como de fantasiar e confabular tais eventos, podendo ser um viés de pesquisa. Além disso, outras limitações referentes à avaliação do impacto relativo ao Estresse Precoce na psicopatologia do adulto estão relacionadas na questão da multiplicidade de formas de maus-tratos que ocorre ao longo da vida do indivíduo.

Vemos também a importância de avaliar o caráter intergeracional da violência, onde indivíduos abusados freqüentemente irão utilizar a violência como modelo de resolução de conflitos interpessoais (Medley & Sachs-Ericsson, 2009; Bandura, 1978). Diante de tais evidências, ressaltamos a necessidade de outros estudos metodologicamente bem delineados, que investiguem a freqüência e a recorrência do Estresse Precoce, bem como os perfis da vítima e do agressor, já que são informações extremamente importantes quando se busca ampliar o conhecimento sobre as complexas interações que envolvem a associação entre o Estresse Precoce e psicopatologia na idade adulta. De fato, a negligência tem sido negligenciada pela literatura no seu papel traumático, geralmente está associada com os demais subtipos de Estresse Precoce, sendo uma limitação da área não investigar o potencial independente da negligência sobre o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. De modo semelhante, há necessidade de mais estudos que avaliem os fatores relacionados à resiliência, caracterizados pela função protetora sobre o Estresse Precoce no desenvolvimento de psicopatologias.

Mediante tais considerações, ressaltamos que no curso do desenvolvimento dos seres humanos, sempre podem ser identificados fatores de proteção diante de eventos estressores, situações de risco e vulnerabilidade. A promoção da resiliência, com uma visão integrada de pessoa-ambiente, pode ser uma forma de prevenção, estimulando segurança, confiança, auto-estima, aproveitando o vínculo positivo tanto da comunidade como da família das crianças e adolescentes vitimizadas.

6. CONCLUSÕES

Os transtornos psiquiátricos têm sido considerados um problema de saúde pública devido à sua alta prevalência na população e sua relação com elevadas taxas de incapacitação funcional na vida do indivíduo. Dessa forma, a compreensão dos mecanismos envolvidos no desencadeamento de tais psicopatologias tem se tornado cada vez mais relevante. A literatura científica tem apontado para a importância do Estresse Precoce como um fator etiológico no desencadeamento de transtornos psiquiátricos.

A presença significativa de Estresse Precoce na nossa amostra confirma a associação positiva com as psicopatologias na vida adulta descritos na literatura. Nossos achados também indicam que o Estresse Precoce está associado principalmente com o desenvolvimento de transtornos de humor. Além disso, observamos que a ocorrência de eventos traumáticos na infância e adolescência também está associada com o aumento da gravidade dos sintomas psiquiátricos, principalmente dos sintomas depressivos, demonstrando que quanto mais grave o trauma precoce vivido pelo indivíduo, mais graves serão os sintomas de desesperança, de ideação suicida e de impulsividade, portanto sendo o Estresse Precoce um fator desencadeador e mantenedor de sintomas psiquiátricos no adulto.

Identificamos ainda, entre os pacientes com Estresse Precoce, um risco maior de cometer tentativas de suicídio e de desenvolver transtornos de personalidade na vida adulta, quando comparados aos pacientes sem história de Estresse Precoce. Os subtipos de EP como: abuso emocional, negligência emocional e negligência física, quando associados aumentaram significativamente o risco dos indivíduos desenvolverem transtorno de personalidade quando comparados com aqueles que não sofreram Estresse Precoce.

No nosso estudo, a maioria dos pacientes avaliados sofreu mais de um subtipo de Estresse Precoce, o que corrobora com os dados apresentados pela literatura que demonstram a co-ocorrência de abusos e negligências entre os indivíduos que sofrem Estresse Precoce.

No que se refere aos subtipos de Estresse Precoce, o abuso emocional foi o que exerceu maior influência no desencadeamento de psicopatologias na vida adulta, principalmente nos transtornos depressivos do que os demais subtipos de Estresse Precoce. Contrariamente, o abuso emocional não está associado com o desencadeamento de Esquizofrenia. Além disso, pacientes com presença de abuso emocional tiveram maior gravidade em todos os sintomas psiquiátricos, ou seja, sintomas de depressão, desesperança, ideação suicida, ansiedade e impulsividade. Também encontramos uma influência relativamente menor do abuso sexual estar associado com a gravidade dos sintomas de desesperança e de ideação suicida em pacientes psiquiátricos e entre os indivíduos que sofreram abuso físico verificamos uma tendência na influência da gravidade de tais sintomas.

Outro aspecto bastante importante do nosso estudo foi evidenciar a importância da influência das negligências no desencadeamento de sintomas psiquiátricos graves e incapacitantes, pois esse subtipo de Estresse Precoce é pouco discutido no meio científico e tem menor visibilidade na prática clínica e nos meios de comunicação. Encontramos que os pacientes que sofreram negligência emocional tiveram maior gravidade em quase todos os sintomas psiquiátricos, ou seja, sintomas de depressão, ansiedade, desesperança e impulsividade, com exceção da ideação suicida. Assim como entre os pacientes que foram vítimas de negligência física foi encontrada maior gravidade em toda a sintomatologia avaliada, com exceção dos sintomas de ansiedade.

Verificamos ainda que as tentativas de suicídio estão associadas diretamente a ocorrência de abuso físico, abuso sexual e negligência física, aumentando o risco destes pacientes apresentarem sintomas graves de ideação e tentativas de suicídio.

Em suma, devido à importância da associação entre Estresse Precoce e transtornos psiquiátricos no adulto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações preventivas e de tratamento, a fim de reduzir a probabilidade de crianças e adolescentes desenvolverem transtornos psiquiátricos na vida adulta. Faz-se necessário ainda a conscientização da população e dos poderes públicos a cerca dos atos abusivos de milhares de crianças e adolescentes, objetivando a minimização do ciclo da violência.

Nossos resultados colaboram para a compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento dos transtornos psiquiátricos associado a histórias de Estresse Precoce, porém mais estudos são necessários para elucidar a complexa interação de fatores genéticos, ambientais, sociais, relacionais do qual o indivíduo com Estresse Precoce está inserido.

7. REFERÊNCIAS

Abramovitch S, Maia MC, Cheniaux E. Attention-deficit and disruptive behavior disorders: association with physical abuse in childhood. Revista de Psiquiatria Clinica. 2008; 35: 159-164.

Aded NLO, Dalcin BLG da Silva, Moraes TM de, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Revista de Psiquiatria Clínica. 2006; 33(4): 204-213.

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. J. Child Abuse Negl. 2009; 33(3): 139-47.

Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. J. Am J Public Health. 2008; 98 (5): 946-52.

Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. Journal of Child Abuse and Neglect. 2006; 30(10): 1093-1103.

Almeida NA; André, IM; Almeida, HN. Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. Análise Social. 1999; XXXIV (150): 91-121.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. 1-550.

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.

Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. 1998; 3(2): 273-294.

Bandura A. Social learning theory of aggression. J. Commun. 1978; 28 (3): 12–29.

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.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-571.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. Clinical Psychology Review. 1988a; 8:77-100.

Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988b; (56): 893-897.

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, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. Journal of Consulting and Clinicas Psychology. 1979; 47(2): 343-352.

Benjet C; Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. Journal of Psychiatric Research. 2010; 44:732–740.

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, Stokes J, handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse Negl. 2003; 27(2): 169-90.

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.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública. 1995; 29(5): 355-63.

Braga LL. A Trasmissão transgeracional e intergeracional do trauma. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumatico: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011.p.151-164.

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. British Journal of Psychiatry, 185, 220-226.

Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the early trauma inventory. Depression and Anxiety. 2000; 12:1–12.

Bremmer JD, Narayan, M, Staib, LH, Southwick, SM, McGlashan, T, Charney, DS. Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry. 1999; 156(11): 1787-1795.

Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord. 2007; 15(4): 285-304.

Briere J, & Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. Child Abuse & Neglect. 1988; 12: 331-341.

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.

Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorders. Br. J Psychiatry. 2001; 179 (5): 444-449.

Cardoso ES, Santana JSS, Ferriani MGC. Criança e adolescente vítimas de Maus-Tratos: informações dos enfermeiros de um Hospital Público. Revista Enfermagem UERJ. 2006; 14: 524-530.

Carpenter LL, Carvalho JP, Tyrka AR, Wier LM, Mello AF, Mello MF, Anderson G M, Wilkinson CW, Price LH. Decreased Adrenocorticotropic Hormone and Cortisol Responses to Stress in Healthy Adults Reporting Significant Childhood Maltreatment. Biol Psychiatry. 2007; 62:1080–1087.

Carvalho AA, Wada RS, Júnior LF, Júnior ED, Bittar TO, Paranhos LR. Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. HU Revista, Juiz de Fora. 2010; 36 (3): 183-187.

Caspi A, Vishne T, Sasson Y, Gross R, Livne A, Zohar J. Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2008; 45, 177-182.

Cecconello AM, Antoni C de, Koller SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. 2003; Psicologia em estudo. 8 (número especial): 45-54.

Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences inpredicting adult health and health care utilization. Child Abuse & Neglect. 2010; 34: 454–464.

Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. Nature Reviews Endocrinology. 2009; 5: 374-381.

Costa, SRS. Concepções e práticas de profissionais de educação sobre os maus-tratos contra crianças. Dissertação de Mestrado, apresentada a Faculdade de Ciências e Tecnologia da UNESP. 2008.

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.

Conselho Nacional de Saúde. Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Resolução no. 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients. Schizophrenia Bulletin.2010; 36 (6): 1105–1114.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.

Dancey CP, Reidy J. (trad. L. Viali). Estatística sem matemática para psicologia. In: Análise de correlação: o r de Pearson. 3.ed. cap. 5. Porto Alegre: Artmed; 2006.

De Antoni, C. Abuso emocional parental contra crianças e adolescentes. In: Habigzang LF, Koller SH, et al. Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.33-42.

De Antoni C, Koller SH. Perfil da violência em famílias com história de abuso físico. In: Habigzang LF, Koller SH, et al. Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.43-54.

Deslandes SF, Gomes R, Silva CP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra mulher atendidos em hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. 2000;16(1):129-37.

Diemen L Szobot CM, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiviness Scale (BIS-11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2007; 29 (2):153-6.

Duncan AE, Sartor CE, Scherrer JF, Grant JD, Heath AC, Nelson EC, Jacob T, Bucholz KK. The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse: evidence from an offspring of twins design. Addiction. 2008. 103: 990–997.

Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents. Am J Psychiatry. 2003; 160(8):1453-1460.

Faria AA, Sauaia L. Transtorno de Personalidade Borderline e Violência. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumatico: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011. p.189-196.

Ferreira MHM, Azambuja MRF. Aspectos jurídicos e psíquicos da inquirição da criança vítima. In: Azambuja MRF, Ferreira MHM, et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.48-66.

Ferreira MHM, Azambuja MRF. Introdução. In: Azambuja MRF, Ferreira MHM, et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.17-21.

Folsom V, Krahn D, Nairn K, Gold L, Demitrack MA, Silk, KR. The impact of sexual and physical abuse on eating disordered and psychiatric symptoms: a comparison of eating disordered and psychiatric inpatients. International Journal of Eating Disorders. 1993. 13(3): 249-257.

Folkman S, Lazarus RS. Coping as a Mediator of Emotion. Journal of Personality and Social Psychology. 1988; 54(1): 466-175.

Franci CR. Estresse: Processos Adaptativos e Não-adaptativos. In: Antunes-Rodrigues J, Moreira AC, Elias LLK, Castro M de. Neuroendocrinologia Básica e Aplicada. Ribeirão Preto: Guanabara Koogan; 2005.p.210-223.

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, Butler AC, Beck JS. Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. Depression and Anxiety. 2003; 17: 226–228.

Giese AA, Thomas MR, Dubovsky SL, Hilty S. The impact of a history of childhood abuse on hospital outcome of affective episodes. Psychiatr Serv. 1998; 49(1): 77-81.

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.

Greenhalgh, T. Como ler artigos científicos. Fundamentos da medicina baseada em evidências. 3ª.ed. Artmed. 2008. p.59-77.

Grella C, Stein J, Greenwell L. Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. Psychology of Addictive Behaviors. 2005; 19: 43-53.

Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. J Pers Disord. 2007; 21(4): 442-7.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade; 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home, acessado em 05/08/2011.

Hatzenberger R, Habigzang LF, Koller, SH. 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. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.69-79.

Hart SN, Brassard MR. Psychological maltreatment, a major threat to children's mental health. American Psychologist. 1987; 42(2): 160-165.

Holowka DW, King S, Saheb D, Pukall M, Brunet A. Childhood abuse and dissociative symptoms in adult schizophrenia. Schizophrenia Research. 2003; 60(1), 87-90.

Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001.

Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Rev. Bras. Psiquiatr. 2003; 25(Supl.2): 46-51.

Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. Compr Psychiatry. 2001; 42(1):16-23.

Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(7): 600-606.

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.

Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus tratos à criança. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro. 2003; 19(1) 227-235.

Jr.Santos A, Filks JP. Paraíso Verde, amarelo e...Vermelho: A violência Brasileira em Imagem, Música e Letra. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumatico: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011. p.33-43.

Juruena MF. The neurobiology of treatment resistant depression: role of the hypothalmic-pituitary-adrenal axis and glucocorticoid and mineralocorticoid receptor function. PhD thesis, University of London, Institute of Psychiatry, 2007.

Laporte L, Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. J Pers Disord. 1996; 10:247-259.

Lazarus R. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. Annual Review of Psychology.1993; 4:1-21.

Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In LA Pervin and M Lewis (Eds)(1978). Perspectives in Interactional Psychology (pp. 287–327). New York: Plenum.

Leverich GS, Post RM. Course of bipolar illness after history of childhood trauma. Lancet. 2006; 367 April 1.

Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE Jr, Denicoff DK, Nolen WA, Altshuler LL, Rush JA, Kupka R, Frye MA, Autio KA, Post RM. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biol Psychiatry 2002; 51:288–97.

Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin. 1993; 113(1), 164-180.

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.

Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ. Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. Depression and anxiety. 2010; 27: 1077–1086.

Koss MP, Bailey JA, Yan NP. Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. Psychology of Women Quarterly. 2003; 27:130-142.

Krüger LL. & Werlang BSG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. Psico-USF. 2010; 15(1): 59-70.

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.

Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007; 57(1); 52-62.

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): 219-227.

Mayer LR, Koller SH. Rede de apoio e representação mental das relações de apego de crianças vítimas de violência doméstica. In: Habigzang LF, Koller SH, et al. Violência contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p.21-32.

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.

McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. JAMA. 1997; 277(17): 1362–1368.

Medley A, Sachs-Ericsson N. Predictors of parental physical abuse: the contribution of internalizing and externalizing disorders and childhood experiences of abuse. J Affect Disord. 2009; 113(3):244-54.

Mello AF, Faria AA, Mello, AF, Carpenter LL, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, Del Porto JA. Maus tratos na infância e psicopatologia do adulto: caminhos para a disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Rev Bras Psiquiatr. 2009; 31(Supl II): S41-48.

Miller PM, Lisak D. Associations Between Childhood Abuse and Personality Disorder Symptoms in College Males. J Interpers Violence. 1999; 14: 642-656.

Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. Psychol Med. 2001; 31(6): 965-77.

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.

Neto FL, Saffi F. O vínculo terapêutico e a terapia comportamental dialética no transtorno de personalidade borderline. In: Transtornos de Personalidade. Neto MRL. Cordás TA & Cols. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 293-308.

Padovani RC, Williams LCA. Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. Psicologia Ciência e Profissão. 2008; 28(3):520-35.

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

Pederson JR, Grossi PK. O abuso sexual intrafamiliar e a violência estrutural. In: Azambuja MRF, Ferreira MHM, et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p.25-34.

Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde. 2005; 12(1):42-49.

Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. Am J Psychiatry. 1992; 149(1): 52-56.

Ribeiro WS, Andreoli SB, Mari JJ. Epidemiologia da Violência e sua Relação com os Problemas de Saúde Mental no Brasil. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumático: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011. p.129-138.

Rosário GB. La prevención del abuso físico contra los niños y niñas menores de cinco años de edad. Acta pediátr. costarric. 2001; 15(3): 106-113.

Roy A. Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implication for the development of the common psychiatric disorders and suicidal behaviour. Psychological Medicine. 2002; 32, 1471-1474.

Rubino IA, Nanni RC, Pozzi DM, Siracusano A. Early adverse experiences in schizophrenia and unipolar depression. Journal of Nervous and Mental Disease.2009; 197(1), 65-68.

Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, Preacher K. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. J. Affect. Disord. 2006; 93: 71–78.

Sar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. Am J Psychiatry. 2004; 161(12): 2271-2276.

Saffioti HIB. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In M. Kupstas (Org.), Violência em debate. São Paulo: Moderna; 1997. p.39-57.

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. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009; 31(4); 314-321.

Selye H. The physiology and pathology of exposure to stress: a treatise based on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation. Acta Medical publishers. 1950; 5: 22-56.

Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.

Silva RCB. Esquizofrenia: Uma Revisão. Psicologia USP. 2006; 17(4) 263-285.

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 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.

Schoedl AF, Campanini RFB. O Tratamento Psicoterápico. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumatico: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 205-211.

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. p.266-278.

Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. Journal of Marriage and the Family. 1979; 41: 75–88.

Teicher M. Feridas que não cicatrizam: A neurobiologia do abuso infantil.Scientific American.2002; edição 1.

Tofoli, SMC, Baes, CVW, Martins, CMS, Juruena, MF. Early life stress, HPA axis, and depression.Psychology & Neuroscience, 2011; 4(2): 229 – 234.

Valente, NLM. Genética e Epigenética do Trauma. In: Fiks P, Mello MFde. Transtorno de estresse pós-traumatico: Violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011. p.65-76.

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, MenegassiM T, Mardini V, Pires D W, Carvalho RH Rohde LA, Eizirik CL. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(3):184-90.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiat. Scand.1983; 67:361-70.

Waller G. Association of sexual abuse and borderline personality disorder in eating disordered women. International Journal of Eating Disorders. 1993; 13: 259-263.

Welch SL & Fairburn CG. Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: a community-based case control study. Child Abuse and Neglect, 1996. 20, 633-642.

Williams LCA. Abuso sexual infantil. In H. J. Guilhardi MBB, Madi PP, Queiroz M. Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento. ESETec. 2002:155-164.

Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study. Lancet. 2001; 358 (9285): 881-887.

Whipple EE, Webster-Stratton C. The Role of Parental Stress in Physically Abusive Families. Child Abuse & Neglect. 1991; 15: 279-291.

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.

World Health Organization. Burden of mental and behavior disorders. The World Health Report: mental health: new understanding, New Hope. cap 2; 2001; p.22-45.

World Health Organization.The World Health Report: Shaping the future. 2003. Geneve.

ANEXOS

Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Por meio desse termo você está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa: "Análise da ocorrência de maus tratos na infância e adolescência: um estudo com pacientes psiquiátricos adultos do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo".

I- Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal.

1-Nome do Paciente: .....

Documento de Identidade nº: ..... Sexo: M F

Data de nascimento: ...../...../.....

Endereço: ..... Nº: .....

Bairro: ..... Cidade: .....

CEP: ..... Telefone: (....).....

2- Responsável Legal: .....

Natureza (grau de parentesco, curador, tutor): .....

Documento de Identidade nº: ..... Sexo: M F

Data de nascimento: ...../...../.....

Endereço: ..... Nº: .....

Bairro: ..... Cidade: .....

CEP: ..... Telefone: (....).....

II- Dados sobre a pesquisa científica

Título da pesquisa: "Análise da ocorrência de maus tratos na infância e adolescência: um estudo com pacientes psiquiátricos adultos do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo".

Pesquisadora: Camila Maria Severi Martins. Terapeuta Ocupacional, mestranda em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Mario Francisco P. Juruena, docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

III- Justificativa e objetivo da pesquisa

O estudo do Estresse Precoce é de grande importância na atualidade devido às altas taxas de tais episódios, configurando-se como um problema de saúde pública. Além disso, é sabido as inúmeras conseqüências de tais práticas e por isso a necessidade de desenvolver

práticas eficazes para o enfrentamento e rompimento do ciclo da violência. Dentre as conseqüências, devemos citar o desencadeamento de transtornos psiquiátricos em pessoas vulneráveis. O presente projeto de pesquisa configura-se num levantamento de dados com objetivo de avaliar a relação entre histórico de Estresse Precoce com diagnóstico de transtornos psiquiátricos no Hospital Dia do HCFMRP/USP. 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 relação com os transtornos psiquiátricos.

IV-Procedimentos

Inicialmente, todo possível participante deverá passar por um protocolo para confirmar se poderá participar da pesquisa. Os voluntários serão submetidos, inicialmente, à avaliação por meio de escalas e questionários de avaliação, após isso serão selecionados pacientes com diagnóstico atual de transtorno psiquiátrico com e sem história de maus tratos na infância.

V- Garantias do sujeito da pesquisa

Os participantes que preencherem os critérios necessários para constituir a amostra do presente estudo serão convidados a participar da pesquisa, sendo essa participação absolutamente voluntária. Será assegurado aos participantes no momento do convite que, caso não queiram participar, tal decisão não trará nenhum tipo de prejuízo para a continuidade do tratamento na instituição, bem como, que haverá total liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento no transcorrer da pesquisa e deixar de participar do estudo. Para todos os participantes, será lido o termo de consentimento informado, fornecendo-lhes informações sobre a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo do qual estão sendo convidados a participar. Somente serão aceitos no estudo aqueles que assinarem o termo de consentimento informado. A todos os voluntários será garantido o direito de receber informações e esclarecimentos quanto a qualquer dúvida que surja no transcorrer do procedimento e informação atualizada sobre o estudo, ainda que isso possa afetar a vontade de continuar participando. Da mesma forma, será garantida a segurança de não serem identificados, bem como de que todas as informações fornecidas por eles serão mantidas sob caráter confidencial.
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.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Mário Francisco P. Juruena
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP
Email: juruena@fmrp.usp.br
Fone: (16)3602-4614
Fax:(16)3630-7961
Celular:(16)8139-8456

VI- Riscos e Benefícios da Pesquisa

A pesquisa não envolve procedimentos arriscados para você e os riscos relacionados com sua participação serão minimizados por meio de acompanhamento da pesquisadora e do médico responsável pela pesquisa, sendo que devidos encaminhamentos para apoio quando necessário serão realizados.

Os benefícios relacionados com a sua participação são inestimáveis, dado que auxiliarão na elaboração de ações afirmativas relacionadas ao estresse precoce, sendo os benefícios indiretos e futuros.

VII- 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 2010

_____ _____

Assinatura do participante ou de Seu representante legal

Assinatura do pesquisador

Anexo B- Ficha Sócio-demográfica

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 dosagem	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:_____

_____

Anexo C- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS)

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 Salpétrière - 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 D- Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)

QUESI

Nome: Data:

Enquanto eu crescia…	**Nunca**	**Poucas Vezes**	**Às vezes**	**Muitas Vezes**	**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 E- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

BDI

Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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 num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.

12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

_____ Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"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.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14
0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

15
0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16
0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17
0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18
0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19
0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____Não_____

20
0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21
0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo F- Inventário de Ansiedade Beck (BAI)

Nome: _____Data: ___/___/___

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.

	Absolutamente Não	**Levemente** Não me incomodou muito	**Moderadamente** Foi muito desagradável, mas pude suportar	**Gravemente** Dificilmente 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)				

Anexo G- 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 H-Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

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 freqüentes 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 de Desesperança de Beck (BHS)

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 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	Freqüen-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				

Anexo K- Folha de Aprovação Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 23 de fevereiro de 2010

Ofício nº 481/2010
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **"ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO COM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS ADULTOS DO HOSPITAL DIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 302ª Reunião Ordinária realizada em 22/02/2010 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 12689/2009.

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

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

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
CAMILA MARIA SEVERI MARTINS
PROF. DR. MÁRIO FRANCISCO PEREIRA JURUENA (Orientador)
Hospital Dia Psiquiátrico – FMRP-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

Anexo L- Atividades desenvolvidas durante o período de março de 2010 a fevereiro de 2012

Publicação de Artigos Científicos:

- 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):219-227.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF. Early life Stress, HPA axis and depression. Psychology & Neuroscience.2011;4(2): 229-234.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena 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.2011;(53):1-12.

Publicação de Capítulos de Livros:

- Martins CMS, Santos RA. Violência contra as mulheres In: Enfermagem e Saúde da Mulher ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2011.

Comunicação em Congressos:

- Apresentação na Sessão de Tema Livre II do XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria- Rio de Janeiro, novembro/ 2011 do trabalho intitulado: História de Estresse Precoce em Pacientes semi-internados no Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP. Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Juruena MF.

Apresentações de trabalhos na forma de pôster em Eventos Científicos dos seguintes trabalhos:

Evento: 7º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções- Gramado/RS, Julho/2011

- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Associação entre Estresse Precoce e Diagnósticos Psiquiátricos dos Pacientes do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Estresse Precoce em Pacientes Depressivos do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP.

Evento: 15th World Congress of Psychiatry-Buenos Aires/Argentina, Setembro/2011

- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Analysis of the Occurrence of Early Stress on Adult Psychiatric Patients.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. The Association between Early Life Stress and Psychiatric Disorders in Adult Patients.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF. Assessing Early Life Stress in Adult Depressed Patients.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF. Psychoneuroendocrine Evaluations in Presence and Absence of Depression and Early Life Stress.
- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Assessment of Early Life Stress on Day Hospital for Adult Psychiatry Patients.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Evaluation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Depressed Patients with Early Stress: Changes in Receptor Function from Challenges with Glucocorticoids.

Evento: Instituto Brasileiro de Neurociências e Comportamento (IBNeC) Recife/Natal, Outubro, 2011.

- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Associação entre Estresse Precoce e Transtorno de Personalidade em Pacientes Psiquiátricos Adultos.

Evento: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria- Rio de Janeiro, Novembro/ 2011.

- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Diagnóstico psiquiátrico e História de Estresse Precoce dos Pacientes do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP.
- Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Juruena MF. História de Estresse Precoce em Pacientes semi-internados no Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Avaliação de Estresse Precoce em Pacientes Deprimidos do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP.
- Tofoli SMC, Martins CMS, Baes CVW, Juruena M F. Investigação de Estresse Precoce em Pacientes Adultos do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Evento: 6º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções- Gramado/RS, Junho/2010

- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena M F. Estressores Precoces em Pacientes Psiquiátricos Adultos no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina RP-USP: Dados Preliminares.
- Tofoli SMC, Martins CMS, Baes CVW, Juruena MF. Programa de Ensino, Assistência e Pesquisa ao Estresse Precoce: uma Abordagem de Equipe Interdisciplinar de Saúde Mental.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Estressores precoces em pacientes depressivos: Teste da Supressão da Predinisolona é Marcador Biológico.

Evento: XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Outubro/2010

- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Programa de Ensino, Assistência e Pesquisa ao Paciente com História de Estresse Precoce: uma Abordagem de Equipe Interdisciplinar de Saúde Mental.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Dados Preliminares Sobre a Incidência De Estressores Precoces em Pacientes Psiquiátricos Adultos no Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP.

Evento: V Simpósio de Terapia Ocupacional da FMRP-USP: "Terapia Ocupacional na Infância e Adolescência: Diversas Atuações, Março/2010

- Martins CMS, Juruena MF. Análise da ocorrência de maus tratos na infância e adolescência: visão do terapeuta ocupacional em um estudo com pacientes psiquiátricos adultos.

Publicações em Anais de Eventos:

- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Diagnóstico psiquiátrico e História de Estresse Precoce dos Pacientes do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2011. v.33. p. S15 - S15.
- Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Juruena MF. História de Estresse Precoce em Pacientes semi-internados no Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011, Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2011. v.33. p.S42 - S42

- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Avaliação de Estresse Precoce em Pacientes Deprimidos do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011, Rio de Janeiro. Anais do Evento, 2011.
- Tofoli SMC, Martins CMS, Baes CVW, Juruena MF. Investigação de Estresse Precoce em Pacientes Adultos do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011, Rio de Janeiro. Anais do Evento, 2011.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Diagnóstico psiquiátrico e História de Estresse Precoce dos Pacientes do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP. In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011, Rio de Janeiro. Anais do Evento, 2011.
- Martins CMS, Baes CVW, Tofoli SMC, Juruena MF. História de Estresse Precoce em Pacientes semi-internados no Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2011, Rio de Janeiro. Anais do Evento, 2011.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. Analysis of the Occurrence of Early Stress on Adult Psychiatric Patients, 2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Martins CMS, Tofoli SMC, Baes CVW, Juruena MF. The Association between Early Life Stress and Psychiatric Disorders in Adult Patients, 2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Evaluation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Depressed Patients with Early Stress: Changes in Receptor Function from Challenges with Glucocorticoids, 2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Assessment of early life stress on day hospital for adult psychiatry patients. 2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF. Psychoneuroendocrine Evaluations in Presence and Absence of Depression and Early Life Stress. 2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Tofoli SMC, Baes CVW, Martins CMS, Juruena MF. Assessing Early Life Stress in Adult Depressed Patients,2011. Annals of events 15th World Congress of Psychiatry.
- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Associação entre Estresse Precoce e Diagnósticos Psiquiátricos dos Pacientes do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: 7 Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções, 2011, Gramado. Anais do Evento, 2011.
- Baes CVW, Tofoli SMC, Martins CMS, Juruena MF. Estresse Precoce em Pacientes Depressivos do Hospital Dia (HD) do HC da FMRP-USP In: 7 Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções, 2011, Gramado. Anais do Evento, 2011
- Baes CVW, Martins CMS, Tofoli SMC, Juruena MF. Associação entre Estresse Precoce e Transtorno de Personalidade em Pacientes Psiquiátricos Adultos In: IBENEC, 2011, Recife. II Reunião Anual do IBENEC, 2011. p.187 – 187.

Participação em Eventos Científicos como ouvinte:

- V Simpósio de Terapia Ocupacional da FMRP-USP: "Terapia Ocupacional na Infância e Adolescência: Diversas Atuações", Ribeirão Preto/SP, março/2010
- Fórum de Pós-Graduação da FMRP-2010, Ribeirão Preto/SP, abril/2010
- Conferência Municipal de Saúde Mental, Ribeirão Preto/SP, abril/2010

- 6º Congresso Brasileiro de Cérebro Comportamento e Emoções- Gramado/RS, junho/2010
- XXIX Simpósio do Depto. De Psiquiatria do Centro Médico de Ribeirão Preto-Ribeirão Preto/SP, agosto/2010
- XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Fortaleza/CE, Outubro/2010
- Violência Doméstica: da Complexidade à Banalização, Ribeirão Preto/SP, novembro/2010
- 50 anos de Grupoterapia no Primeiro Hospital Dia do Brasil, Ribeirão Preto, setembro/2011.
- 15th World Congress of Psychiatry, Buenos Aires, setembro/2011.
- XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, novembro/2011.

Cursos Realizados:

- Introdução à Terapia Cognitiva, fevereiro/2011. Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.
- Treinamento da Entrevista Estruturada para Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (Grid-HAMD), fevereiro/2011. Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.
- Introdução à Análise dos Dados em Saúde com auxílio do Software Statistical Pachage for Social Sciences-SPSS, abril/2011, promovido pela Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto-FIERP.

Co-orientação em Projeto de Iniciação Científica de acadêmicos da Medicina da FMRP-USP:

Durante o ano de 2011 foi realizado a co-orientação de seis acadêmicos do curso de Medicina da FMRP-USP em projetos de Iniciação Científica.

Realização de Reuniões Semanais de Orientação e de Estudo:

O grupo de pesquisa composto por Camila Maria Severi Martins, Cristiane Von Werne Baes, Sandra Marcia de Carvalho Tofoli e o orientador Mario Francisco Juruena ao longo do período de março de 2010 a fevereiro de 2012 realizou reuniões semanais para fins de tomada de decisões, orientações a cerca das disciplinas que estavam em curso, orientações a cerca da dissertação em processo de finalização, preparação de artigos, pôsteres para eventos científicos, entre demais assuntos pendentes.

Participação e atuação junto à equipe do Hospital Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto:

Foram realizadas atividades semanais diversas junto à equipe do HD, dentre as quais: participações em reuniões de equipe profissional, grupos terapêuticos, passeios, atividades festivas, entre outras. Estas atividades buscaram integrar a equipe de pesquisa a equipe de assistência e ensino do HD. Dessa forma, contribuíram enormemente para o processo de recrutamento e aproximação dos pacientes elegíveis para a pesquisa.

Grupo Terapêutico de Estresse Precoce:

Os pacientes avaliados pela equipe de pesquisa que tinham história positiva de Estresse Precoce foram convidados a participar de grupos terapêuticos semanais. A proposta do grupo é oferecer acolhimento e um espaço de reflexão dos eventos traumáticos ocorridos durante a infância e adolescência destes pacientes. A atividade descrita é realizada pela equipe de pesquisa composta pelas pesquisadoras: Camila Maria Severi Martins, Cristiane Von Werne Baes e Sandra Marcia de Carvalho Tofoli, sob supervisão do orientador Mario Francisco Juruena.