UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAEL BRAGA ESTEVES

Violência, estressores e sinais iridológicos em mulheres com depressão: um
estudo exploratório

RIBEIRÃO PRETO

2020

RAFAEL BRAGA ESTEVES

Violência, estressores e sinais iridológicos em mulheres com depressão: um
estudo exploratório

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Lucilene Cardoso

RIBEIRÃO PRETO

2020

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.

Esteves, Rafael Braga

Violência, estressores e sinais iridológicos em mulheres com depressão: um estudo exploratório. Ribeirão Preto, 2020.

154 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Lucilene Cardoso

1. Depressão. 2. Violência. 3. Estresse. 4. Iridologia. 5. Enfermagem.

ESTEVEES, Rafael Braga.

Violência, estressores e sinais iridológicos em mulheres com depressão: um estudo exploratório.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*Dedico esta tese em especial a minha mãe, **Maria Cristina Braga Esteves**, com amor e gratidão. Aqui estão os resultados dos seus esforços.*

*À memória de meu pai, **Marcos Antonio Esteves**, não tenho palavras para expressar a minha honra.*

*Ao meu irmão, **Marcos Antonio Esteves Filho**, com amor e gratidão, por acalmar minha mente, por acreditar no meu potencial e por me fortalecer neste caminho.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. **Lucilene Cardoso**, deixo aqui impresso o meu agradecimento especial, pelos anos de convivência, que se iniciaram antes de meu ingresso no doutorado, por confiar em minha capacidade de desenvolver esse projeto, por contribuir para meu crescimento científico, intelectual e humano.

À Profa. Dra. **Kathleen M. Hegadoren**, que nos meses de meu estágio PDSE no Canadá, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico e pessoal.

Ao Prof. Dr. **Mário Francisco P. Juruena**, pela atenção e apoio durante o processo de definição de meu projeto de doutorado.

À Profa. Dra. **Solina Richter**, pelo convite para realizar meu estágio PDSE na *University of Alberta*, Canadá.

Ao Dr. **Celso Battello**, por compartilhar o conhecimento sobre iridologia e por ter me confiado materiais exclusivos sobre o tema.

Aos profissionais, **Cristiane Baes e Marcus Vinícius**, por apoiarem o desenvolvimento do meu projeto.

A todas as mulheres participantes do meu projeto de pesquisa que me confiaram o relato de momentos difíceis vivenciados.

Aos funcionários da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial a **Adriana Borela**, secretária do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Ao estatístico, **Jonas Bodini Alonso**, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por seu auxílio nas análises de meus dados de pesquisa.

A equipe de apoio a pesquisa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por todas as orientações, gostaria de destacar os profissionais **Vinicius Nori e Miyeko Hayashida**.

A Comissão de Relações Internacionais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por todas as orientações, na pessoa de **Juliana Gazzotti**.

À **Juceli Andrade Paiva Morero**, pela árdua colaboração na digitação para validação de meu banco de dados, agradeço o tempo disponibilizado.

Aos amigos, **Maria Neyrian, Maria Tereza, Tássia Pedroso, Sandra Pereira, Mayara Antonio e Tarciso Batista**, obrigado pelo companheirismo, pelos trabalhos e momentos compartilhados.

Aos profissionais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que não compartilham um mesmo departamento **Ida Mara, Adriana Brógio e Bernadete Malerbo**, mas compartilham de amplo conhecimento e me ajudaram a acessar e entender conteúdos extracurriculares, que favoreceram a conquista de diversos objetivos particulares e profissionais.

A direção da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e *University of Alberta*, pela confiança e oportunidade de realizar outros trabalhos extracurriculares.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de Doutorado no Brasil e bolsa para o período de Doutorado Sanduíche no Exterior. “O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”

Que nada nos limite, que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre. Porque alguém disse e eu concordo que o tempo cura, que a mágoa passa, que decepção não mata. E que a vida sempre, sempre continua.

(SIMONE DE BEAUVOIR)

RESUMO

ESTEVES, R. B. **Violência, estressores e sinais iridológicos em mulheres com depressão: um estudo exploratório.** 2020. 154 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Violência é fenômeno complexo e multifatorial, que representa grave problema de saúde pública mundial. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre violência, estressores, estresse, gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos em mulheres com Transtorno Depressivo. Trata-se de estudo exploratório, descritivo-analítico, transversal, realizado em dois serviços de saúde mental no interior de São Paulo- BR. Foram utilizados dois protocolos compostos por questionários, instrumentos psicométricos e roteiro para avaliação de sinais iridológicos. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial, testes paramétricos e não paramétricos (testes de associação, Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, ANOVA e Kruskal-Wallis) e regressão logística processadas no programa R, nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado e respeitou todos os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos. Participaram do estudo 55 mulheres com Transtorno Depressivo, em atendimento ambulatorial em serviços de saúde e todas apresentaram experiências de violência ou estressores sérios na vida (variável desfecho). Para as análises inferenciais tais experiências foram classificadas em três grupos: mulheres com múltiplos tipos de violência (76,9%); violência interpessoal unicamente (11,5%), outros eventos estressores sérios unicamente (11,5%). Observou-se que 63,6% sofreram estresse precoce; 27,3% apresentaram TEPT; 63,6% sintomas de estresse atual; 32,7% apresentaram gravidade dos sintomas de depressão moderados; 63,4% sinais iridológicos de anéis de tensão compatíveis com risco moderado a altíssimo de estresse e 83,6% apresentaram lacuna na íris, com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologia ao longo da vida. Não foi confirmada a relação entre a variável desfecho com: estresse, gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos. Entretanto, as variáveis idade e doença psiquiátrica na família, ajustada pela presença de escolaridade e uso de antidepressivo apresentaram relação estatisticamente significativa com a variável desfecho. Este resultado permite inferir que a violência e estressores sérios podem comprometer, principalmente, a saúde de mulheres sendo estes temas relevantes para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de intervenções de prevenção de agravos e promoção de saúde. As variáveis investigadas neste estudo se mostraram relevantes,

porém, estudos sequenciais, longitudinais e do tipo caso controle, podem reforçar esta evidência e são recomendados.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

Palavras-chave: Depressão. Violência. Estresse. Iridologia. Enfermagem.

ABSTRACT

ESTEVES, R. B. **Violence, stressors and iridological signs in women with depression: an exploratory study.** 2020. 154 f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Violence is a complex and multifactorial phenomenon, which represents a serious worldwide public health problem. The aim of this study was to assess the relationship between violence, stressors, stress, severity of depressive symptoms and iridological signs in women with Depressive Disorder. This is an exploratory, descriptive-analytical, cross-sectional study, carried out in two mental health services in the interior of São Paulo-BR. Two protocols composed of questionnaires; psychometric instruments and a script for the evaluation of iridological signs were used. Descriptive and inferential statistics, parametric and non-parametric tests (association tests, Pearson's Chi-square, Fisher's Exact, ANOVA and Kruskal-Wallis) and logistic regression processed in the R program were used, with a significance level of 5%. The study was approved and respected all ethical parameters for investigations involving human beings. 55 women with Depressive Disorder participated in the study, in outpatient care in health services and all had experiences of violence or serious stressors in life (outcome variable). For inferential analyzes, these experiences were classified into three groups: women with multiple types of violence (76.9%); interpersonal violence only (11.5%), other serious stressful events only (11.5%). It was observed that 63.6% suffered early stress; 27.3% had PTSD; 63.6% symptoms of current stress; 32.7% had severity of symptoms of moderate depression; 63.4% iridological signs of tension rings compatible with moderate to very high risk of stress and 83.6% presented a gap in the iris, with greater vulnerability to the development of psychopathology throughout life. The relationship between the outcome variable with: stress, severity of depressive symptoms and iridological signs has not been confirmed. However, the variables age and psychiatric illness in the family, adjusted for the presence of education and use of antidepressants, showed a statistically significant relationship with the outcome variable. This result allows us to infer that violence and serious stressors can compromise the health of women, these topics being relevant for the training of human resources and the development of health prevention and health promotion interventions. The variables investigated in this study proved to be relevant; however, sequential, longitudinal and case-control studies can reinforce this evidence and are recommended.

"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

Keywords: Depression. Violence. Stress. Iridology. Nursing.

RESUMEN

ESTEVEES, R. B. Violencia, estresores y signos iridológicos en mujeres con depresión: un estudio exploratorio. 2020. 154 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

La violencia es un fenómeno complejo y multifactorial, que representa un grave problema de salud pública en todo el mundo. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre violencia, estresores, estrés, severidad de los síntomas depresivos y signos iridológicos en mujeres con trastorno depresivo. Este es un estudio exploratorio, descriptivo-analítico, transversal, realizado en dos servicios de salud mental en el interior de São Paulo-BR. Se utilizaron dos protocolos compuestos por cuestionarios, instrumentos psicométricos y un guión para la evaluación de signos iridológicos. Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales, pruebas paramétricas y no paramétricas (pruebas de asociación, chi-cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher, ANOVA y Kruskal-Wallis) y regresión logística procesada en el programa R, con un nivel de significancia del 5%. El estudio fue aprobado y respetó todos los parámetros éticos para las investigaciones con seres humanos. 55 mujeres con trastorno depresivo participaron en el estudio, en atención ambulatoria en servicios de salud y todas tuvieron experiencias de violencia o estresores graves en la vida (variable de resultado). Para los análisis inferenciales, estas experiencias se clasificaron en tres grupos: mujeres con múltiples tipos de violencia (76.9%); solo violencia interpersonal (11.5%), solo otros eventos estresantes graves (11.5%). Se observó que el 63.6% sufrió estrés temprano; 27.3% tenía TEPT; 63.6% de síntomas de estrés actual; El 32.7% tenía severidad de síntomas de depresión moderada; El 63,4% de los signos iridológicos de los anillos de tensión son compatibles con un riesgo de estrés moderado a muy alto y el 83,6% presentó una brecha en el iris, con una mayor vulnerabilidad al desarrollo de la psicopatología a lo largo de la vida. No se ha confirmado la relación entre la variable de resultado con: estrés, gravedad de los síntomas depresivos y signos iridológicos. Sin embargo, las variables edad y enfermedad psiquiátrica en la familia, ajustadas por la presencia de educación y uso de antidepresivos, mostraron una relación estadísticamente significativa con la variable de resultado. Este resultado nos permite inferir que la violencia y los estresores graves pueden comprometer la salud de las mujeres, siendo estos temas relevantes para la capacitación de recursos humanos y el desarrollo de intervenciones de prevención y promoción de la salud. Las variables investigadas en este estudio demostraron

ser relevantes, sin embargo, los estudios secuenciales, longitudinales y de casos y controles pueden reforzar esta evidencia y se recomiendan.

“Este trabajo se realizó con el apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

Palabras Clave: Depresión. Violencia. Estrés. Iridología. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação dos tipos de violência	26
Figura 2 - Representação do modelo trifásico de estresse	30
Figura 3 - Os cinco tipos de densidade das fibras da íris ilustrada por fotografias	35
Figura 4 - Imagem das constituições em iridologia (1) Linfática, (2) Hematogênica e (3) Misto-biliar	36
Figura 5 - Imagem da íris com anéis de tensão	36
Figura 6 - Fluxo de composição da amostra (n=55)	44
Figura 7 - Mapa condensado de Iridologia com as representações topográficas dos órgãos do corpo humano com a indicação da região que reflete a glândula adrenal nas duas íris dos olhos	53
Figura 8 - Imagens representativas dos sinais iridológicos relativos aos anéis de tensão nas íris de mulheres com depressão e vítimas de violência	75
Figura 9 - Imagens representativas dos sinais iridológicos relativos às lacunas nas íris de mulheres com depressão e vítimas de violência	76

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Quantidade de tipos de violência em uma mesma mulher com depressão	66
Gráfico 2 - Frequência e porcentagem da ocorrência de Estresse Precoce em mulheres com depressão e vítimas de violência	67
Gráfico 3 - Quantidade de subtipos de Estresse Precoce em mulheres com depressão e vítimas de violência.	68
Gráfico 4 - Frequência e porcentagem de ocorrência e gravidade de sintomas de depressão em mulheres com depressão e vítimas de violência	70
Gráfico 5 - Frequência e porcentagem de ocorrência de TEPT em mulheres com depressão vítimas de violência	71
Gráfico 6 - Frequência e porcentagem de ocorrência de sintomas de estresse em mulheres com depressão e vítimas de violência	72
Gráfico 7 - Representação de dois sinais iridológicos, classificação do número de anéis de tensão e Lacuna Glândula Adrenal, verificados em ambas as íris de mulheres com depressão e vítimas de violência	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da gravidade de sintomas de depressão de acordo com o instrumento GRID-HAM-D21. 48

Quadro 2 - Definição das subescalas ou domínios avaliados pelo questionário CTQ. 50

Quadro 3 - Classificação das subescalas de Estresse Precoce de acordo com a gravidade. 51

Quadro 4 - Características do agrupamento de participantes estudadas, quanto os tipos de eventos estressores definido por instrumentos psicométricos. 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	64
Tabela 2 - Características clínicas de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	65
Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas das mulheres com depressão, segundo ocorrência de violência autorreferida. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	66
Tabela 4 - Distribuição de frequência das mulheres com depressão e vítimas de violência, conforme subtipo de Estresse Precoce obtido. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020. ..	67
Tabela 5 - Distribuição de frequência e porcentagem por itens relacionados ao Estresse Precoce (CTQ) em mulheres com Depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	69
Tabela 6 - Distribuição de frequência e porcentagem da gravidade de sintomas depressivos em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	71
Tabela 7 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse nas últimas 24 horas, em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	72
Tabela 8 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse na última semana em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	73
Tabela 9 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse no último mês em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	74
Tabela 10 - Frequência e porcentagem da constituição das íris, verificados em ambas as íris de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.	76
Tabela 11 - Associação entre violência interpessoal (Grupo A) e estressores sérios (Grupo B) com estresse precoce, sintomas depressivos, TEPT, estresse atual, violência autorreferida e sinais iridológicos em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.	77
Tabela 12 - Correlações obtidas através de regressão logística final entre a variável desfecho e as variáveis independentes. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
EP	Estresse Precoce
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
WHO	World Health Organization
MINI	MINI Internacional Neuropsychiatric Interview
CAPP	Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
GRID-HAM-D	GRID Hamilton Rating Scale for Depression
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
USP	Universidade de São Paulo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CAPS III	Centro de Atenção Psicossocial
ICD	International Classification of Diseases
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
AIC	Akaike information criterion
SD	Desvio Padrão
OR	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança

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
®	Marca Registrada
T	Teste t de Student
χ^2	Teste do Qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
1.2.1 Violência: definições e os tipos de violência	25
1.2.2 Estresse: origem, definições e neurofisiologia	30
1.2.3 Depressão	33
1.2.4 Iridologia: origem, definições e produção científica	34
1.3 HIPÓTESES DO ESTUDO	38
2 OBJETIVOS.....	40
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
3 MÉTODOS.....	42
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	42
3.2 LOCAL DE ESTUDO	42
3.2.1 Local de estudo 1.....	43
3.2.2 Local de estudo 2.....	43
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	44
3.6 PROTEÇÃO DE PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO	45
3.6.1 Riscos e benefícios do estudo	45
3.7 COLETA DE DADOS.....	46
3.7.1 Questionário Sociodemográfico, de Condições de Trabalho e Saúde (Apêndice C).....	47
3.7.2 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – M.I.N.I. 5.0.0 (Anexo A).....	47
3.7.3 Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton - GRID-HAM-D ₂₁ (Anexo B).....	48
3.7.4 Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico - CAPS-IV (Anexo C).....	49
3.7.5 Questionário sobre Traumas na Infância – CTQ (Anexo D).....	50
3.7.6 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Anexo E).....	51
3.7.7 Inventário Breve para Identificação de Violência (Apêndice D)	52
3.7.8 Instrumento para Avaliação das Íris (Apêndice E e F).....	52
3.8 Procedimentos para coleta de dados.....	54
3.8.1 Protocolo 1	54
3.8.2 Protocolo 2	55
3.8.2.1 Materiais descritos, seguidos de breves explicações.....	56
3.8.2.2 Método para utilização dos materiais descrito e explicados.....	56
3.8.2.3 Processo proposto para assepsia dos materiais.....	58
3.8.2.4 Documentação sobre procedência dos materiais e certificado de segurança.....	58
3.8.2.5 Avaliação das fotografias das íris e armazenamento	58
3.9 ANÁLISE DOS DADOS	59
3.9.1 Caracterização dos Grupos.....	61

4 RESULTADOS.....	64
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM DEPRESSÃO QUE COMPUSERAM A AMOSTRA.....	64
4.2 VIOLÊNCIA E OS TIPOS DE VIOLÊNCIA ENTRE MULHERES COM DEPRESSÃO	65
4.3 ESTRESSE PRECOCE ENTRE MULHERES COM TRANSTORNO DEPRESSIVO	66
4.4 GRAVIDADE DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO ENTRE MULHERES COM DEPRESSÃO.....	70
4.5 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ENTRE MULHERES COM DEPRESSÃO.....	71
4.6 SINTOMAS DO ESTRESSE ATUAL ENTRE MULHERES COM DEPRESSÃO	72
4.7 SINAIS IRIDOLÓGICOS ENTRE MULHERES COM DEPRESSÃO	74
4.8 ASSOCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL (GRUPO A) E ESTRESSORES SÉRIOS (GRUPO B) COM ESTRESSE PRECOCE, SINTOMAS DEPRESSIVOS, TEPT, ESTRESSE ATUAL, VIOLÊNCIA AUTORREFERIDA E SINAIS IRIDOLÓGICOS	77
5 DISCUSSÃO	80
6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES.....	112
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	113
APÊNDICE B – IDENTIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES PARA CONTATO COM O PACIENTE	116
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, DE CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE	117
APÊNDICE D – INVENTÁRIO BREVE PARA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	118
APÊNDICE E - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA IMAGEM DA ÍRIS DOS OLHOS	119
APÊNDICE F – IMAGENS REFERENTES AOS MATERIAIS QUE COMPUSERAM O PROTOCOLO 2	120
APÊNDICE G – DEMONSTRAÇÃO DOS MATERIAIS DO PROTOCOLO 2.....	121
ANEXOS.....	122
ANEXO A – MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI 5.0.0)	123
ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO GRID DE HAMILTON (GRID-HAM-D₂₁).....	124
ANEXO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE TEPT ADMINISTRADA PELO CLÍNICO (CAPS-IV)	146
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA (CTQ)	149
ANEXO E – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL).....	150
ANEXO F – ESCLARECIMENTO TÉCNICO SMART ÍRIS, CASTELLS COM. EQUIP. ÓPTICOS LTDS.....	151
ANEXO G – DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE, CASTELLS COM. EQUIP. ÓPTICOS LTDS	152
ANEXO H – PARECER CEP-EERP/USP REFERENTE AO LOCAL 1	153
ANEXO I – PARECER CEP-EERP/USP, REFERENTE AO LOCAL 2.....	154

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2015, um bilhão de crianças sofreram maus-tratos físicos, sexuais ou psicológicos em todo o mundo, sendo o adoecimento físico e mental consequências recorrente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). A exposição precoce a traumas e eventos estressores na infância podem produzir um desequilíbrio persistente e influenciar o desenvolvimento de psicopatologias na fase adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HILLIS et al., 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o desenvolvimento de “Transtornos Depressivos” e “Transtornos relacionados a Trauma e a Estressores” têm como fator de risco traumas anteriores, muitos deles ocorridos na infância (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HOWLETT; STEIN, 2016; MARTINS-MONTEVERDE; PADOVAN; JURUENA, 2017). Os traumas decorrentes de estressores precoces podem ser classificados como: abusos físico, sexual, psicológico, emocional e negligência, sendo o sexo feminino o mais afetado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; MARTINS et al., 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Neste contexto, as mulheres são mais vulneráveis a experienciar eventos traumáticos na infância, desenvolver transtornos de humor e ansiedade e experienciar algum de tipo violência na vida adulta (FAUSTINO, 2015; MALHOTRA; SHAH, 2015; SANTOS; DINIZ, 2018; MEDEIROS; ZANELLO, 2018; CHEN et al., 2019). Este panorama é recorrente em diversos países e tem forte relação com os traumas na infância desencadeados por estressores precoces (SILVA; FALBO; CABRAL, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, 2017).

Os traumas na infância têm sido estudados no meio acadêmico com base em um modelo explicativo denominado Estresse Precoce (EP), adotado por vários pesquisadores nacionais e internacionais (BERNSTEIN et al., 2003; GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006; RAABE; SPENGLER, 2013; BANDINELLI; GRASSI-OLIVEIRA; BAUER, 2017; MCEWEN, 2017).

Neste modelo, o EP é compreendido como uma tensão inicial traumática, ocorrida na infância ou adolescência, capaz de gerar um desequilíbrio orgânico significativo (quebra da homeostase), que se não superado irá impor uma carga alostática ao organismo e,

consequentemente, ocasionar inúmeros prejuízos à pessoa no decorrer da vida (RAABE; SPENGLER, 2013; MCEWEN, 2017). Sendo este modelo adotado para o presente estudo.

O “Transtorno Depressivo Maior” é um destes possíveis prejuízos, que podem ocorrer nas pessoas expostas a situação descrita no parágrafo anterior. Trata-se de um transtorno caracterizado por um conjunto de sintomas graves e muitas vezes incapacitantes que se manifestam por duas semanas ou mais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Para o diagnóstico, o quadro sindrômico deve ter contemplado cinco de uma lista de nove sintomas, incluindo necessariamente, humor deprimido e perda de interesse ou prazer. Os outros sintomas possíveis são: “perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta”; “insônia ou hipersonia”; “agitação ou retardo psicomotor”; “fadiga ou perda de energia”; “sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada”; “capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão” e “pensamentos recorrentes de morte” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.133).

De acordo com a literatura científica, diversos fatores aumentam o risco para desenvolver esta psicopatologia, entre eles: ser do sexo feminino, vivenciar eventos estressores precoce, ter familiares de primeiro grau com Transtorno Depressivo Maior (SILVA; FALBO; CABRAL, 2009; RAO et al., 2010; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014 ROGERS; FOLLINGSTAD, 2014; GONÇALVES et al., 2018; SABRI; GRANGER, 2018).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, a Depressão foi diagnosticada em 11,2 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, com maior prevalência na área urbana (8,0%) se comparada a área rural (5,6%) e maior prevalência em mulheres (10,9%), contra 3,9% dos homens (BRASIL, 2014).

Ministério da Saúde, em 2017, foram registrados 307.367 casos relativos à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no país (BRASIL, 2019a). Ainda, segundo dados do “Mapa da Violência no Brasil” registrou 5 mil feminicídios no ano de 2016. (WASELFSZ, 2016).

Mais recentemente, houve um aumento de estudos científicos que investigam a relação entre sinais iridológicos e adoecimento como: Diabetes Mellitus, problemas pulmonares, cardíacos e gástricos (SALLES; SILVA, 2015; TRIWIJAYANTI; SUWASTIO; DAMAIOANTI, 2016; PRAYITNO; WIBAWA; PURNOMO, 2016; ADELINA et al., 2017; KUSUMANINGTYAS; BARAKBAH; HERMAWAN, 2018; CARRERA; MAIOA, 2019). Porém, há pouca produção científica sobre sua relação com as

psicopatologias, sendo mais frequente estudos sobre iridologia ansiedade e estresse, temperamento e esquizofrenia (SALLES; SILVA, 2011; LIM; PARK; PARK, 2016; DUARTE, 2018).

Não foi encontrado na literatura científica estudos que investiguem relação entre violência, estresse, depressão e iridologia concomitantemente. Porém há estudos que relacionam as variáveis violência e depressão, como o realizado no Teerã, Irã que evidenciou um porcentagem de depressão de 15,3%, razão de chance (IC95%) de 5,8 (2.3 – 14.6) em uma amostra de 615 mulheres vítimas de violência doméstica (AHMADZAD-ASL et al., 2016). Também há estudos que ressaltam que vítimas de violência estão mais propensas ao estresse e Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos (BOLSONI et al., 2018; FREITAS; FARINELLI, 2016; OGUM ALANGEA et al., 2018; YEHUDA et al., 2015). Nenhum estudo sobre violência e sinais iridológicos foi identificado.

Diante o exposto, este estudo tem a finalidade de contribuir para ampliar a compreensão sobre fatores relacionados a exposição a violência em mulheres adultas com diagnóstico de depressão. Espera-se que os resultados possam trazer contribuições ao desenvolvimento do cuidado à saúde e planejamento de ações preventivas voltadas as necessidades destas mulheres, bem como subsidiar novos estudos.

1.2 Referencial teórico

Nesta seção, apresenta-se o embasamento teórico do presente estudo. O conteúdo foi organizado em quatro partes, incluindo os conceitos e evidências científicas, inter-relacionando-se as variáveis convergentes no contexto da mulher. Dividiu-se o referencial teórico nos seguintes subtítulos: “**1.2.1 Violência: definições e os tipos de violência**”; “**1.2.2 Estresse: origem, definições e neurofisiologia**”; “**1.2.3 Depressão**” e “**1.2.4 Iridologia: origem, definições e produção científica**”. Conforme apresentado a seguir.

1.2.1 Violência: definições e os tipos de violência

A violência é considerada um problema de saúde pública mundial, um fenômeno complexo e multifatorial, com altas taxas epidemiológicas e que demanda a implementação de leis, serviços especializados, estratégias de prevenção, promoção e recuperação em saúde (MINAYO, 1994; KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Segundo a OMS, a violência consiste na intencionalidade de atitudes que pautam-se no emprego de força física ou posição social, que gere intimidação ou concretização de ato violento, de modo auto-infligida, contra um indivíduo ou contra um grupo, tendo como desfecho grandes chances de causar danos físicos, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou com déficits (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A violência é um fenômeno complexo e multifatorial, que pode ser classificado em três diferentes grupos considerando-se quem comete o ato violento: violência interpessoal, auto-infligida e coletiva. E, dentro destes três grandes grupos, os atos de violência podem ser subdivididos em quatro grupos: violência física, violência sexual, violência psicológica e negligência. (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Conforme segue na Figura 1, a classificação dos tipos de violência.

Figura 1 - Classificação dos tipos de violência.

Fonte: Krug et al., 2002, p.7 (modificado).

A violência auto-infligida pode ser subdividida em: comportamento suicida e autoabuso, e devido a relevância o tema tem sido estudado, amplamente de maneira crescente. Estudos evidenciam aumento significativo de cuidados em saúde para tipos de violência nos serviços de saúde, além da necessidade de melhores estratégias de prevenção

(KRUG et al., 2002; CORREIA et al., 2014; PLÖDERL et al., 2014; BAHIA et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2018).

A violência coletiva pode ser subdividida em: social, política e econômica. O principal elemento que diferencia este tipo de violência dos outros tipos é a abrangência que esta pode assumir por ser relacionada a instituições, grandes organizações de pessoas ou pelos estados (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BENAVIDES VANEGAS, 2015; CASSIANO et al., 2016; LADEIA; MOURÃO; MELO, 2016).

Por fim, a violência interpessoal pode ser subdividida em: violência comunitária e violência intrafamiliar. A violência interpessoal comunitária é cometida geralmente por estranho e fora do ambiente familiar. A violência intrafamiliar comumente praticada entre membro da família e parceiro íntimo. São consideradas vulneráveis a esta violência as pessoas idosa, mulher ou criança e adolescente (KRUG et al., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Ainda, quanto a natureza dos atos violentos, esta pode ser física, sexual, psicológica ou negligência. Por isso, mas não apenas adotou-se o referencial proposto pela WHO para o presente estudo, sendo consonante com as variáveis mensuradas e de nosso interesse (MONTESANTI, 2015; LADEIA; MOURÃO; MELO, 2016; BERNARDINO et al., 2017; SILVA, 2018).

Estudos sobre violência e estresse têm utilizado o termo estresse precoce como sinônimo de “maus-tratos infantis” ou “traumas na infância” (CAMARGO et al., 2017; SERRALTA, 2018). Há também estudos que investigam nesta população “Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores” e “Transtornos de Estresse Pós-Traumático” (TEPT), que podem englobar o Estresse Precoce, compartilhando de mesma etiologia, porém manifestado por quadros heterogêneos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; YEHUDA et al., 2015; FREITAS; FARINELLI, 2016; NEGREIRA; ABDALLAH, 2019).

Por este motivo, no presente estudo, a violência interpessoal foi a principal violência investigada, a partir de avaliação de Estresse Precoce, experiências de violência vividas e fatores estressores. A avaliação considerou os subdomínios do “Questionário sobre Traumas na Infância”, abuso emocional, abuso físico; abuso sexual; negligência física e negligência emocional, “Escala de Avaliação de Transtorno de Estresse Pós-traumático Administrada pelo Clínico” (BERNSTEIN et al., 2003; GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006; BLAKE et al., 1995; PUPO et al., 2011). Conforme detalhado no subtítulo **“3.7 Coleta de dados”**.

A literatura científica é robusta e evidencia que uma criança exposta a eventos traumáticos e estressores precoces poderá tornar-se um adulto com maior vulnerabilidade a desenvolver um transtorno mental. Sabe-se, por exemplo, que pacientes com histórico de estresse precoce têm maiores chances de sofrer de quadros depressivos e as mulheres são mais vulneráveis a este adoecimento (KRUG et al., 2002; SILVA; FALBO; CABRAL, 2009; MARTINS, 2012; RAABE; SPENGLER, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; OUELLET-MORIN et al., 2015; FLORY; YEHUDA, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2017; BOER et al., 2019).

A violência contra as mulheres foi oficialmente reconhecida como uma violação de direitos humanos na Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, em 1993, e constitui verdadeiro desafio às sociedades modernas (VIENA, 1993). No Brasil, a convenção de Belém do Pará define violência contra a mulher como “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994, cap. I, artigo 1).

Outro marco importante, neste contexto foi a sanção da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha. Esse instrumento jurídico cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher que vem se consolidando até os dias de hoje (BRASIL, 2006; BANDEIRA; ALMEIDA, 2015; AMARAL et al., 2016; NOLETO; BARBOSA, 2019).

Segundo a OMS, 35% das mulheres de todo o mundo serão vítimas de violência doméstica ou sexual, em algum momento de suas vidas, o que constitui uma importante questão de saúde pública. A OMS evidencia também que, no mundo, uma em cada cinco mulheres sofreu abusos sexuais na infância e que 38% dos assassinatos de mulheres na vida adulta são cometidos por seus cônjuges (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013). O que reflete como a violência interpessoal pode estar presente na vida de uma mulher nas sociedades contemporâneas.

O mais amplo estudo sobre o tema identificado na literatura científica, refere-se a uma pesquisa multicêntrica, realizada em 10 países, com 24.000 mulheres, evidenciou que 15% a 71% das mulheres sofrem violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. E, que a diferença nesta porcentagem mostra a necessidade de ações preventivas no combate a este tipo de violência, considerada ainda todas as diferenças culturais e socioeconômicas que há entre os diferentes países (GARCIA-MORENO et al., 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

E, neste contexto, os danos causados pela violência contra a mulher podem durar a vida inteira, além de abranger outras gerações, com efeitos adversos sérios na saúde, na educação e no trabalho destas vítimas (PATIAS; BOSSI; DELL'AGLIO, 2014; COLOSSI; MARASCA; FALCKE, 2015). Por se tratar de um evento traumático na vida da mulher, a violência pode constituir um evento estressor e assim acarretar o sofrimento psicológico, como: sentimentos de negação, culpa, isolamento, confusão, entorpecimento, medo, depressão, desesperança e baixa autoestima (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017; MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Estudos mostraram que estas vítimas possuem risco elevado a desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Depressão, Dependência Química, problemas de saúde, redução da qualidade de vida, comprometimento da satisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com relacionamentos interpessoais (PATIAS; BOSSI; DELL'AGLIO, 2014; GREGORY; WILLIAMSON; FEDER, 2017; SHALEV; LIBERZON; MARMAR, 2017).

Embora, no Brasil, vários avanços tenham sido obtidos na esfera legal, com a promulgação de leis mais severas para punir os agressores de mulheres, observa-se este fenômeno, ainda como um grave problema social e de saúde pública (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; FREITAS; FARINELLI, 2016; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019). Trata-se de um grave problema social, com alta complexidade e com influência multifatorial (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; GRIEBLER; BORGES, 2013; MINAYO et al., 2018).

Em muitos casos, há influências socioculturais, o envolvimento emocional da vítima com o agressor, desconhecimento de direitos fundamentais, falta de suporte social, preconceito, desinformação e outras condições negativas para esta mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; SILVA et al., 2012; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Cabendo ressaltar que as demandas relacionadas a violência contra a mulher são frequentes em diversas áreas, demandando o acesso aos serviços sociais especializados, sendo importante à intersecção entre saúde e justiça (ESTEVEES et al., 2014).

A robusta literatura científica permite constatar que a violência contra a mulher é um fenômeno mundial, relevante, atual e grave, que, na sociedade brasileira, persiste apesar dos avanços da legislação para punir tal prática. O cuidado a saúde destas mulheres vítimas de violência tem se desenvolvido diante das alarmantes demandas. Porém, estudos na área são essenciais para promover avanço científico e ações que possam promover a prevenção e promoção da saúde destas vítimas articulando-as, ainda a proteção a seus direitos.

Para a enfermagem, profissão que tem como objeto de trabalho o cuidado à saúde, a atenção a mulheres vítimas de violência pressupõe especialização na área de enfermagem forense e urgência e emergência, além de eficiente planejamento do cuidado integral a estas mulheres articulado aos recursos e componentes das redes de saúde. Estudos nesta temática favorecem maiores conhecimentos, reflexões e visibilidade ao fenômeno que possibilitem avanços no cuidado a estas mulheres.

1.2.2 *Estresse: origem, definições e neurofisiologia*

O termo homeostase foi proposto e definido por Walter Bradford Cannon, como o esforço fisiológico de diversos mecanismos homeostáticos para a manutenção do equilíbrio interno do organismo (CANNON, 1929). O fisiologista e cientista Hans Selye foi o primeiro a adotar o termo estresse em experimentos nas ciências biológicas, integrando o conceito de homeostase proposto por Walter Cannon, (CANNON, 1929; SELYE, 1956; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

Hans Selye, após concluir diversas investigações, definiu o estresse como a resposta inespecífica do organismo a qualquer necessidade intrínseca gerada em ambientes adversos ou não adversos, resultando na adaptação a novas situações (SELYE, 1956). Neste sentido, para explicar as variáveis relacionadas ao estresse e a adaptação do organismo em diferentes ambientes, o fisiologista propôs um modelo composto por três fases (Figura 2): alerta, resistência e exaustão nomeando-as como “Síndrome Geral de Adaptação” (SELYE, 1956).

Figura 2 - Representação do modelo trifásico de estresse.

Na fase de alerta ocorre a quebra rápida do equilíbrio interno do organismo, com ativação do sistema nervoso autônomo simpático, liberação de neurotransmissores, estímulo da medula das glândulas adrenais e liberação dos hormônios noradrenalina e adrenalina. Na fase de resistência, o organismo se esforça em retornar ao equilíbrio ou funcionamento normal, há a produção do hormônio esteroide cortisol no córtex das glândulas adrenais. Nesta fase o indivíduo apresenta grande entusiasmo, aumento da produtividade e potencial à resposta de “luta e fuga”. Por fim, na fase de exaustão, a energia de adaptação não foi suficiente e o organismo apresenta problemas adaptativos para defender-se a agentes estressores (SELYE, 1956, NELSON, 2005; GUYTON; HALL, 2011; SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015).

Para melhor compreensão do estresse e seu impacto no organismo humano, são utilizados os conceitos de alostase e carga alostática. Tais conceitos auxiliam compreender os impactos adaptativos na arquitetura cerebral diante da exposição ao estresse (ZHANG et al., 2019). Respectivamente, alostase engloba a conservação da estabilidade fisiológica do indivíduo e carga alostática explica a deterioração fisiológica do indivíduo decorrente da exposição contínua a alostase, ou seja, uma resposta inadequada e incompleta a agentes estressores (MCEWEN, 1998, 2004; MCEWEN et al., 2012; RAGLAN; SCHULKIN, 2013; SABRI; GRANGER, 2018).

Nesta compreensão dinâmica entre homeostase e alostase, considera-se que o cérebro coordena as respostas psiconeuroendócrinas dos indivíduos ao estresse, lidando de maneiras específicas e diferentes aos desafios, influenciado por fatores genéticos, ambientais e vivências diversificadas durante os ciclos vitais de cada pessoa (MCEWEN, 1998, 2004; MCEWEN et al., 2012; WIMALAWANSA, 2016; GOLDSTEIN, 2019).

O organismo humano e de outros seres vivos acumularam diversos mecanismos adaptativos para enfrentar as demandas externas ou ambientais, para sobreviverem e reproduzirem-se. No organismo humano, essas demandas extrínsecas ou situações adversas provocam respostas mediadas por diversos sistemas, que promovem a modulação do funcionamento neuronal em diversos níveis do sistema nervoso, para a tomada de decisão, aprendizagem e memória, bem como alterações na dinâmica no sistema endócrino e imune, nas respostas autonômicas e emocionais (MCEWEN, 1998, 2004; GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012).

A resposta do organismo humano ao estresse, por exemplo, se inicia no momento em que o cérebro é capaz de identificar um agente desencadeador de um estímulo e/ou situação, positivo/negativo, que produz uma reação fisiológica. O mecanismo geral de

resposta ao estresse consiste em duas sequências bioquímicas separadas: uma rápida mediada pelos neurotransmissores noradrenalina e adrenalina e outra lenta mediada pelo hormônio esteroide cortisol (MCEWEN, 1998, 2004; GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; HERMAN et al., 2016).

A adrenalina atua no metabolismo da glicose, disponibilizando os estoques de nutrientes dos músculos a fim de fornecer a energia necessária ao organismo quando este se encontra diante de uma situação estressora. Juntamente, com a noradrenalina, a adrenalina causa um aumento no débito cardíaco, assim como da pressão arterial. (MCEWEN 1998, 2004; GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012).

Já o cortisol, hormônio corticosteroide é secretado pelo córtex da adrenal, exerce efeitos sobre o metabolismo da glicose quebrando as proteínas e convertendo-as em glicose, contribui para transformar a gordura em energia e para o aumento do fluxo sanguíneo. Além disso, o cortisol também paralisa as funções reprodutivas e inibe o sistema imune (MCEWEN, 1998, 2004; GUYTON; HALL, 2011; MCEWEN et al., 2012; SCHALINSKI et al., 2015).

Estudos recentes têm abordado as respostas fisiológicas a eventos estressores, dividindo-as em estresse agudo e estresse crônico. Quando agudo, o estresse desencadeia respostas fisiológicas adaptativas que podem ocasionar interrupções abruptas na homeostase, interferindo diretamente nos sistemas: neurológico, endócrino e imunológico, tendo como consequências possíveis o desencadeamento de enfermidades (GUYTON; HALL, 2011; JURUENA, 2014; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017).

Quando crônico o estresse pode prejudicar a arquitetura cerebral, o estado imunológico, os sistemas metabólicos e a função cardiovascular, estando relacionado à depressão, distúrbios do sono, distúrbios alimentares, ansiedade, doenças cardiovasculares, diabetes, comportamentos suicidas, problemas com álcool e outras drogas, além de disfunções sexuais (GUYTON; HALL, 2011; JURUENA, 2014; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017; JURUENA; CLEARE; YOUNG, 2018).

O evento estressante e experiências traumáticas desencadeiam respostas fisiológicas que podem provocar mudanças no padrão de vida de indivíduos causando predisposição ou precipitação de doenças. Desta maneira, o estudo do estresse e suas consequências evidenciam-se no meio científico como uma necessidade latente, considerando os inúmeros eventos estressores a que são, cotidianamente, submetidos os indivíduos nas sociedades contemporâneas (SHONKOFF et al., 2012; AVILA, 2016; LINHARES, 2016).

Estudos evidenciam que a experiência traumática influencia o processo mental e aumenta a susceptibilidade de um sujeito adoecer (SHONKOFF et al., 2012; CARR et al., 2013). O estresse pode ocorrer ainda na infância, decorrente de abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional, causando uma tensão inicial que pode trazer inúmeros prejuízos à pessoa no decorrer de sua vida (MARTINS et al., 2011; TUNNARD et al., 2014).

Estudos em humanos sugerem que as mulheres respondem ao estresse agudo com o aumento da mobilização de várias células do sistema imunológico e diminuição da sensibilidade a glicocorticoides. Além disso, algumas evidências sugerem que o estresse crônico pode levar a alta imunossupressão em mulheres em relação aos homens (SILVA; FALBO; CABRAL, 2009; BEKHBAT; NEIGH, 2017).

Ainda, diante do contexto exposto, as mulheres são mais vulneráveis a diversas tipos de eventos estressores sérios, que englobam a violência interpessoal. Essa realidade justifica a produção de conhecimento e evidências científicas, considerando este grupo vulnerável, como verifica-se na epidemiologia nacional e internacional para compreender melhor este fenômeno relacionado às diferenças de sexo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; ALBUQUERQUE NETTO et al., 2017; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; BRASIL, 2018).

1.2.3 Depressão

A Depressão, segundo os critérios do DSM-5, é caracterizada por tristeza, perda de interesse em atividades e diminuição da energia, podendo estar presentes outros sintomas como: perda de confiança e autoestima, culpa inapropriada, pensamentos de morte e suicídio, diminuição da concentração, distúrbio do sono e apetite. Os pacientes com Depressão ainda podem apresentar uma multiplicidade de sintomas somáticos que podem variar a gravidade de leve a muito grave. Estes sintomas devem perdurar por pelo menos duas semanas e gerar prejuízos e sofrimento evidentes ao paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os transtornos depressivos são psicopatologias recorrentes em mulheres e destacados em diversos estudos (GREGOLETI; SCORTEGAGNA; PORTELLA, 2016; DOERING; SIMS; MILLER, 2017). Esses transtornos apresentam subtipos, sendo estes o transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido

por substância-medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No mundo e no Brasil, depressão relacionada a violência pode ser evidenciada pela exposição precoce a eventos estressores ou traumáticos na infância e adolescência, emergindo tal psicopatologia ao longo da vida e na vida adulta (MARTINS et al., 2014; XIE et al., 2018; FANGER; SANTIAGO; AUDI, 2019). Neste contexto, estudos destacam as mulheres como grupo vulnerável a sofrerem violência, impactando no desenvolvimento de transtornos depressivos de modo recorrente (BOSAPO, 2016; BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, 2017).

1.2.4 Iridologia: origem, definições e produção científica

Iridologia é ciência que estuda a íris dos olhos, sendo aplicada na prática clínica durante o processo propedêutico, logo auxilia e apoia as hipóteses diagnósticas de profissionais da saúde. A iridologia é uma ciência da saúde integrativa, que permite estudar as condições psicológicas e biológicas de um indivíduo. Esta ciência avalia estruturas, pigmentação e sinais na íris dos olhos para fornecer informações sobre a constituição dos organismos no ciclo vital. Além disso, esta prática é utilizada na prevenção de afecções no organismo humano, visto que os sinais observados não se alteram ao longo da vida, pois são hereditários (BANSAL; AGARWAL; SHARMA, 2019; PAU, 2019).

Atribui-se a Ignatz Von Peczley em 1881, a introdução da iridologia no meio acadêmico com a publicação do estudo *Discoveries in the Field of Natural Science and Medicine: Instruction in the Study of Diagnoses from the Eye* (SHARAN, 2001; FILHO, 2015). Atualmente, existem diversos métodos ou escolas que embasam as práticas em iridologia, entre elas os mais disseminados e praticados são o método Jensen e método Ray Id, fundada na América do Norte, método Deck, fundada na Alemanha e a escola Battello, fundada no Brasil (DECK, 1982; JENSEN, 1982; DENNY, 1984; BATTELLO, 2009).

A iridologia moderna é estudada e ensinada com bases na anatomia, fisiologia, embriologia e genética, majoritariamente, por isso, mas não apenas os teóricos e produtores de conhecimento nesta área mostram que a íris é uma extensão do cérebro, dotada de terminações nervosas, conectadas os órgãos via tálamo óptico e sistema nervoso central. Desta forma, estudos sobre o tema defendem que a íris pode revelar indicativos de

condições diversas do corpo humano, expressados no estroma e fibras (JENSEN, 1980; BATTELLO, 2009; PAU, 2019).

O método da escola de Bernard Jensen bem como a escola de Celso Battello converge nos conceitos de constituição geral, constituição parcial e os estágios evolutivos (JENSEN, 1980; BATTELLO, 2009). A constituição geral é dada pela densidade das fibras da íris, que varia de 1 a 5, sendo o menor número o indicativo de um melhor estado geral dos organismos e o maior número o oposto. A nota da fibra da íris é dada pelo grau de organização das fibras, ou seja, quanto mais retas e próximas entre si menor é a nota e quanto mais ondulações e afastadas entre si, maior é a nota (JENSEN, 1980; BATTELLO, 2009; BECHELLI; BATELLO, 2017). A Figura 3, na sequência, ilustra as diferentes densidades das fibras na íris dos olhos humano como descrito neste parágrafo:

Figura 3 - Os cinco tipos de densidade das fibras da íris ilustrada por fotografias.

Fonte: Battello, 2009, p. 27 - 28 (modificado).

A constituição parcial e os estágios evolutivos se referem aos órgãos do corpo humano com maior tendência ao adoecimento, na Iridologia são denominados como “órgãos de choque”. Para a Iridologia, essas características são determinadas pela hereditariedade e outras dinâmicas da fisiologia humana que podem ser estudadas ou avaliadas pelas diversas técnicas dentro da Iridologia (O’BRIAN, 2018). Entre essas técnicas, utilizam-se mapas iridológicos, com representações topográficas dos órgãos e sistemas do corpo humano, na área das íris dos olhos. Nesta análise, podem ser estudadas as glândulas adrenais de uma pessoa que tenha sido exposta a uma carga alostática alta e se suponha uma hipofunção das adrenais (BATTELLO, 2009; BECHELLI; BATELLO, 2017).

De acordo com a iridologia americana, existem apenas duas cores de íris verdadeiras, azul e marrom. Os olhos castanhos ou verdes são combinações das cores

consideradas verdadeiras. Na iridologia as cores das íris são divididas e classificadas em três tipos básicos: azul, marrom e misto. Respectivamente, representam a classificação das constituições iridológicas, parâmetro utilizado para estudar características psicológicas e biológicas de um indivíduo, sendo a linfática, hematogênica e misto-biliar (O'BRIAN, 2018). A Figura 4, na sequência, ilustra as constituições e cores da íris dos olhos, de acordo com a iridologia.

Figura 4 - Imagem das constituições em iridologia (1) Linfática, (2) Hematogênica e (3) Misto-biliar.

Fonte: Próprio autor.

Ainda, pode ser investigado a presença ou ausência, além da quantidade de um parâmetro denominado, como “arcos de tensão” ou “anéis nervosos”, que são círculos concêntricos completos ou parciais evidenciados na íris. Tais anéis aparecem com maior frequência na zona periférica da íris, se presente o parâmetro varia em número de zero a seis (BATELLO, 2009; FILHO, 2015). A Figura 5, na sequência ilustra tais anéis descritos, neste parágrafo.

Figura 5 - Imagem da íris com anéis de tensão.

Fonte: Próprio autor.

O método ou escola de Celso Battello possui grande convergência com o Método com o Método Jensen, mas amplia e congrega o conhecimento de outras escolas da Iridologia, tendo revisado junto com Clay Pareschi mais de 90 mapas de Iridologia, por este motivo esta pesquisa o adotou como referência como mostrado no subtítulo “**3.8.2 Protocolo 2**” (JENSEN, 1980; 1982; BATTELLO, 2009; 2017; BECHELLI; BATELLO, 2017).

Embora seja crescente a produção científica sobre a iridologia, novas investigações com delineamentos mais robustos, controlados e rigorosos são necessários para produção de evidências e avanços na área (WOODCOCK; PULLIN; KAISER, 2014; DRESCH; LACERDA; JÚNIOR, 2015; MAHER et al., 2018).

O pesquisador Ernst (1999), conduziu uma revisão sistemática da literatura, a qual teve amostra final ($n = 3$) de publicações ensaios clínicos para leitura na íntegra. Baseado nesta síntese de evidências, o autor não fez recomendações para futuros estudos e concluiu que a iridologia não possuía evidências científicas sólidas. Por outro lado, a revisão sistemática realizada por Salles e Silva (2008), com 25 estudos produzidos em 14 países diferentes, mostrou resultados significativos, quanto a aplicação da iridologia em seres humanos na área da saúde.

Em 2011, um estudo realizado no Brasil, em uma amostra com 20 pessoas de ambos os sexos investigou a correlação entre o grau de ansiedade e um sinal na íris. Para esta comparação relacionou-se os resultados obtidos pela aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e um sinal iridológico denominado arco de tensão. A associação entre as duas variáveis foi de 75% na amostra estudada, assim quanto maior o número de anéis de tensão na íris maior foi o score do IDATE (SALLES; SILVA, 2011).

Outro estudo brasileiro comparou a evolução de 91 participantes, com e sem Diabetes Mellitus quanto ao sinal iridológico “Cruz de Andréas” durante quatro anos. O sinal iridológico utilizado neste trabalho indica uma fragilidade no pâncreas e é composto por 4 pontos na íris, marcada às 10, 20, 40 e 50 minutos, tomando a íris análoga a um relógio. Concluiu-se que o grupo com o sinal “Cruz de Andréas” desenvolveu maior resistência à glicose e diagnóstico positivo para Diabetes, em relação ao grupo sem o sinal investigado (SALLES; SILVA, 2015).

Na Coreia Sul, em 2005, foi conduzido um estudo tipo caso-controle com uma amostra de 87 participantes hipertensos e 79 voluntários sadios, em que se investigou a relação entre a constituição da pigmentação da íris e o polimorfismo do gene que produz a enzima conversora de angiotensina. Os autores observaram que genótipo DD foi mais

prevalente no grupo de hipertensos com uma constituição iridológica denominada neurogênica, do que em controles. Esta descoberta suporta a hipótese de que o alelo D é um gene candidato para hipertensão (UM et al., 2005).

Recentemente, a hipofunção do córtex da glândula adrenal foi tema em um estudo de caso, no qual empregou-se o conhecimento da medicina clássica e a iridologia para sustentar a hipótese diagnóstica de um paciente do sexo masculino. Devido aos resultados obtidos por meio de avaliação de exames e clínica, considerou-se pertinente a avaliação do sinal na íris localizado na área referente a representação da glândula adrenal. Após esta investigação foi evidenciado forte coerência relacionada ao sinal iridológico e os exames clínicos e laboratoriais realizados no paciente. Os autores sugerem a realização de pesquisas sobre iridologia e o eixo psiconeuroimunendócrino, destacando o componente, glândula adrenal (BECHELLI; BATELLO, 2017).

Importante salientar que ainda há controvérsias quanto a confiabilidade e possibilidade de aplicação da Iridologia como uma referência qualificada no contexto acadêmico e nas práticas de cuidado à saúde em terapias complementares. Por isso, faz-se necessária a realização de estudos com métodos rigorosos e controlados. Não foram encontrados na literatura científica estudos sobre iridologia e violência em mulheres. Diante o exposto, o presente estudo mostra-se relevante, e pode contribuir para ampliação de conhecimentos na área.

1.3 Hipóteses do estudo

H1: Há relação entre a violência, estresse, gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos em mulheres com Transtorno Depressivo.

H0: Não há relação entre a violência, estresse, gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos em mulheres com Transtorno Depressivo.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a relação entre violência, estressores, estresse, gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos em mulheres com Transtorno Depressivo.

2.2 Objetivos Específicos

- a) identificar e descrever o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres com Transtorno Depressivo;
- b) avaliar e classificar a ocorrência de violência na vida das mulheres com Transtorno Depressivo;
- c) avaliar estresse (precoce e atual), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), gravidade de sintomas depressivos e sinais iridológicos das mulheres com Transtorno Depressivo;
- d) testar e comparar a relação entre: violência interpessoal, estressores (estresse precoce e TEPT), gravidade de sintomas depressivos, estresse atual e sinais iridológicos das mulheres com Transtorno Depressivo.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

Esta tese apresenta resultado parcial de um projeto maior intitulado: “Impacto da violência na manifestação de estresse e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas”, que tem por objetivo “avaliar a relação entre estresse precoce e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas”. Os demais resultados deste projeto maior serão divulgados em artigos científicos, oportunamente.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem descritiva-analítica, de corte temporal transversal em uma amostra por conveniência não probabilística de mulheres com Depressão, cadastradas em dois serviços de saúde mental: um Ambulatório de Transtornos do Humor de um hospital de grande porte e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), ambos localizados no interior do estado de São Paulo, Brasil.

Os estudos exploratórios são propostos para investigar fenômenos complexos, que podem estar relacionados a nível diferença de qualidade e quantidade de evidência científica para embasar uma proposta de pesquisas. Os estudos exploratórios investigam fenômenos pouco explorados, contribuindo para futuras pesquisas, ambos contribuem para a formulação de hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2003; GIL, 2008).

O estudo descritivo é adotado para descrever e caracterizar o perfil de uma população ou compreender um evento, por meio de frequências e correlação de variáveis não manipuladas. Nos estudos analíticos são estabelecidas hipóteses, que podem ser examinadas de forma crítica, além de receberem tratamento estatístico podendo gerar síntese de evidências (MARCONI; LAKATOS, 2003; GIL, 2008).

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado em dois serviços que ofereceram atendimento ambulatorial em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil. O local de **Estudo 1** é caracterizado, Ambulatório de Transtornos do Humor de um Hospital Escola e o local de **Estudo 2** caracterizado, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), ambos serviços públicos gratuitos e vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2.1 Local de estudo 1

O Ambulatório de Transtornos do Humor de um Hospital Escola referência para mais de 25 cidades, referência para uma população de aproximadamente 1.349.170 pessoas. O serviço possui uma equipe de profissionais entre psiquiatras, residentes em psiquiatria, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem altamente capacitados. A assistência é oferecida toda semana, por meio de consultas médicas, grupos terapêuticos e atendimentos familiares. O enfoque do cuidado é terapêutico e psicossocial. Além disso, este ambulatório desenvolve atividades de pesquisa científica e extensão universitária.

3.2.2 Local de estudo 2

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) da Secretaria Municipal da Saúde de uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo, Brasil. O serviço oferece atendimento psiquiátrico, psicoterapia, terapia ocupacional e práticas grupais. A unidade funciona em regime intensivo, 24 horas por dia, atendendo toda a área de abrangência da cidade de Ribeirão Preto, com dois elementos de fluxo, sendo um proveniente das Unidades Básicas Distritais de Saúde, e outro proveniente das Unidades de Saúde Mental. A população é atendida nas modalidades de observação por período integral, período matutino e/ou vespertino, seguimento ambulatorial e emergencial por equipe multiprofissional em saúde.

3.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta por mulheres com depressão atendidas em dois serviços públicos de saúde mental de um município do interior de São Paulo/Brasil, correspondendo a aproximadamente 240 mulheres. As participantes elegíveis foram indicadas pela equipe de cada um dos dois serviços na pré ou pós consulta médica. Desta forma, a amostra por conveniência e não probabilística foi adotada para o desenvolvimento do presente projeto. A amostragem não probabilística é aquela em que as amostras são selecionadas por critérios subjetivos do pesquisador, de acordo com a sua experiência ou com os objetivos do estudo (POLIT; HUNGLER, 2011). Antes de iniciar a coleta de dados foi solicitada autorização para o responsável de cada unidade. As participantes foram esclarecidas sobre o tema da pesquisa, objetivos, procedimentos, garantias éticas e

participação voluntária. O tempo total necessário à participação foi de 60 minutos, aproximadamente. A coleta de dados teve duração de quatro meses e foi dividida entre os dois locais. Em média, havia três consultas/dia a mulheres com diagnóstico de Depressão, totalizando 60 atendimentos/mês. Assim, 240 mulheres foram elegíveis e destas 125 foram convidadas a participar do estudo. A amostra foi composta por 55 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, que aceitaram participar do estudo, de acordo com a Figura 6, apresentada na sequência:

Figura 6 - Fluxo de composição da amostra (n=55).

Fonte: Próprio autor.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo, foram incluídas participantes do sexo feminino, com idade maior de 18 anos, com qualquer grau de alfabetização (autorreferida), com episódio depressivo maior atual e/ou recorrente e ou com episódio depressivo maior e/ou transtorno distímico.

A classificação diagnóstica foi avaliada com a aplicação de entrevista estruturada Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versão Brasileira 5.0.0 (Anexo A).

O critério de exclusão foi ser participante com alterações nos olhos que impedissem a avaliação dos sinais iridológicos. Porém, nenhuma participante atendeu ao critério de exclusão.

3.6 Proteção de participação do estudo

Após aprovação pelos locais de estudo, a presente investigação foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 14 de setembro de 2016 de acordo com o Ofício CEP-EERP/USP nº 296/2016, de 15 de setembro de 2016 e Protocolo CAAE 56549016.8.0000.5393 (Anexo H). A coleta de dados foi iniciada, após o recebimento da autorização CEP-EERP/USP. O segundo local de estudo foi incluído durante o desenvolvimento do projeto. O local avaliou e aprovou o projeto, passando pela aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) de acordo com o Ofício CEP-EERP/USP nº 2.984.761 em 26 de outubro de 2018 (Anexo I).

A todas participantes foi assegurado: a voluntariedade da participação, a recusa da participação sem prejuízo ao tratamento realizado no ambulatório local de pesquisa; liberdade de retirar-nos o consentimento a qualquer momento da pesquisa, ainda as participantes receberam informações contendo a justificativa, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo; ausência de remuneração e gastos; segurança de não serem identificados; uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) com as assinaturas do pesquisador principal e da pesquisadora orientadora. Este termo foi impresso em frente e verso e, com o cabeçalho das páginas enumerados da seguinte forma: 1/3; 2/3; 3/3; as três faces das páginas foram rubricadas pelo pesquisador principal. Respeitando os parâmetros éticos para investigações envolvendo seres humanos, especialmente a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

3.6.1 Riscos e benefícios do estudo

Os riscos considerados para o presente estudo estariam relacionados a eventual sentimento de constrangimento, tristeza ou sensibilidade, devido ao constructo dos

instrumentos psicométricos, relacionados a eventos estressores e a situações de violência experienciadas ao longo da vida das participantes. O pesquisador responsável em qualquer situação de risco estava preparado para acolher, adequadamente as demandas das participantes, avaliando também a gravidade para a auxiliar a buscar a melhor solução, inclusive poderia buscar suporte de outros profissionais se necessário.

O direito de interromper a participação na pesquisa foi devidamente assegurado e foi garantido que a participação não geraria qualquer interferência ao tratamento oferecido às participantes nos serviços de saúde. Ainda, o pesquisador informou ao término da coleta de dados, que apresentará os resultados desta investigação nos dois locais de estudo com divulgação prévia e comprometeu-se a fazer um contato com as participantes após o término da presente pesquisa para mostrar os resultados individuais dos dados aferidos a cada participante, respectivamente. Outros benefícios previstos foram indiretos e relacionados a possíveis avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções no cuidado à saúde desta.

3.7 Coleta de dados

As mulheres elegíveis para participação do estudo, após indicação do serviço, foram convidadas na sala de espera para consulta médica ou por contato telefônico. A coleta dos dados foi realizada em um único encontro (tempo previsto de 60 minutos), de forma individual e privada com cada participante, em sala de consulta disponível nos dois locais de estudo. Foram utilizados para coleta de dados dois protocolos, sendo: o **primeiro** protocolo composto de questionários; instrumentos para avaliação; registros psiquiátricos e psicométricos; o **segundo** protocolo foi utilizado para coleta de sinais iridológicos, por meio de fotografia para capturar imagens digitais das íris dos olhos, posteriormente esses dados foram analisados, organizados e armazenados em uma HD externo.

As experiências de violência e/ou estressores sérios na vida (variável desfecho) foram classificadas em três grupos: mulheres com múltiplos tipos de violência (Grupo AB); violência interpessoal unicamente (Grupo A), outros eventos estressores sérios unicamente (Grupo B). No presente estudo para mensurar a variável desfecho, aplicou-se os instrumentos psicométricos: *Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS-IV* (vide item 3.7.4) e *Childhood Trauma Questionnaire – CTQ* (vide item 3.7.5).

O pesquisador responsável por este estudo aplicou os seguintes questionários, instrumentos e procedimentos:

3.7.1 Questionário Sociodemográfico, de Condições de Trabalho e Saúde (Apêndice C)

A avaliação clínica de saúde e sociodemográfica foram realizadas para a caracterização das voluntárias deste estudo e os dados foram obtidos pelo “Questionário Sociodemográfico, de Condições de Trabalho e Saúde”, elaborado pelo pesquisador deste estudo e colaboradores do grupo de pesquisa envolvidos neste estudo. Os itens desta ficha de coleta de dados foram organizados para favorecer o processo de dupla digitação dos colaboradores, na etapa de construção e validação do banco de dados desta pesquisa. Ainda, foram utilizados dados dos prontuários e de registros do serviço sobre as mulheres participantes desta pesquisa. As informações coletadas foram: data de nascimento; local de procedência e residência; etnia ou raça autodeclarada; nível de escolaridade e número de anos estudados; estado civil; crença religiosa; ocupação/profissão; renda pessoal e do núcleo familiar; laços genealógicos; número de filhos; histórico de doenças clínicas. As participantes foram questionadas sobre a ocorrência de abortos prévios, espontâneos e provocados, histórico familiar de transtornos psiquiátricos, histórico de tentativa de suicídio (autoagressão), histórico de internação psiquiátrica, abuso álcool e outras drogas, bem como tabagismo. Investigou-se a realização de reposição hormonal, a menopausa, uso anticoncepcional, medicações prescritas e doses diárias, início do quadro depressivo. Os dados dos prontuários das pacientes participantes foram usados no esclarecimento de informações necessários para o presente estudo. Por exemplo: diagnóstico, idade que começou a adoecer, data ou idade em que recebeu diagnóstico, data da primeira internação, número de episódios anteriores ao início do estudo e medicações em uso.

3.7.2 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – M.I.N.I. 5.0.0 (Anexo A)

A Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versão 5.0.0 foi criada por Lecrubier et al., (1997) e Sheehan et al., (1998) é uma entrevista diagnóstica estruturada (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, apresenta confiabilidade e validade globalmente satisfatórias. Pode ser utilizada em pesquisas, na prática clínica, gestão de programas de saúde e no ensino, sendo destinada à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, e explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas. A validação para a língua portuguesa do Brasil foi feita por Amorim (2000). A versão utilizada no presente estudo é composta por 16 módulos diagnósticos (LECRUBIER et al.,

1997; SHEEHAN et al., 1998; AMORIM, 2000). No presente estudo o instrumento foi utilizado para confirmação diagnóstica, compondo um dos critérios de inclusão e composição da amostra estudada.

3.7.3 Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton - GRID-HAM-D₂₁ (Anexo B)

A Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D) avalia a gravidade de sintomas de Depressão, considerando frequência e intensidade. O instrumento é uma entrevista semiestruturada com duas versões, 17 e 21 itens estruturados com três componentes exclusivos de pontuação, a intensidade e frequência independentes para obter a pontuação de gravidade de sintomas depressivos, utilizando um quadro com medidas de intensidade na vertical e de frequência na horizontal. Os sintomas relacionados a Depressão podem ser classificados de acordo com a gravidade, como é apresentado no Quadro 1. O GRID-HAM-D foi proposta pelo *Depression Rating Scale Standardization Team* (WILLIAMS et al., 2008), e é uma versão modificada da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), proposta na década de 60 (Hamilton, 1960). A escala original HAM-D possui três versões, 17, 21 ou 24 itens, é usada amplamente em estudo para determinar a gravidade da Depressão, mesmo assim o instrumento com mais de meio século de produção científica apresentou falhas, quando comparado a novos instrumentos que avaliam o mesmo constructo. O que motivou a proposta da versão melhorada GRID-HAM-D que apresentou maior confiabilidade interavaliador, também na versão validada para o português do Brasil (HENRIQUE-ARAÚJO et al., 2014). No presente estudo, utilizou-se a Escala GRID-HAM-D₂₁ versão modificada da HAM-D, para determinar a gravidade da depressão. No presente estudo, aplicou-se o instrumento GRID-HAM-D₂₁, para mensurar a variável, gravidade de sintomas depressivos, classificada de acordo com o Quadro 1 que segue:

Quadro 1 - Classificação da gravidade de sintomas de depressão de acordo com o instrumento GRID-HAM-D₂₁.

Gravidade	Intervalo de pontos
Normal	0-3
Limítrofe	4-7
Depressão leve	8-15
Depressão moderada	16-26
Depressão grave	>26

Fonte: Hamilton, 1960.

3.7.4 Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico - CAPS-IV (Anexo C)

A Escala tem o formato de entrevista estruturada com o título original *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. A versão para DSM-IV do instrumento foi desenvolvido por Blake et al. (1995) e foi validada para o português do Brasil por Pupo et al. (2011). O instrumento foi enviado por mensagem eletrônica por Mello em 07 de abril de 2016. Este instrumento é composto por 30 itens que avaliam a frequência e a intensidade de sintomas de TEPT, além de variáveis associadas ao trauma em uma escala de 0 a 4, sendo 0 = nunca/nada intenso e 4 = a maior parte do tempo/muito intenso. Estudo de revisão das propriedades psicométricas feito sobre a CAPS mostrou forte evidência da confiabilidade e validade como medida dos sintomas de TEPT (WEATHERS; KEANE; DAVIDSON, 2001). A escala possui ainda questões que avaliam a presença de sintomas depressivos, como sentimentos de desesperança, tristeza e sensação de estar arrasado, bem como diminuição da concentração e memória. Finalmente são medidos pela escala os prejuízos causados pelos sintomas no desempenho social e profissional do sujeito e a gravidade do quadro. Esta última é avaliada em uma escala de 0 (nenhum prejuízo) a 7 (prejuízo máximo). A escala CAPS possui manual com nove diferentes formas para ser aplicada para a interpretação dos dados obtidos (BLAKE et al., 2000).

Para o presente estudo a escala CAPS foi preenchida e na sequência, usando a folha de rosto, verificou-se quais participantes preencheram todos os critérios diagnósticos para TEPT. Conforme apresentado na sequência:

- Critério A - Acontecimento traumático, item obrigatório, deve apresentar ao menos um acontecimento;
- Critério B - Sintomas relacionados com reviver a experiência, composto por cinco itens, contemplar ao menos um dos itens;
- Critério C - Sintomas de esquiva e de entorpecimento, composto por sete itens, contemplar ao menos três dos itens;
- Critério D - Sintomas de hiperexcitação, composto por cinco itens, contemplar ao menos dois dos itens;
- Critério E - Duração da perturbação, composto por um item, contemplar obrigatoriamente o item;
- Critério F - Angústia ou desajustamento significativo no funcionamento, composto por três itens, contemplar ao menos um dos itens.

Os sete critérios diagnósticos para TEPT apresentados acima são baseados no DSM 4, no período em que se optou por utilizar a versão da escala CAPS – IV descrita acima não estava disponível a versão Cinco da Escala de TEPT aplicada pelo Clínico, pautada nos critérios diagnósticos do DSM 5.

Na classificação dos grupos, as participantes que preencheram afirmativamente aos itens de 1-5, 12-16, foram classificadas com estressores sérios na vida. E as que preencheram aos itens 6-11 foram classificadas com experiência de violência intrafamiliar (vide subitem 3.9.1).

3.7.5 Questionário sobre Traumas na Infância – CTQ (Anexo D)

O instrumento original foi intitulado *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* criado e modificado por Bernstein et al., (2003), traduzido para a língua portuguesa por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi (2006). O questionário possibilita a investigação de histórico de abuso e negligência durante a infância, pode ser aplicado em adolescentes, a partir de 12 anos e em adultos. O respondente gradua a frequência de 28 questões assertivas-retrospectivas, que contempla 5 subtipos de traumas na infância, sendo abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. As definições dos subtipos de trauma estão descritas no Quadro 2, na sequência.

Quadro 2 - Definição das subescalas ou domínios avaliados pelo questionário CTQ.

SUBTIPOS/DOMÍNIOS	DEFINIÇÕES
Abuso Físico (AF)	“é todo tipo de ação a qual dor ou ferimentos, temporários ou permanentes são causados a uma criança por uma pessoa mais velha [...]”
Abuso Emocional (AE)	“é caracterizado por agressões verbais que crianças sofrem de cuidadores [...]”
Abuso Sexual (AS)	“é todo tipo de evento no qual há violência física direcionada aos genitais ou aos órgãos sexuais de crianças. O AS corresponde não apenas ao efetivo estabelecimento de violência, mas também à tentativa de estabelecimento de tal contato. Além disso é considerado todo tipo de comportamento que submeta uma criança a assumir o papel sexual incompatível com sua idade de desenvolvimento [...]”
Negligência Física (NF)	“à falha dos cuidadores em atender as necessidades físicas de uma criança [...]”
Negligência Emocional (NE)	“corresponde a falha dos cuidadores da criança protegê-la da exposição a eventos excessivamente estressante. Além disso, corresponde também ao fracasso dos responsáveis em oferecer suporte emocional à criança, de forma que não estimulem seu desenvolvimento emocional, intelectual e social [...]”

Fonte: Sanvicente-Vieira e Grassi-Oliveira, (2016, p. 380).

Os itens do CTQ são classificados em uma escala Likert que varia de 1 (nunca) a 5 (sempre). A pontuação para cada uma das cinco subescala ou domínio varia de 5 a 25, sendo a classificação dos pontos de corte para pelo menos um subtipo de Estresse Precoce, quando moderadas à severo e/ou severo à extremo. A classificação dos pontos de corte e subescala ou domínio de Estresse Precoce obtidos pelo CTQ, de acordo com o autor Bernstein et al. (2003), estão descritos no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Classificação das subescala ou domínio de Estresse Precoce de acordo com a gravidade.

SUBESCALA/DOMÍNIO	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

Fonte: Bernstein et al. (2003).

No presente estudo, quando as respondentes apresentaram ponto de corte de “moderado a severo” ou “severo à extremo” em pelo menos uma das cinco subescalas ou domínios a participante foi classificada com presença de Estresse Precoce.

Para a classificação das participantes em grupo a experiência de estresse precoce foi classificada como violência intrafamiliar pela natureza dos traumas da infância relacionados (vide subitem 3.9.1).

3.7.6 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Anexo E)

O inventário fornece medidas objetivas relacionadas a sintomas de estresse para pessoas acima de 15 anos. A avaliação é composta por 53 itens, divididos em 34 itens do domínio psicológico e 19 itens do domínio somáticos. Logo propõe-se a identificação do constructo estresse, compreendido no modelo quadri-fásico. O inventário avalia os sintomas experimentado nas últimas 24 horas, na última semana ou no último mês. O inventário original “Inventário de Sintomas de Stress” (ISS) foi publicado em 1994 (LIPP; GUEVARA, 1994). Essa versão do inventário foi substituída pelo “Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp” em 2000 (LIPP, 2000a, 2000b). Além de avaliar os distintos momentos: últimas 24 horas, última semana e último mês. O inventário fornece a classificação das fases do estresse, considerando o modelo quadri-fásico, “Alerta”,

“Resistência” e “Quase Exaustão”, “Exaustão”. O inventário fornece também a prevalência de estresse psicológico ou físico ou os dois, ainda, mensura a presença ou ausência de estresse (LIPP, 2000a, 2000b).

No presente estudo as participantes foram classificadas com/sem estresse atual, conforme as orientações e cálculos recomendados pela autora do inventário ISSL (LIPP, 2000a, 2000b).

3.7.7 Inventário Breve para Identificação de Violência (Apêndice D)

O inventário semiestruturado foi proposto pelo pesquisador responsável pelo presente estudo para garantir a coleta e registro de dados, que caracterizassem a amostra estudada, quanto a vivência de violência na vida (autorreferida) e classificação dos tipos de violência. Inicialmente, para a aplicação desse instrumento, foi feita uma pergunta direta as participantes do estudo: **“Você já sofreu alguma violência na sua vida?”**, assinalou-se um dos dois campos, “() Sim” ou “() Não”. Na sequência, quando o campo “Sim” era marcado, registrava-se por escrito o autorrelato de um ou mais atos de violência sofridos, idade em anos em que ocorreu, um ou mais atos. Por fim, com base no registro escrito, o ato de violência era classificado, quanto ao tipo: física, sexual, psicológica, social, cultural e outras. Essa última alternativa era assinalada, quando o ato relatado não se enquadrava de maneira bem definida nas opções dos cinco primeiros campos. Na presente tese, quando assinalado a opção “outras” o ato descrito foi registrado por meio de um breve texto explicativo.

Participantes com violência foram também classificadas de modo dicotômico, quanto à presença ou não de violência autorreferida. Ainda foram classificados, quanto os tipos de violência como descrito anteriormente e quanto a quantidade de vezes uma participante vivenciou a experiência de exposição ao ato de violência ao longo da vida, podendo variar de 1 a 6 vezes o número de exposição à violência.

3.7.8 Instrumento para Avaliação das Íris (Apêndice E e F)

Para a avaliação das íris foi utilizado instrumento, desenvolvido pelo pesquisador deste estudo, com base no referencial teórico da Escola Battello de iridologia. Para tanto, os sinais iridológicos de interesse foram os “anéis de tensão” e as “lacunas” (BATTELLO, 2009).

Os “anéis de tensão”, também denominados na literatura como: “arcos de tensão”, “anéis nervosos” ou “anéis de estresse” podem ser definidos como círculos concêntricos completos ou parciais evidenciados na íris. Tais anéis são depressões no tecido iridal, verificados com maior frequência na zona periférica da íris, e, quando presentes, variam em número de zero a seis (FILHO, 2015). A presença destes arcos determinou para as participantes do estudo maior vulnerabilidade para manifestar graves níveis de estresse ao longo da vida, conforme evidencia a literatura (SALLES; SILVA, 2011, 2012; PAU, 2019)

As lacunas são verificadas, quando há o afastamento entre as fibras presentes nas íris dos olhos, que se assemelham a pétalas de flores, quando presente este sinal pode indicar uma alteração ou debilidade em um órgão ou sistema do organismo (PUERARI, 2014, 2015; LIM; PARK; PARK, 2016). No presente estudo investigou-se a presença de lacunas na região da glândula adrenal, tendo como parâmetro o Mapa condensado de Iridologia de Celso Battello e Clay Pareschi, na sequência, apresentado de acordo com a Figura 7 (BATTELLO, 2009, p.184). Deste modo, participantes com presença de lacunas, nesta região específica, foram classificadas com maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de psicopatologia ao longo da vida, relacionada à exposição a eventos estressores e atos violentos.

Figura 7 - Mapa condensado de Iridologia com as representações topográficas dos órgãos do corpo humano com a indicação da região que reflete a glândula adrenal nas duas íris dos olhos.

Fonte: Battello, 2009, p.184 (modificado).

As fotografias das duas íris foram estudadas, quanto a presença ou não destes dois sinais iridológico. Os dados extraídos das imagens digitais das íris foram registrados e organizados no Instrumento para Avaliação das Íris (Apêndice E).

3.8 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável deste projeto, previamente treinado nas técnicas de fotografia, iridologia e psicométrica. Para o desenvolvimento destas habilidades o pesquisador responsável realizou:

- treinamento e consultoria técnica especializada sobre conteúdos básicos em fotografia, produção fotográfica, edição de imagem e manuseio de equipamentos fotográficos aplicados à pesquisa científica, oferecido por Caio Fernando Photografer MTB 61.133 SP, carga horária de 8 horas;
- curso teórico-prático de Iridologia Orgânica, certificado pelo Instituto Olivieri, carga horária de 32 horas;
- disciplina de pós-graduação sobre Instrumentos de Avaliação. Qualidades Psicométricas e Aplicabilidade, oferecida pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, carga horária de 90 horas.

As mulheres elegíveis para participação no estudo, após indicação do serviço, foram convidadas a participar da pesquisa na sala de espera para consulta médica ou por contato telefônico. A coleta dos dados foi realizada em um único encontro (tempo previsto de 60 minutos), de forma individual e privada com cada participante, em sala de consulta disponível nos dois locais de estudo. Foram propostos para coleta de dados dois protocolos, sendo: **primeiro** protocolo composto de questionários e instrumentos para avaliação e registros psiquiátricos e psicométricos; **segundo** protocolo foi proposto para a fotografia da íris dos olhos e posterior análise de sinais iridológico. O pesquisador responsável aplicou os seguintes questionários, instrumentos e procedimentos:

3.8.1 Protocolo 1

O protocolo foi composto por questionários e instrumentos psiquiátricos e psicométricos, foram usados para registro de dados sociodemográficos, de condições clínicas de saúde, confirmação de diagnóstico médico, mensuração e avaliação de características e fatores relacionados ao estresse e transtornos psiquiátricos. Todas as

participantes forneceram as informações de forma individual e passaram pelos mesmos procedimentos propostos. Após aceitarem o convite, garantiu-as uma sala privada, onde foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A), sendo explicado e esclarecidas todas as dúvidas que as participantes referiram. Na sequência o TCLE, em duas vias, foi assinado pelas participantes que receberam uma via assinada pelos pesquisadores.

Nesta sequência, foi aplicado o Questionário Sociodemográfico, de Condições de Trabalho e Saúde (Apêndice C) e os itens “1” e “2” e itens “9” e “10” do Instrumento para Avaliação das Íris (Apêndice E) referente as íris direitas e esquerda. Os itens, de acordo com o auto relato das participantes teve a finalidade de garantir a realização posterior da fotografia das íris, pois forneceram dados sobre alterações nas íris. Na sequência foi realizada a confirmação do diagnóstico psiquiátrico para depressão (depressivo maior atual e/ou recorrente e/ou com e/ou transtorno distímico), por meio da entrevista estruturada *Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional – M.I.N.I 5.0.0* (Anexo A).

Após a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram aplicados os seguintes instrumentos: *Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton - GRID-HAM-D₂₁* (Anexo B); *Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico - CAPS-IV* (Anexo C); Inventário Breve para Identificação de Violência (Apêndice D); *Questionário sobre Traumas na Infância - CTQ* (Anexo D); *Inventário de Sintomas de stress para Adultos de Lipp - ISSL* (Anexo E).

3.8.2 Protocolo 2

O protocolo 2 foi composto por equipamentos profissionais e específicos da iridologia e fotografia, usados para a captura de imagens digitais da íris e uma ficha para registro dos dados extraídos avaliados nas imagens digitais das íris dos olhos das participantes deste estudo. Essa etapa de registro de dados foi realizada em um momento posterior ao da coleta, em que as imagens foram analisadas, com auxílio de software de edição de fotografias, próprio para proceder análises iridológicas.

Os itens desta proposta foram apresentados, conforme a sequência de materiais descritos, seguidos de breves explicações; método proposto para utilização dos materiais; processo para assepsia do material empregado neste estudo, bem como a documentação que atestou a qualidade e procedência dos materiais aqui empregados:

3.8.2.1 Materiais descritos, seguidos de breves explicações

Para melhor compreensão do protocolo 2, listou-se os materiais utilizados apresentados abaixo está apresentada apenas com o número e nome do material, além de uma imagem ou fotografia desses materiais para identificá-los de modo mais claro, como pode-se verificar no Apêndice F.

1. Smart Íris (Castells): é um iridoscópio adaptado para acoplar-se a *smartphones*, com lente Macro (Dubleto Acromático 20x52mm, F22, Cristal BK7 e Tratamento Antlux violeta) com iluminação por lâmpadas LED para iridologia;
2. Smartphone (iPhone 4s da Apple): câmera com resolução de 8 megapixels (3264 por 2448 pixels);
3. Tripé para foto e vídeo (TR 682 AN da Digipod): conexão de estrutura adicional que se estende entre o próprio Tripé e dispositivo para captura de imagens (composto pelo item 1 e item 2);
4. Monópode: tamanho (fechado 22 cm por estendido 97 cm), com 7 segmentos, 1/4 de parafuso, encaixe universal, suporta câmeras de até 500g;
5. Suporte ajustável para monópode: item desenvolvido por profissional da engenharia civil, conforme solicitado pelo pesquisador responsável;
6. Queixeira para iridologia (Castells): estabilizar a cabeça das participantes durante a captura das imagens da íris;
7. Controle remoto disparador por *bluetooth* de Celular (Selfie Universa): dispositivo para-se ao smartphone, usado para minimizar a movimentação do dispositivo fotográfico;
8. Gaze embebida em álcool a 70% (BD) utilizada para a antissepsia da ponteira anatômica em borracha do adaptador Smart Íris (Castells);
9. Software Íris 3D 2.0 da 3D Sistemas: é um editor de fotos criado para iridologistas, sendo utilizado neste estudo para a avaliação as fotos da íris das participantes.

3.8.2.2 Método para utilização dos materiais descrito e explicados

A estrutura composta pelos materiais descritos neste protocolo é apresentada em uma simulação que o pesquisador responsável figura fotografias com o sistema completo de

materiais apresentados e montados, objetivando a melhor compreensão do protocolo proposto. Conforme se verifica no Apêndice G.

As imagens da íris foram capturadas, utilizando um *smartphone* (iPhone 4s da Apple), configurado previamente, com os parâmetros: foco por toque (ativado), *flash* (desativado), HDR (desativado), *Wi-Fi* (desativado), *bluetooth* (ativado), bloqueio automático da tela (Tempo: nunca). Após a definição dos parâmetros da configuração do *smartphone*, acoplou-se o adaptador para *smartphone*, Smart Íris (Castells) composto por lente macro iluminação LED e ponteira anatômica de borracha.

Na sequência, o dispositivo para captura da imagem da íris (*smartphone* acoplado a iridoscópio) foi conectado a uma das extremidades de um monópode e a outra extremidade foi conectado a um tripé para fotografia (Digipod), a extremidade oposta a esta última foi amparada por um suporte que garantiu estabilidade dessa extremidade, além de minimizar possível danificação relacionada ao peso do dispositivo de captura das imagens.

A imagem foi capturada no momento em que o disparador remoto para celular com tecnologia *bluetooth* teve o botão pressionado pelo pesquisador, a participante teve a cabeça estabilizada por meio de queixeira para Iridologia da Castells.

As fotos foram inicialmente gravadas na memória do *smartphone*, ainda, durante o armazenamento para garantir a correspondência entre as imagens capturadas e as participantes do estudo, ambas foram nomeadas com os mesmos números de identificação e a indicação de posição, direita e esquerda. Posteriormente, as fotos foram exportadas para o Notebook de propriedade do pós-graduando pesquisador responsável, no qual as imagens foram analisadas e categorizadas, considerando os sinais descritos pela literatura iridológica com auxílio do software Íris 3D 2.0 da 3D Sistemas.

O Software Íris 3D 2.0 da 3D Sistemas foi utilizado para tratar as imagens coletadas, buscando localização de lacuna (abertura entre as fibras do tecido iridal), correspondente a região reflexa a glândula adrenal, que compõe o eixo HPA, na foto da íris das voluntárias.

A decisão por estudar estas glândulas pelo prisma da iridologia, justifica-se pela vasta literatura que evidencia forte correlação entre a variação do hormônio cortisol (liberado pela glândula adrenal) e desenvolvimento de desordens psiquiátricas associadas a exposição precoce a eventos estressores, por meio de biomarcadores (SCHALINSKI et al., 2015; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017; SPEER et al., 2019).

Neste estudo as fotografias das íris foram avaliadas, por meio de representação topográfica referente a região localização da glândula adrenal, foi considerada neste estudo como um marcador biológico para o eixo HPA.

3.8.2.3 Processo proposto para assepsia dos materiais

O dispositivo Smart Íris da Castells possui uma ponteira anatômica produzida em borracha de formato cilíndrico, o qual tocava a mucosa ocular e região periorbital das participantes durante o processo de captura de imagens das íris. Devido este contato, realizou-se a assepsia da ponteira do dispositivo iridológico, Smart Íris da Castells, com 2 envelopes contendo uma unidade de gaze embebida em álcool a 70% em cada envelope. O procedimento de assepsia consistiu em desconectar a ponteira do equipamento, aplicando-se a gaze embebida em álcool a 70% na porção interna e externa da circunferência da ponteira mencionada, anteriormente. O procedimento foi realizado sistematicamente, antes de fotografar a íris de cada participante da pesquisa.

3.8.2.4 Documentação sobre procedência dos materiais e certificado de segurança

A empresa Castells certificou a procedência e segurança do equipamento Smart Íris, por meio de dois documentos: declaração de segurança sobre o equipamento Smart Íris e o LED de iluminação (Anexo F). E, o outro certificando a procedência dos componentes ópticos (Anexo G) utilizados pela empresa Castells na fabricação do equipamento utilizado na presente pesquisa.

3.8.2.5 Avaliação das fotografias das íris e armazenamento

As análises dos sinais iridológicos foram realizadas com referência no Mapa condensado de Iridologia de Celso Battello e Clay Pareschi vide Figura 7, o qual o Software Íris 3D 2.0 da 3D Sistemas projetava este mapa sobre os registros fotográficos das íris, armazenados em um HD externo e em um *pendrive*. Estes registros armazenados, posteriormente eram exportados para a pasta de imagens do programa de edição fotográfica para iridologia.

A localização dos sinais iridológicos no mapa supracitado foram guiadas pelo padrão de 0 – 12 horas como em um relógio. As análises foram realizadas em duas

categorias a primeira indica a região equivalente a glândula adrenal localizada na área das íris, respectivamente, na direita a posição entre 5h e 6h e na esquerda a posição entre 6h e 7h. O processo explicado anteriormente objetivou verificar a presença ou ausência de lacunas, ou seja, espaços entre as fibras da íris, para obter uma variável binária.

Esse dado, foi explicado considerando a iridologia de maneira análoga as alterações produzidas nas dinâmicas fisiológicas do eixo HPA, assim consideramos que a presença desta variável sugere uma predisposição para psicopatologias evidenciadas por alterações do hormônio cortisol liberado pela glândula adrenal.

Na segunda categoria foram verificados nas mesmas imagens outro sinal iridológico descrito pela literatura como “arcos de tensão”, “anéis nervosos” ou “anéis de estresse”, que são círculos concêntricos completos ou parciais evidenciados na íris. Tais anéis aparecem como depressões com maior frequência na zona periférica da íris, e, quando presentes, variam em número de um a seis e podem ser quantificados, agrupados e classificados quanto intensidade de ansiedade em: baixo (0 a 1), moderado (2 a 3), elevado (4 a 5) e altíssimo (6 ou mais).

Esta classificação foi proposta em 2011, segundo um estudo conduzido no Brasil, em uma amostra de 20 pessoas de ambos os sexos nas quais investigou-se a correlação entre o grau de ansiedade e um sinal na íris. Para esta comparação relacionou-se os resultados obtidos pela aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e um sinal iridológico denominado “arco de tensão”. A associação entre as duas variáveis foi de 75% na amostra estudada, assim quanto maior o número de anéis de tensão na íris maior foi escore do IDATE (SALLES; SILVA, 2011).

3.9 Análise dos dados

Os dados coletados foram codificados e tabulados pelo pesquisador principal em uma planilha do software Excel da Microsoft® Office 2016. Os erros de digitação foram controlados, por meio de uma segunda digitação dos dados realizada por um colaborador desta pesquisa. Na sequência, as duas planilhas geradas foram subtraídas entre si pelo pesquisador principal, que procedeu correções dos dados tabulados, gerando a terceira planilha com dados validados.

Procedeu-se a análise dos dados por meio de estatística descritiva das características das participantes deste estudo, sendo realizadas análises mais detalhadas com medidas de distribuição de frequência, números absolutos e percentuais, mínimo e máximo, medida de

tendência central e de dispersão para os dados sociodemográficos, clínicos, escores dos instrumentos de avaliação psicométrica e para os achados avaliados nas fotografias das íris.

Para a análise dos resultados, utilizou-se testes paramétricos e não paramétricos, conforme a natureza das distribuições dos valores, ou a variabilidade das medidas efetuadas, uma vez que os valores individuais são originários de pontos de uma mesma escala (POLIT; HUNGLER, 2011)

Para os testes de associação e regressão logística foram utilizados três Grupos (A ou B, AB) construídos a partir das escalas, “Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) e “Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico” (CAPS-IV). Estes grupos representam: a) participantes com estresse precoce e/ou TEPT apenas; b) participantes apenas com estressores maiores; a/b) participantes com EP, TEPT e estressores maiores. Conforme detalhado no subtítulo, **“3.9.1 Caracterização dos Grupos”**.

Assim, os testes de associação foram realizados comparando-se estes grupos com as variáveis das Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e os sinais iridológicos (classificação da distribuição da frequência dos anéis de tensão e presença/ausência de lacuna na região da glândula adrenal). Tais associações foram por meio dos testes Qui-Quadrado (χ^2) de Pearson e o Exato de Fisher. Já para comparar as médias da Idade e da Renda percapta foram utilizados respectivamente ANOVA e Kruskal-Wallis.

Além das variáveis das escalas e dos sinais iridológicos também foram utilizados as variáveis sociodemográficas e clínicas: Escolaridade (Fundamental/Médio/Superior), Estado civil (Solteiro/Casado ou União Estável/Separado/Viúvo), Religião (Católica/Outra/Nenhuma), Moradia (Sozinho/Família/amigos), Histórico de doença psiquiátrica na família (Sim/Não), Uso de psicotrópicos (Sim/Não): antidepressivo (Sim/Não), sedativo/hipnótico (Sim/Não), antipsicótico (Sim/Não), estabilizador do humor (Sim/Não).

A variável dependente do estudo de regressão logística foi a classificação no grupo AB. O nível A ou B foi adotado como categoria de referência para o ajuste do modelo. A seleção das variáveis independentes foi realizada por meio Critério de Informação de Akaike - AIC (AKAIKE, 1974). A partir dos parâmetros estimados foram calculadas as correspondentes razão de chances (OR) para cada um dos parâmetros estimados. As análises estatísticas no presente estudo foram processadas por meio do programa R versão 3.5.3 (R CORE TEAM, 2018). Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

3.9.1 Caracterização dos Grupos

A princípio, o presente estudo classificou as participantes em quatro agrupamentos para desenvolver o modelo de regressão logística. Os grupos e as definições foram: Grupo A (histórico de violência interpessoal), Grupos B (histórico de outros eventos estressores sérios), Grupo AB (histórico de violência interpessoal e de outros eventos estressores sérios) e Grupos C (ausência de histórico de violência interpessoal ou outros eventos estressores sérios). Conforme detalhado no Quadro 4 que segue:

Quadro 4 - Características do agrupamento de participantes estudadas, quanto os tipos de eventos estressores definidos por instrumentos psicométricos.

Grupo	Instrumento	Classificação de histórico
A	1. CTQ apenas; 2. CAPS-IV itens (6-11) apenas; 3. CTQ e CAPS-IV itens (6-11).	Violência interpessoal.
B	1. CAPS-IV itens (1-5, 12-16) apenas	Outros eventos estressores sérios.
AB	1. CTQ e CAPS-IV itens (6-11) e (1-5, 12-16); 2. CTQ e CAPS-IV itens (1-5, 12-16); 3. CAPS-IV itens (6-11) e (1-5, 12-16).	Possui as duas classificações Múltiplos tipos de violência.
C	Não contempla os critérios dos grupos anteriores.	Ausência de histórico de violência ou estresse precoce e traumas.

Fonte: Próprio autor.

O **Grupo A** é composto pelas participantes com histórico de violência interpessoal; para esta avaliação utilizou-se dois instrumentos psicométricos (CTQ e CAPS-IV), devido características convergentes entre os dois instrumentos. Desta forma, o grupo A foi composto pelas participantes que apresentaram:

1. Estresse Precoce (CTQ) de “moderado a severo” ou “severo a extremo” em pelo menos um dos cinco subtipos de traumas que o questionário avalia;
2. E/ou assinalaram “aconteceu comigo” ou “testemunhei” em pelo menos um dos eventos numerados pelos itens de 6 a 11 na lista de eventos da escala CAPS-IV (PUPO et al., 2011, p.29-anexo C);
3. E/ou histórico de violência interpessoal (item 17 CAPS-IV).

O **Grupo B** foi composto pelas participantes com histórico de outros eventos estressores sérios (mas não relacionados a violência interpessoal); para esta avaliação utilizou-se um instrumento psicométrico (CAPS-IV). Este grupo B foi composto pelas participantes que:

1. assinalaram “aconteceu comigo” ou “testemunhei” em pelo menos um dos eventos numerados pelos itens de 1 a 5 e 12 a 16 na lista de eventos da escala CAPS-IV (PUPO et al., 2011, p.29-anexo C);
2. e/ou histórico de outro evento estressor sério (item 17 CAPS-IV).

O **Grupo AB** foi composto pelas participantes com histórico de violência interpessoal e histórico de outros eventos estressores sérios cumulativamente. Para esta avaliação utilizou-se dois instrumentos psicométricos (CTQ e CAPS-IV), devido características convergentes entre os dois instrumentos. Foram incluídas neste grupo as participantes que contemplavam todos os critérios determinados para o **Grupo A** e para o **Grupo B**.

Por fim, foi previsto o **Grupo C** composto pelas participantes sem histórico de eventos estressores: classificação pautada nas escalas CTQ e CAPS-IV para as respondentes que não atingiram os pontos de corte de moderado a severo ou severo a extremo para nenhum dos cinco subtipos de traumas avaliados pela escala CTQ e não assinalaram nenhum dos 17 itens da “Lista de eventos – Checklist” página 29 (Anexos C) da CAPS-IV, logo não têm histórico de eventos do **Grupo A** e/ou **B** e/ou **AB**.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização das mulheres com Depressão que compuseram a amostra

Participaram do estudo 55 mulheres com Transtorno Depressivo, em atendimento ambulatorial em serviços de saúde, a idade média de 45,56 anos ($dp \pm 10,75$ variação 22 a 67 anos). Entre as participantes 36,4% estudou de 9 a 12 anos, 54,7% eram solteiras, 83,6% moravam com família ou amigos, 72,7% tinham filhos e 80,0% possuíam uma crença religiosa. Os dados detalhados conforme Tabela 1, na sequência:

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	n (%)	Média $\pm$ DP	(Min-Max)
Idade (anos)	---	45,56 $\pm$ 10,75	(22-67)
22-45 anos	25 (45,5)	---	(12-45)
>45 anos	30 (54,5)	---	(46-67)
Escolaridade	---	11,67 $\pm$ 4,99	(02-26)
Ensino fundamental ($\leq$ 8 anos)	16 (29,1)	---	---
Ensino médio (9 – 12 anos)	20 (36,4)	---	---
Ensino superior (> 12 anos)	19 (34,5)	---	---
Estado civil	---	---	---
Solteiro/Separado/Viúvo	30 (54,7)	---	---
Casado /Companheiro	25 (45,3)	---	---
Com quem vive?	---	---	(01-08)
Sozinho	9 (16,4)	---	---
Família/Amigo	46 (83,6)	---	---
Filhos	---	---	(01-08)
Sim	40 (72,7)	---	---
Não	15 (27,3)	---	---
Religião	---	---	---
Sim	44 (80,0)	---	---
Não	11 (20,0)	---	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 55 (100%); $\pm dp$: Desvio Padrão; --- dado não existe; (Min. - Max): Intervalo entre o mínimo e o máximo.

Ainda, quanto ao perfil da amostra, verificou-se que a idade média para início da depressão foi de 27,15 anos ($dp \pm 13,016$ variando de 5 a 51 anos), o número médio de internações psiquiátricas prévias foi de 2,27 ($dp \pm 1,618$ variando de 1 a 5) e 47,3 % das

participantes tinha familiares com diagnóstico de transtornos psiquiátricos. Além disso, 54,5 % tinham doenças clínicas e dor crônica auto referidas. Quanto ao uso regular de psicotrópicos, os mais comuns foram antidepressivos 60,0%, seguidos pelos hipnóticos e sedativos 58,2%. Conforme descrito detalhadamente na Tabela 2, na sequência:

Tabela 2 – Características clínicas de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Doenças clínicas	30 (54,5)	25 (45,5)
Dor crônica	30 (54,5)	25 (45,5)
Tabagista	11 (20,0)	44 (80,0)
Internação psiquiátrica prévia	11 (20,0)	44 (80,0)
Doenças psiquiátricas na família	26 (47,3)	29 (52,7)
Uso de Antidepressivos	33 (60,0)	22 (40,0)
Uso de Sedativo/hipnóticos	32 (58,2)	23 (41,8)
Uso de Antipsicóticos	10 (18,2)	45 (81,8)
Uso de Estabilizadores de humor	9 (16,4)	46 (83,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 55 (100%).

4.2 Violência e os tipos de violência entre mulheres com depressão

Quanto a violência (autorreferida), 65,5% das mulheres participantes afirmaram ter sofrido algum tipo de violência na vida. Destas, quanto a classificação de violência, observou-se que: 58,2% violência psicológica; 47,3% referiram ter sofrido violência física; 34,5% violência sexual; 10,9% outros tipos de violência, referem-se a seis participante, que são descritas: 1- Bullying no ambiente escolar devido a afiliação religiosa; 2- no ambiente laboral foi coagida a demitir-se devido diagnóstico de depressão; 3- no ambiente escolar sentia-se excluída devido comportamento diferente em relação aos demais; 4- no ambiente laboral sentia-se excluída pelos colegas de trabalho devido postura séria; 5- para fazer parte do grupos de crianças da rua em que morou foi obrigada a roubar algo de alguma casa da vizinhança, como ritual de iniciação; 6- quando criança trabalhava cuidando de uma casa, comia os restos de comidas que também eram oferecidas aos animais da casa. A Tabela 3 apresenta estes resultados para ocorrência de violência, detalhadamente:

Tabela 3 - Distribuição da frequência e porcentagem das respostas das mulheres com depressão, segundo ocorrência de violência autorreferida. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Sofreram algum tipo violência	36 (65,5)	19(34,5)
Violência Física	26 (47,3)	29(52,7)
Violência Sexual	19 (34,5)	36(65,5)
Violência Psicológica	32 (58,2)	23(41,8)
Violência Outras	6 (10,9)	49(89,1)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 55 (100%) / Outras violências: bullying no ambiente escolar; assédio moral no trabalho; bullying no trabalho; coação; tortura e discriminação social por ser pessoa de baixa renda.

Considerando, apenas as mulheres participantes que sofreram algum tipo de violência, nota-se que a maioria das mulheres avaliadas (65,5%) sofreu dois ou mais tipos de violência. As porcentagens de um ou mais tipos de violência em uma mesma mulher participante, foram apresentadas, conforme representado no Gráfico 1 que segue:

Gráfico 1 - Quantidade de tipos de violência em uma mesma mulher com depressão.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 36 (100,0%).

4.3 Estresse precoce entre mulheres com Transtorno Depressivo

Com relação ao Estresse Precoce, verificou-se que 63,6% das mulheres participantes sofreram estresse precoce, conforme detalhado no Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 - Frequência e porcentagem da ocorrência de Estresse Precoce em mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

Quanto ao subtipo de Estresse Precoce sofrido, observou-se que 45,5% das participantes sofreu abuso emocional; 27,3% abuso físico; 20% abuso sexual; 38,2% negligência física e 25,5% negligência emocional. Conforme detalhado na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição de frequência das mulheres com depressão e vítimas de violência, conforme subtipo de Estresse Precoce obtido. Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil, 2020.

Variáveis	Sim n (%)	Não n (%)
Abuso Emocional	25 (45,5)	30 (54,5)
Abuso Físico	15 (27,3)	40 (72,7)
Abuso Sexual	11 (20,0)	44 (80,0)
Negligência Física	21 (38,2)	34 (61,8)
Negligência Emocional	14 (25,5)	41 (74,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 55 (100%).

Considerando apenas as mulheres participantes que pontuaram para estresse precoce e os subtipos desse estresse, nota-se que a maioria das mulheres avaliadas (71,4%) sofreu dois ou mais subtipos de estresse precoce. As porcentagens de um ou mais subtipos de estresse precoce em uma mesma mulher participante foram apresentados no Gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3 - Quantidade de subtipos de Estresse Precoce em mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 35 (100,0%).

Quando avaliada a ocorrência de Estresse Precoce item a item é possível destacar as situações mais relacionadas para cada subtipo sofrido. Os resultados sobre abusos sofridos evidenciam que quanto ao abuso emocional 23,9% das participantes acreditavam terem sido maltratadas emocionalmente (item 25 da escala CTQ).

Quanto ao abuso físico, 20,0% responderam algumas vezes ter apanhado de cinto, corda ou vara (item 12). Com relação ao abuso sexual, 21, 8% das participantes responderam que, poucas vezes, **“Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual”** (item 20).

Quanto às negligências sofridas na vida, destaca-se que sobre a negligência emocional 50,9% das participantes acreditavam que nunca **“As pessoas da minha família cuidavam umas das outras”** (item 13). Quanto a negligência física 69,1% das participantes disseram nunca ter tido alguém para levá-las a um médico quando precisaram (item 26). Todos os itens analisados estão detalhados na Tabela 5 a seguir.

Tabela 5 - Distribuição de frequência e porcentagem por itens relacionados ao Estresse Precoce (CTQ) em mulheres com Depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Itens do CTQ	Frequência da situação na vida da pessoa					Subtipo EP
	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
1. Eu não tive o suficiente para comer.	22(40,0)	11(20,0)	8(14,5)	5(9,1)	9(16,4)	NF
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.	36(65,5)	8(14,5)	4(7,3)	2(3,6)	5(9,1)	NF
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.	18(32,7)	14(25,5)	10(18,2)	5(9,1)	8(14,5)	AE
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.	41(74,5)	1(1,8)	7(12,7)	3(5,5)	3(5,5)	NF
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	8(14,5)	18(32,7)	6(10,9)	1(1,8)	22(40,0)	NE
6. Eu tive que usar roupas sujas.	44(80,0)	4(7,3)	3(5,5)	1(1,8)	3(5,5)	NF
7. Eu me senti amado (a).	29(52,7)	10(18,2)	8(14,5)	4(7,3)	4(7,3)	NE
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	34(61,8)	4(7,3)	6(10,9)	5(9,1)	5(9,1)	AE
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	50(90,0)	2(3,6)	2(3,6)	1(1,8)	0(0,0)	AF
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	6(10,9)	0	0	0	0	49(89,1)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.	37(67,3)	7(12,7)	6(10,9)	5(9,1)	0(0,0)	AF
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.	26(47,3)	8(14,5)	11(20,0)	8(14,5)	2(3,6)	AF
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	28(50,9)	9(16,4)	9(16,4)	8(14,5)	1(1,8)	NE
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	10(18,2)	16(23,1)	16(23,1)	5(5,1)	8(14,5)	AE
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.	35(63,6)	8(14,5)	4(7,3)	6(10,3)	2(3,6)	AF
16. Eu tive uma ótima infância.	20(36,4)	0	0	0	2(36,4)	33(60,0)
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	44(80)	4(7,3)	4(7,3)	3(5,5)	0(0,0)	AF
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.	24(43,6)	9(16,4)	8(14,5)	9(16,4)	5(3,1)	AE
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	19(34,5)	12(21,8)	6(10,9)	11(20,0)	7(12,7)	NE
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.	40(72,7)	12(21,8)	2(3,6)	1(1,8)	0(0,0)	AS
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	50(90,9)	2(3,6)	1(1,8)	1(1,8)	1(1,8)	AS
22. Eu tive a melhor família do mundo.	17(30,9)	0	0	0	1(1,8)	37(67,3)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.	47(85,5)	6(10,9)	1(1,8)	0(0,0)	1(1,8)	AS
24. Alguém me molestou.	42(76,4)	10(18,2)	1(1,8)	1(1,8)	1(1,8)	AS
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.	18(32,7)	11(20,0)	7(12,7)	13(23,6)	6(10,9)	AE
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.	38(69,1)	7(12,7)	3(5,5)	2(3,6)	5(9,1)	NF
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.	44(80,0)	7(12,7)	2(3,6)	1(1,8)	1(1,8)	AS
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	27(49,1)	6(10,9)	8(14,5)	8(14,5)	6(10,9)	NE

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota1: n = 55 (100%); AE: Abuso emocional; AF: Abuso físico; AS: Abuso sexual; NE: Negligência emocional; NF: Negligência física.

Nota 2: Os itens 10, 16 e 22 são itens de ajuste psicométrico, por isso não foram incluídos na descrição dos resultados item a item.

Os resultados detalhados sobre o estresse precoce sofrido evidenciam grave sofrimento ocorrido na vida destas mulheres durante seu desenvolvimento. Importante destacar que: 60% das participantes não tiveram o suficiente para comer; 65,5% acreditavam nunca ter tido alguém para cuidá-las e protegê-las; 67,3% receberam xingamentos e ofensas de familiares; 25,5% tiveram pais muito bêbados ou drogados para cuidar da família; 14,5% acreditavam nunca ter tido alguém da família para ajudá-las a sentirem-se especial ou importante; 20% tiveram que usar roupas sujas; 52,7% acreditavam nunca terem sentido-se amadas; 38,2% acreditavam que os pais preferiam que não tivessem nascido; 10% apanharam tanto de alguém da família, que tiveram que ir a um hospital para uma consulta médica; 32,7% apanhavam de algum familiar tendo ficado com machucados roxo; 52,7% apanhavam com algum tipo de objeto para machucá-las; 50,9% acreditavam

nunca ter tido familiares que se ajudassem; 81,8% pessoa da família ofenderam-nas ou machucaram-nas verbalmente; 36,4% acreditavam que ter sido maltratadas fisicamente; 20% apanharam tanto que um professor, vizinho ou médico chegaram a notar; 56,4% sentiam que alguém de sua família as odiavam; 34,5% não acreditavam que os familiares sentem-se unidos; 27,3% tentavam tocá-las ou fazê-las tocar de uma maneira sexual; 9,1% ameaçavam que as machucariam ou contariam mentiras para elas fazerem algo sexual; 14,5% tentavam forçá-las a fazer ou assistir algo sexual; 23,6% eram molestadas por alguém; 67,3% acreditavam que tinham sido maltratada emocionalmente; 69,1% nunca havia alguém para levá-las ao médico quando precisavam; 20% acreditavam ter sido abusadas sexualmente; 49,1% acreditavam nunca ter tido os familiares como uma fonte de força e apoio. Estes resultados retratam como a violência esteve presente na vida destas mulheres de maneira grave, em diferentes momentos e de diversas formas. Esse contexto descrito muitas vezes, não é notado pelos adultos responsáveis pelo cuidado destas quando eram crianças ou até mesmo são provocadas por eles (familiares).

4.4 Gravidade de sintomas de depressão entre mulheres com depressão

A seguir são apresentados os dados referentes a avaliação da gravidade de sintomas de depressão, de acordo com os resultados da *Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁)*. Os resultados mostram escore médio de 11,7 ($dp \pm 7,76$), sendo o escore possível de variação de 0 a 26. O Gráfico 4 apresenta a ocorrência de gravidade de sintomas depressivos na sequência:

Gráfico 4 - Frequência e porcentagem de ocorrência de gravidade de sintomas de depressão em mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 – 2018.

Nota: n=55 (100,0%).

Tabela 6 - Distribuição de frequência e porcentagem da gravidade de sintomas depressivos em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Itens da GRID-HAM-D ₂₁	Gravidade dos sintomas				
	0	1	2	3	4
1. Humor Deprimido	17 (30,9)	12 (21,8)	12 (21,8)	10 (18,2)	4 (7,3)
2. Culpa	29 (52,7)	7 (12,7)	11 (20,0)	8 (14,5)	0 (0,0)
3. Suicídio	45 (81,8)	4 (7,3)	2 (3,6)	3 (5,5)	1 (1,8)
4. Insônia Inicial	25 (45,5)	10 (18,2)	19 (34,5)	1 (1,8)	---
5. Insônia Intermediária	34 (61,8)	5 (9,1)	16 (29,1)	---	---
6. Insônia Terminal	37 (67,3)	3 (5,5)	15 (27,3)	---	---
7. Trabalho e Atividades	33 (60,0)	5 (9,1)	10 (18,2)	2 (3,6)	5 (9,1)
8. Retardo Psicomotor	47 (85,5)	7 (12,7)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
9. Agitação Psicomotora	48 (87,3)	2 (3,6)	5 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
10. Ansiedade Psíquica	14 (25,5)	13 (23,6)	17 (30,9)	10 (18,2)	1 (1,8)
11. Ansiedade Somática	22 (40,0)	14 (25,5)	12 (21,8)	4 (7,3)	3 (5,5)
12. Perda de Appetite	43 (78,2)	11 (20,0)	1 (1,8)	---	---
13. Sintomas Somáticos Gerais	22 (40,0)	24 (43,6)	9 (16,4)	---	---
14. Interesse Sexual	41 (74,5)	11 (20,0)	3 (5,5)	---	---
15. Hipocondria	54 (98,2)	1 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
16. Perda de Peso	49 (89,1)	2 (3,6)	4 (7,3)	---	---
17. Percepção de Doença	52 (94,5)	3 (5,5)	0 (0,0)	---	---
18. Variação Diurna	35 (63,6)	15 (27,3)	5 (9,1)	---	---
19. Despersonalização Desrealização	46 (83,6)	3 (5,5)	2 (3,6)	3 (5,5)	1 (1,8)
20. Sintomas Paranóides	51 (92,7)	2 (3,6)	2 (3,6)	0 (0,0)	---
21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos	51 (92,7)	2 (3,6)	2 (3,6)	---	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%); --- dado não existe.

4.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático entre mulheres com depressão

Quanto a ocorrência de TEPT, os resultados mostram que 15 (27,3%) mulheres participantes deste estudo contemplaram o número de itens mínimos dentro de cada um dos sete critérios diagnósticos necessários. Os resultados estão apresentados, de acordo com o Gráfico 5, na sequência:

Gráfico 5 - Frequência e porcentagem de ocorrência de TEPT em mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

4.6 Sintomas do estresse atual entre mulheres com depressão

Verificou-se que 35 (63,6%) das mulheres da amostra estudada apresentaram sintomas de estresse atual conforme detalhado no Gráfico 6 que segue:

Gráfico 6 - Frequência e porcentagem de ocorrência de sintomas de estresse atual em mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

Na Tabela 7 que segue detalha-se a distribuição de frequência e porcentagem por item assinalado pelas participantes deste estudo, correspondente a sintomas de estresse avaliado pelo instrumento ISSL, quanto a sintomas de estresse atual ocorrido, nas últimas 24 horas.

Tabela 7 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse nas últimas 24 horas, em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

SINTOMAS	ÚLTIMAS 24 HORAS	n (%)
FÍSICOS	01.Mãos e pés frios	11 (20,0)
	02.Boca seca	22 (40,0)
	03.Nó no estômago	23 (41,8)
	04.Aumento da sudorese (muito suor, suadeira)	16 (29,1)
	05.Tensão muscular	24 (43,6)
	06.Aperto da mandíbula/ranger os dentes	21 (38,2)
	07.Diarréia passageira	8 (14,5)
	08.Insônia	26 (47,3)
	09.Taquicardia (batedeira no peito)	19 (34,5)
	10.Hiperventilação (respirar ofegante, rápido)	8 (14,5)
	11.Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta)	12 (21,8)
	12.Mudança de apetite	14 (25,5)
PSÍQUICOS	13.Aumento súbito de motivação	2 (3,6)
	14.Entusiasmo súbito	4 (7,3)
	15.Vontade súbita de iniciar novos projetos	7 (12,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

De acordo, com a Tabela 7, os sintomas físicos de estresse mais relevantes, quando 40% ou mais das participantes assinalaram os itens, sendo: “Boca seca”, “Nó no estômago”, “Tensão muscular” e “Insônia”. O sintoma psíquico de estresse mais relevante, quando acima de 10% as participantes assinalaram o item: “Vontade súbita de iniciar novos projetos”. Os sintomas de estresse descritos, anteriormente foram vivenciados pelas participantes da amostra deste estudo nas últimas 24 horas. Na Tabela 8 que segue, detalha-se a distribuição de frequência e porcentagem por item assinalado pelas participantes deste estudo, correspondente a sintomas de estresse avaliado pelo instrumento ISSL, quanto a sintomas de estresse experienciado na última semana.

Tabela 8 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse na última semana em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

SINTOMAS	ÚLTIMA SEMANA	n (%)
FÍSICOS	01.Problemas com a memória	25 (45,5)
	02.Mal-estar generalizado, sem causa específica	22 (40,0)
	03.Formigamentos das extremidades	16 (29,1)
	04.Sensação de desgaste físico constante	29 (52,7)
	05.Mudança de apetite	25 (45,5)
	06.Aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele)	9 (16,4)
	07.Hipertensão arterial (pressão alta)	12 (21,8)
	08.Cansaço constante	30 (54,5)
	09.Aparecimento de úlcera	2 (3,6)
	10.Tontura/Sensação de estar flutuando	15 (27,3)
PSÍQUICOS	11.Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	24 (43,6)
	12.Dúvida quanto a si próprio	20 (36,4)
	13.Pensar constante em um só assunto	30 (54,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

De acordo, com a Tabela 8 os sintomas físicos de estresse mais relevantes, quando mais 50% das participantes assinalaram os itens, sendo: “Sensação de desgaste físico constante” e “Cansaço constante”. O sintoma psíquico de estresse mais relevante, quando acima de 50% das participantes assinalaram o item, foi: “Pensar constante em um só assunto”. Os sintomas destacados como mais relevantes foram sentidos pelas participantes da amostra deste estudo na última semana. Na Tabela 9 que segue, detalha-se a distribuição de frequência e porcentagem por item assinalado pelas participantes deste estudo, correspondente a sintoma de estresse avaliado pelo instrumento ISSL, experienciado no último mês.

Tabela 9 - Distribuição de frequência e porcentagem de sintomas de estresse no último mês em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

SINTOMAS	ÚLTIMO MÊS	n (%)
FÍSICOS	01.Diarreia frequente	10 (18,2)
	02.Dificuldades sexuais	20 (36,4)
	03.Insônia (dificuldade para dormir)	34 (61,8)
	04.Náusea	17 (30,9)
	05.Tiques	9 (16,4)
	06.Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	10 (18,2)
	07.Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	9 (16,4)
	08.Mudança de apetite	25 (45,5)
	09.Excesso de gases	20 (36,4)
	10.Tontura frequente	15 (27,3)
	11.Úlcera	2 (3,6)
	12.Enfarte	1 (1,8)
PSÍQUICOS	13.Impossibilidade de trabalhar	19 (34,5)
	14.Pesadelos	19 (34,5)
	15.Sensação de incompetência em todas as áreas	22 (40,0)
	16.Vontade de fugir de tudo	31 (56,4)
	17.Apatia, depressão ou raiva prolongada	29 (52,7)
	18.Cansaço excessivo	34 (61,8)
	19.Pensar/falar constantemente em um só assunto	24 (43,6)
	20.Irritabilidade sem causa aparente	30 (54,5)
	21.Angústia/ansiedade diária	36 (65,5)
	22.Hipersensibilidade emotiva	26 (47,3)
	23.Perda de senso de humor	24 (43,6)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

De acordo, com a Tabela 9, o sintoma físico de estresse mais relevante, quando acima de 60% das participantes assinalaram o item, sendo: “Insônia (dificuldade para dormir)”. Os sintomas psíquicos de estresse mais relevante, quando acima de 60% as participantes assinalaram os itens: “Cansaço excessivo” e “Angústia/ansiedade diária”.

Os sintomas de estresse descritos, anteriormente foram experienciados pelas participantes da amostra deste estudo no último mês.

4.7 Sinais iridológicos entre mulheres com Depressão

A seguir serão apresentados os dados referentes aos sinais iridológicos identificados e classificados entre as participantes. Os resultados foram iguais em ambas as íris, conforme apresenta-se no Gráfico 7 que segue:

Gráfico 7 - Representação de dois sinais iridológicos, classificação do número de “anéis de tensão” e Lacuna Glândula Adrenal, verificados em ambas as íris de mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

Os resultados mostraram que 36,4% das mulheres apresentou de 0 a 1 anel de tensão na íris e 63,4%, apresentou de 2 a 6 anéis de tensão na íris. Na Figura 8, destaca-se imagens das que representam quantidades variadas dos sinais iridológicos relativos aos anéis de tensão nas mulheres com depressão participantes deste estudo.

Figura 8 – Imagens representativas dos sinais iridológicos relativos aos anéis de tensão nas íris de mulheres com depressão e vítimas de violência.

Quanto a avaliação de lacunas na área relacionada à glândula adrenal, foi considerada como fator de risco para desenvolvimento de transtornos associados a eventos estressores, a presença deste sinal na íris dos olhos devido a analogia feita com estudos que

consideram o eixo HPA como biomarcador relacionado a alterações na produção do hormônio cortisol liberado pela glândula adrenal. Os resultados evidenciaram que 83,6% das mulheres apresentaram sinais positivos (presença de lacuna na íris dos olhos), logo uma tendência a serem mais vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia ao longo da vida, relacionada à exposição a eventos estressores e atos violentos. A seguir é apresentado o sinal iridológico denominado lacuna em duas imagens digitais na íris das mulheres com depressão participantes deste estudo, conforme Figura 9.

Figura 9 - Imagens representativas dos sinais iridológicos relativos às lacunas nas íris de mulheres com depressão e vítimas de violência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

A seguir são apresentados os dados referentes as três constituições das íris, das mulheres participantes. Os resultados foram iguais em ambas as íris, conforme apresenta-se na Tabela 10 a seguir.

Tabela 10 - Frequência e porcentagem da constituição das íris, verificados em ambas as íris de mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Constituições (cores)	Íris Direita e Esquerda	
	N	%
Linfática (Azul)	4	7,27
Misto-biliar (Cor Mista)	23	41,82
Hematogênica (Marrom)	28	50,91

Fonte: Dados da pesquisa, 2017 - 2018.

Nota: n = 55 (100,0%).

Os resultados mostraram que a constituição da íris denominada hematogênica, que tem como característica a cor marrom, foi a mais frequente e presente em 50,91% das mulheres. Por fim, a constituição da íris denominada misto-biliar, foi verificada em 41,82%

das mulheres estudadas e 7,27% das mulheres apresentou a constituição da íris denominada linfática, que tem como característica a cor azul.

4.8 Associação entre violência interpessoal (Grupo A) e estressores sérios (Grupo B) com Estresse Precoce, sintomas depressivos, TEPT, Estresse atual, violência autorreferida e sinais iridológicos

Conforme, pode-se observar na Tabela 11 que a seguir do texto, os resultados obtidos não evidenciaram associação entre a variável dependente violência com as demais variáveis independentes avaliadas nesse estudo, confirmando-se a hipótese nula de não haver relação entre as mesmas. A única variável que demonstrou associação, estatisticamente significativa, com a violência interpessoal e estressores sérios foi a violência autorreferida. As mulheres com depressão que sofreram, concomitantemente violência interpessoal e outros estressores sérios foram as que mais manifestaram violência autorreferida. Este as que verbalizaram ter sofrido violência 80% estavam no Grupo AB.

Tabela 11 - Associação entre violência interpessoal (Grupo A) e estressores sérios (Grupo B) com estresse precoce, sintomas depressivos, TEPT, estresse atual, violência autorreferida e sinais iridológicos em mulheres com depressão e vítimas de violência. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Variável	Grupos A ou B n (%)	Grupos A B n (%)	p-valor
Estresse Precoce			0,173
Presente	6 (50,0)	29 (72,5)	
Ausente	6 (50,0)	11 (27,5)	
Gravidade depressão			0,507
Depressão leve	9 (75,0)	25 (62,5)	
Depressão moderada	3 (25,0)	15 (37,5)	
Estresse atual			0,731
Com estresse atual	7 (58,3)	27 (67,5)	
Sem estresse atual	5 (41,7)	13 (32,5)	
TEPT			0,143
Com TEPT	1 (8,3)	14 (35,0)	
Sem TEPT	11 (91,7)	26 (65,0)	
Violência (autorreferida)			0,004**
Com violência	4 (33,3)	32 (80,0)	
Sem violência	8 (66,7)	8 (20,0)	
Anéis de tensão na íris D			1,0000
Baixo (0 – 1)	4 (33,3)	13 (32,5)	
Moderado/altíssimo (2 – 6)	8 (66,7)	27 (67,5)	
Anéis de tensão na íris E			1,0000
Baixo (0 – 1)	4 (33,3)	13 (32,5)	
Moderado/altíssimo (2 – 6)	8 (66,7)	27 (67,5)	
Lacuna glândula adrenal íris D			1,0000
Com sinal	10 (83,3)	33 (82,5)	
Sem sinal	2 (16,7)	7 (17,5)	
Lacuna glândula adrenal íris E			1,0000
Com sinal	10 (83,3)	33 (82,5)	
Sem sinal	2 (16,7)	7 (17,5)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 52 (100,0%); TEPT = Transtorno de Estresse Pós-Traumático; D = Direita; E = Esquerda; **p≤0,05; Fisher's exact test.

Para a análise de regressão foram realizados o ajuste de dois modelos: no primeiro ajuste utilizou-se todas as variáveis independentes de interesse e no segundo modelo foi aplicado o critério AIC, para efetuar a seleção das variáveis independentes estatisticamente significantes. Após o ajuste dos modelos foram calculadas as correspondentes estimativas das razões de chances (OR). Os parâmetros para o modelo 1 de regressão logística não apresentaram nenhuma variável com significância estatística.

Após a seleção das variáveis do modelo de regressão logística pelo método AIC podemos observar que as variáveis idade e doença psiquiátrica na família, ajustada pela presença de “escolaridade” e “uso de antidepressivo” apresentaram significância estatística. A variável “idade” constitui-se como um fator protetor. Neste sentido, o “aumento da idade” diminui a chance (OR) de ocorrência de violência, enquanto a “doença psiquiátrica na família” constitui-se como um fator de risco.

As participantes que não fazem uso de antidepressivo apresentam 10 vezes mais chances de sofrerem violência do que as participantes que usam antidepressivo. Logo não fazer o uso de antidepressivo constitui-se como fator de risco. Observações estas realizadas a partir do modelo de regressão logística e dados de correlação, conforme os dados observados na Tabela 12 apresentada na sequência:

Tabela 12 - Correlações obtidas através de regressão logística final entre a variável desfecho e as variáveis independentes. Ribeirão Preto -São Paulo, Brasil, 2020.

Variável	Violência Ajustada		
	OR (95% IC)	P (Wald's test)	P(LR-test)
Idade (cont. var.)	0.89 (0.81 - 0.98)	0,0220	0,0090*
Doença psiquiátrica na Família			0,0420*
Sim			
Não	0.19 (0.03 - 1.05)	0,0570	
Antidepressivo			0,0100*
Sim			
Não	10.81 (1.42 - 82.26)	0,0220	
Escolaridade			0,0630
Superior			
Fundamental	0.63 (0.04 - 9.07)	0,7310	
Médio	0.11 (0.01 - 1.27)	0,0780	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017-2018.

Nota: n = 52 (100,0%); *p. valor $\leq 0,05$; OR = Odds Ratio (razão de chance); IC = intervalo de confiança.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos permitem concluir que não foi confirmada, neste estudo, a relação entre violência, estresse, sintomas depressivos e sinais iridológicos em mulheres com Transtornos Depressivos, confirmando-se a hipótese nula. Entretanto, as variáveis idade e doença psiquiátrica na família, ajustada pela presença de escolaridade e uso de antidepressivo apresentaram relação estatisticamente significativa com a variável desfecho violência.

Nos resultados obtidos, quanto maior a idade articulada a maior escolaridade e uso de antidepressivos demonstrou ser um fator de proteção. Enquanto a presença de doença psiquiátrica na família caracterizou-se como fator de risco para a ocorrência de violência na vida destas mulheres.

O presente estudo investigou a violência, considerando-a complexa com múltiplos fatores associados a ocorrência deste fenômeno. Neste sentido, além dos fatores de risco e proteção com significância estatística deste estudo, evidenciaram-se na literatura científica nacional e internacional outros fatores de risco e proteção para ocorrência de violência em condições muito semelhantes ao presente estudo (MELLO, 2013; RAFAEL; MOURA, 2014; WAIKAMP; BARCELLOS SERRALTA, 2018; SILVA; ASSIS, 2018).

Por exemplo, a idade média das mulheres com depressão e vítimas de violência foi de 47 ($dp \pm 11.2$) anos uma vez que a maioria delas possuía idade acima de 45 anos. Porém, a idade evidencia-se como um fator relevante relacionado a este fenômeno. Possivelmente, corroborando com as teorias do desenvolvimento humano (NODARI et al., 2014; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). E, o aumento da idade em mulheres possibilitaria o desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamentos adaptativos, bem como a busca por recursos protetivos, mais eficazes (JOAQUIM; TABAQUIM; VALLE, 2014).

A vivência de múltiplas formas de violência interpessoal e estressores sérios foram verificados em 80% das mulheres que referiram ter sofrido violência na vida. Esse resultado é importante, pois demonstra que estas mulheres têm conseguido identificar situações de violência e assim ter maior possibilidade de desenvolver estratégias de enfrentamento (GOMES et al., 2014). O que também pode estar relacionado com a idade média da amostra como verificado em dados similares, na literatura (SABRI; SIMONET; CAMPBELL, 2018; OGUM ALANGEA et al., 2018).

Nesse sentido, um estudo realizado na Turquia, em um banco de dados com registro de 10.798 mulheres, entre 2007 e 2012, evidenciou que mulheres entre 45-49 anos

apresentaram maiores taxas de exposição a violência (física, psicológica e sexual) na vida quando comparadas a mulheres mais jovens. Porém quando avaliado os últimos 12 meses vividos a ocorrência de violência era maior entre as mulheres mais jovens (TETIKCOK et al., 2016).

Alarmantes taxas de violência em mulheres mais jovens foram também evidenciadas em estudos brasileiros. Dados obtidos de inquérito que compõe o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA Inquérito) de 2014 mostram que a maioria eram mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos (GARCIA; SILVA, 2018). Outro estudo, com dados obtidos em boletins de ocorrência policial destacam a mesma faixa etária (20 a 39 anos) com maior prevalência de casos de violência contra mulheres (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012).

No Brasil a violência e os acidentes são a primeiras causas das mortes de crianças e jovens na faixa etária de 1 a 19 anos, sendo a violência sexual mais recorrente na faixa etária de 10 a 19 anos e mais frequente contra as meninas (BRASIL, 2010, 2019a). Os perpetradores, geralmente são familiares ou pessoas conhecidas das vítimas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019). De acordo com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF), adolescentes de diversos países denunciam que, em 90% dos casos, o autor da primeira violência sexual era uma pessoa próximo ou conhecido (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2017).

Ainda, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, em 2017, foram registrados 307.367 casos relativos à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no país (BRASIL, 2019b). Segundo dados do Mapa da violência no Brasil registrou 5 mil feminicídios no ano de 2016 (WASELFSZ, 2016).

Diante deste contexto, a escolaridade e usos de antidepressivos colaboraram como fator protetivo às mulheres com diagnóstico de depressão participantes deste estudo. A escolaridade, possivelmente, confere a estas mulheres acesso a diferentes níveis de cultura e informação, além de mais esclarecimento sobre as dinâmicas sociais e compreensão do próprio indivíduo inserido na sociedade. Neste contexto, as mulheres parecem possuir maior empoderamento para enfrentar situações de violência ou mesmo manejar relacionamentos conflituosos (RENNISON; RAND, 2003).

Sabe-se que mulheres com maiores recursos educacionais e humanos podem melhor identificar situações de violência e desenvolver melhores habilidades para cuidar de si mesmas. Um estudo realizado com 4000 mulheres norte americanas, maiores de dezoito

anos, evidenciou maior potencial para deixar relacionamentos abusivos entre aquelas com maiores níveis educacionais (HENKE; HSU, 2018).

Por outro lado, antecedente familiar de transtorno psiquiátrico caracterizou-se como fator de risco para a ocorrência de violência na vida das mulheres com depressão e vítimas de violência (WEDER et al., 2014; SMOLLER, 2016; LABELLA; MASTEN, 2018). Estes resultados alertam a necessidade do cuidado à saúde da família na prevenção de agravos e evidencia maior vulnerabilidade desta população (DUNN et al., 2015; SULLIVAN et al., 2018).

Além disso, a literatura científica evidencia alta relação entre exposição precoce a eventos estressores ou traumáticos e desenvolvimento de psicopatologias (AKBABA TURKOGLU et al., 2015; XIE et al., 2018; DOKKEDAHN et al., 2019; FANGER; SANTIAGO; AUDI, 2019). Essa mesma relação foi verificada para o desenvolvimento de transtornos de humor na vida adulta em uma revisão de literatura, que elegeu 10 artigos para leitura na íntegra (FIGUEIREDO et al., 2013).

Ainda, neste contexto, estudos evidenciam forte correlação entre estresse precoce na infância em mulheres com transtornos depressivos (BITTAR, KOHLSDOFF, 2013; BOSAIPO, 2016; AHMADZAD-ASL et al., 2016). O estresse precoce pode ser dividido em cinco subtipos de abusos e negligências na infância, sendo evidenciado a relação entre o abuso emocional e depressão no adulto como verificado em publicações recentes (MARTINS et al., 2014; MARTINS-MONTEVERDE et al., 2019).

Nas mulheres com depressão e vítimas de violência, investigadas no presente estudo, o Estresse Precoce esteve presente em 63,6% das participantes da amostra de 55. Entre as participantes com Estresse Precoce (n=36), 71,4% sofreram dois ou mais subtipos do Estresse Precoce. O que demonstra que esta é uma população que precisa de cuidados específicos em relação a estas experiências traumáticas vividas na infância e adolescência.

Um estudo desenvolvido no Brasil que relacionou depressão e Estresse Precoce evidenciou que, em uma amostra de 217 pacientes com depressão, 56,7% sofreram Estresse Precoce (VARES et al., 2016). Tendo, portanto, este estudo encontrado uma porcentagem menor de mulheres com estresse precoce do que a evidenciada entre as mulheres com depressão vítimas de violência.

Na literatura científica, evidencia-se forte relação entre o estresse precoce e ocorrência de violência na vida adulta (TEIXEIRA et al., 2017; FRAZÃO et al., 2019). Isso, certamente, se deve a influencia de diversos fatores: sociais, culturais, psicológicos e biológicos (LEHMAN; DAVID; GRUBER, 2017). Crianças e adolescentes vítimas de

violência podem sofrer rupturas relevantes em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, que afetam suas relações interpessoal e processos intrapsíquicos (DUGAL et al., 2016). A personalidade e os mecanismos de defesa podem ser afetados e na vida adulta estas crianças podem ter dificuldades para se compreender e se inserir nos grupos e relacionamentos sociais, bem como se defender das diversas formas de violência que estão presentes na vida adulta (GRANIERI et al., 2017; LACZKOVICS et al., 2018).

A exemplo disso, um estudo longitudinal, realizado com 51 adolescentes, em serviços de saúde e escolas, de bairros com altas taxas de violência e pobreza das cidades de Boston e Cambridge (Massachusetts, USA), evidenciou que Estresse Precoce está associado com perturbações generalizadas na estrutura cortical, estas perturbações são seletivamente associadas ao aumento da vulnerabilidade à internalização e externalização psicopatologias (BUSSO et al., 2017).

Outra relação, comumente, evidenciada na literatura científica, ocorre entre o Estresse Precoce e o desenvolvimento de Transtornos de Estresse Pós-Traumático. Isto porque o TEPT pode ocorrer em qualquer idade e quando na infância e adolescência pode ser relacionado ao Estresse Precoce (BRESLAU et al., 2014; KOLAITIS, 2017; THAYER et al., 2017).

No presente estudo o TEPT esteve presente em 27,3% das mulheres com depressão e vítimas de violência. Embora no presente estudo os resultados não tenham evidenciado associação entre TEPT e violência, porcentagem de mulheres com TEPT nesta amostra é maior do que a porcentagem de mulheres nesta condição investigadas em outros estudos.

Estima-se que a prevalência do TEPT, em 12 meses, entre adultos, é de aproximadamente 3,5% (EUA), podendo ser em torno de 0,5 a 1% em países de outras regiões (Europa, Ásia, África e da América Latina). Esta prevalência pode variar de acordo com o desenvolvimento humano da vítima, ocupação, experiências prévias, culturais e variáveis sociodemográficas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.276).

Cabe destacar ainda que alterações neurofisiológicas, derivadas de EP e/ou TEPT, podem ser consideradas iguais ou muito semelhantes segundo alguns estudos (MOREY et al., 2015; O'DOHERTY et al., 2015; KIM; KIM; KONG, 2017). A literatura especializada, nesta área, destaca alterações importantes no SNC, no Eixo HPA e outras relacionadas a produção e liberação do hormônio cortisol (DASKALAKIS et al., 2015; KOSS; GUNNAR, 2018; KINLEIN; KARATSOREOS, 2019; SPEER et al., 2019). O que motivou, no presente estudo, a investigação de sinais iridológicos relacionados ao estresse e eixo HPA

como um biomarcador. Com relação aos sinais iridológicos, o presente estudo evidenciou, entre as mulheres com depressão e vítimas de violência, a presença de anéis de tensão em 63,6% da amostra e lacunas nas fibras das íris dos olhos na região da glândula adrenal em 83,6% delas. Resultado que demonstra claramente a vulnerabilidade destas ao estresse.

Um estudo brasileiro, realizado com 62 docentes e funcionários de um centro de Ciências da Saúde, mostrou que todos os participantes apresentaram anéis de tensão, o que foi relacionado a ansiedade moderada (60%) e elevada (32%). Sendo a ansiedade maior entre aqueles que possuíam maior número de anéis de tensão (SALLES; SILVA, 2012). Em outro estudo brasileiro, realizado com 56 pessoas com transtorno de esquizofrenia, os resultados mostraram que 89,3% apresentaram anéis de tensão. Sendo este resultado maior que o encontrado nos resultados deste estudo (DUARTE, 2018). Igualmente, para Battello (1999), os anéis de tensão podem indicar o grau de tensão nervosa, o que converge com a aplicação deste sinal em nosso estudo. Entre as mulheres com depressão e vítimas de violência 63,4% apresentaram dois ou mais anéis de tensão e foram classificadas em risco moderado a altíssimo para apresentarem estresse ao longo da vida.

O resultado deste estudo, com relação às lacunas identificadas na região topográfica ou reflexa referente a glândula adrenal não foram encontrados estudos em periódicos científicos para comparação.

Ainda, sobre as variáveis relacionadas a iridologia, cabe ressaltar que no presente estudo que os sinais iridológicos não apresentaram frequência diferente entre as íris direitas e esquerdas. Na literatura científica geralmente esta diferença foi pequena (LIM; PARK; PARK, 2014; SITORUS; PURNOMO; WIBAWA, 2015; PERNER, 2017). Além do exposto, destaca-se também que as íris de constituição hematogênica, cor marrom, são particularmente mais difíceis de serem analisadas (O'BRIAN, 2018). E, por isso cuidados com a iluminação utilizada: intensidade, tipo e posição de iluminação devem ser controlados para obtenção de imagens de qualidade. No presente estudo 50,9% das íris analisadas eram de cor marrom. A literatura alerta também que há diversos equipamentos, tecnologias ou mesmo formas de se tratar e melhorar as imagens estudadas (ROSALES-BANDERAS et al., 2016; NGUCHU; LI, 2017; SAMANT; AGARWAL, 2018).

Os resultados do presente estudo, na população e maneira como foram analisados, são inéditos e possibilitam reflexões importantes sobre o tema violência e fatores relacionados. Os resultados evidenciados ampliam os conhecimentos existentes sobre o impacto da violência e eventos estressores na vida e saúde de mulheres, bem como sobre a

relevância de intervenções para a prevenção da violência e promoção da saúde e dignidade destas pessoas.

6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES

6 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A opção por uma amostra de conveniência com mulheres com depressão, não comparada a uma amostra de mulheres sem este diagnóstico impossibilita generalizações. Além disso, a opção de classificar e agrupar as participantes pelo tipo de violência e estressores vividos mostrou não haver grande diferença entre estes fatores. Este resultado homogeneiza a amostra e CAPS-IV evidencia o quão presente ambos os fatores estão na vida destas mulheres. Porém, é justamente este resultado que instiga e provoca reflexões sobre como este fenômeno ocorre na vida de outras mulheres e na população geral. O que se pretende investigar em estudos sequenciais e com amostras mais amplas.

Destaca-se também que o presente estudo investigou dados atuais e retrospectivos (autorrelatados) na vida de mulheres com diagnóstico de depressão. Esta experiência permitiu inferir que estudos sobre a temática precisam abranger diferentes e complexos fatores que se inter-relacionam e momento na vida destas pessoas, ao longo do tempo. O que não foi possível avaliar neste estudo. Há variáveis importantes no contexto da violência que precisam ser controladas, sendo o desenho longitudinal mais interessante para tanto. O delineamento escolhido, bem como o tempo e recursos humanos disponíveis para a coleta de dados também limitaram o tamanho amostral.

Os resultados idênticos observados nas análises da íris direita e esquerda neste estudo podem sugerir que fotografar apenas uma das íris seja suficiente, mais ágil e mais econômico para a investigação de sinais iridológicos. Porém, como não há protocolos descritos na literatura científica, como o que foi testado no presente estudo (Protocolo 2), sugere-se que novos estudos e protocolos sejam testados e divulgados de maneira detalhada para verificar se este resultado se mantém ou não em estudos sequenciais e diferentes amostras.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes deste estudo estavam em tratamento de transtorno depressivo e todas apresentaram experiências de violência e estressores sérios na vida. Este resultado permite inferir que estes fenômenos podem impactar negativamente a saúde de mulheres. A violência e estresse precoce podem comprometer a saúde de mulheres sendo, portanto, temas extremamente relevantes para a formação de recursos humanos e desenvolvimento de intervenções de prevenção de agravos e promoção de saúde.

A maioria das participantes apresentou lacuna na região da glândula adrenal relacionados a alterações no eixo HPA e anéis de tensão relacionados ao estresse. A presença de estresse atual e TEPT nestas mulheres são fatores relevantes que devem ser avaliados para a promoção de intervenções específicas.

Maior escolaridade e cuidados com a saúde mental podem ser fatores de proteção contra a violência e pessoas com história de doença mental na família merecem maior atenção dos serviços de saúde. Sendo o cuidado a saúde da mulher e com a saúde da família muito relevante para a prevenção da violência e suas consequências.

As variáveis investigadas neste estudo se mostraram relevantes, porém, estudos sequenciais, longitudinais e do tipo caso controle, podem reforçar esta evidência e são recomendados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADELINA, D.C. et al. **Identification of diabetes in pancreatic organs using iridology**. 2017 International Electronics Symposium on Knowledge Creation and Intelligent Computing (IES-KCIC). **Anais... IEEE**, 19 set. 2017. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/8228573/>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

AHMADZAD-ASL, M. et al. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 5, p. 861–869, 16 out. 2016. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s00737-016-0626-4>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

AKAIKE, H. A new look at the statistical model identification. **IEEE Transactions on Automatic Control**, v. 19, n. 6, p. 716–723, dez. 1974. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/1100705/>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

AKBABA TURKOGLU, S. et al. Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 61, n. 8, p. 796–801, 14 dez. 2015. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764015585328>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

ALBUQUERQUE NETTO, L. de et al. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170007, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

AMARAL, L. B. M. et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 521-540, aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000200521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–115, set. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003&lng=en&nrm=iso>. acessos em 21 jan. 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM – V – TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

AVILA, L. A. Corpo e mente em questão: em busca da gênese dos sintomas psicossomáticos. **Ide (São Paulo)**, São Paulo, v. 38, n. 61, p. 51-61, ago. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062016000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BAES, C. VON W. et al. Early Life Stress in Depressive Patients: HPA Axis Response to GR and MR Agonist. **Frontiers in Psychiatry**, v. 5, p. 2, 2014. Disponível em:

<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2014.00002/full>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902841&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. DE. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 2, p. 501–517, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200501&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan., 2020.

BANDINELLI, L. P.; GRASSI-OLIVEIRA, R.; BAUER, M. **Relação entre estresse precoce, fatores psiconeuroimunoendócrinos e o tratamento do câncer de mama**. 2017. p.39. (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Porto Alegre, março de 2017. <http://hdl.handle.net/10923/10096>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BANSAL, A.; AGARWAL, R.; SHARMA, R. K. Pre-Diagnostic Tool to Predict Obstructive Lung Diseases Using Iris Recognition System. In: PANIGRAHI, B. K. et al. (Eds.). **Smart Innovations in Communication and Computational Sciences. Proceedings of ICSICCS 2017**. Singapore: Springer Singapore, 2019. v. 669 p. 71–79. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-8968-8_7>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BATELLO, C. F. **Kayrós “O tempo oportuno”**: Iridologia “A hora dourada”. Santo André, São Paulo: Editora Cartex, 2009.

_____. **Iridologia – Avanços**: Uma nova tríade. São Paulo: DIGITALIZA, 2017.

BECHELLI, A. F.; BATELLO, C. **Iridologia - Hipofunção Adrenal**: Relato de um Caso - Análise Iridológica. São Paulo: DIGITALIZA, 2017.

BENAVIDES VANEGAS, F. S. Femicídio y derecho penal. **Revista Criminalidad**, Bogotá, v. 57, n. 1, p. 75-90, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-31082015000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BERNARDINO, Í. M. et al. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3033-3044, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. **Child abuse & neglect**, v. 27, n. 2, p. 169–90, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12615092>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

BITTAR, D.; KOHLSDORF, M. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, p. 447–456, 24 nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20447>> Acesso em: 05 de jan. 2020.

BLAKE, D. D. et al. **Instruction manual national center for PTSD clinician-administered PTSD scale (CAPS)**. National Center for Posttraumatic Stress Disorder Behavioral Science Division - Boston Neurosciences Division - West Haven November, 2000. Disponível em: <<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/CAPSmanual.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BLAKE, D. D. et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. **Journal of Traumatic Stress**, v. 8, n. 1, p. 75-90. 1995. Disponível em: <<https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id12317.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BOER, S. et al. Prediction of prolonged treatment course for depressive and anxiety disorders in an outpatient setting: The Leiden routine outcome monitoring study. **Journal of Affective Disorders**, v. 247, p. 81-87. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718319876>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

BOLSONI, L. M. et al. Specific mental disorder screening compilation may detect general mental disorders. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–13, 30 abr. 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1685>>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BOSAIPO, N. B. **Do estresse precoce à depressão: avaliação da atividade do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) e da função cognitiva**. 2016. 192 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências - Brasil**, 2019a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação **Mortalidade por Causa CID-BR-1**, 2019b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 21 jan. 2020.

_____. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União Brasil**, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRESLAU, N. et al. Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. **Psychological Medicine**, v. 44, n. 9, p. 1937–1945, 29 jul. 2014. Disponível em: <<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4107193&blobtype=pdf>> Acesso em: 05 jan. 2020.

BUSSO, D. S. et al. Child Abuse, Neural Structure, and Adolescent Psychopathology: A Longitudinal Study. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 56, n. 4, p. 321–328.e1, abr. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.01.013>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

CAMARGO, I. M. L. et al. Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de estresse precoce e maus-tratos na infância. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 156-166, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

CANNON, W. B. Organization for physiological homeostasis. **Physiological Reviews**, v. 9, n. 3, p. 399–431, Jul. 1929. Disponível em: <<https://www.physiology.org/doi/10.1152/physrev.1929.9.3.399>> Acesso em: 05 jan. 2020.

CARR, C. P. et al. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 201, n. 12, p. 1007–1020, Dez. 2013. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-201312000-00001>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CARRERA, E. V.; MAIOA, J. Computer Aided Diagnosis of Gastrointestinal Diseases Based on Iridology. In: BOTTO-TOBAR, M. et al. (Eds.). **Technology Trends. CITTT 2018. Communications in Computer and Information Science**. 1. ed. Switzerland, Switzerland: Springer International Publishing, v. 895p. 531–541, 2019. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-05532-5_40>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CASSIANO, A. N. et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. **Enfermería Global**, Murcia, v. 15, n. 44, p. 452-464, oct. 2016. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400018&lng=es&nrm=iso>. accedido en 26 enero 2020.

CHEN, H. et al. Prevalence, risk factors and multi-group latent class analysis of lifetime anxiety disorders comorbid depressive symptoms. **Journal of Affective Disorders**, v. 243, n. September 2018, p. 360–365, Jan. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718311108>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

COLOSSI, P. M.; MARASCA, A. R.; FALCKE, D. De geração em geração: a violência conjugal e as experiências na família de origem. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p. 493-502. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712015000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

CORREIA, C. M. et al. Representações sobre suicídio de mulheres com história de violência doméstica e intento de suicídio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis. v. 23, n. 1, p. 118–125, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100118&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 jan. 2017.

DASKALAKIS, N. P. et al. Endocrine Aspects of PTSD: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis and Beyond. In: **Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder**. Cham: Springer International Publishing, 2015. p. 1–14. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-08613-2_130-1>. Acesso em: 18 fev. 2020.

DECK, J. **Principles of Iris Diagnosis**: Textbook with Atlas and Indications to Treatment. Germany: Josef Deck, 1982.

DENNY, J. **What the Eyes Reveals**: An Introduction in The RayId Method of Iris Interpretation. USA: Rayid Publications, 1984.

DOERING, J. J.; SIMS, D. A.; MILLER, D. D. How postpartum women with depressive symptoms manage sleep disruption and fatigue. **Research in Nursing & Health**, v. 40, n. 2, p. 132–142, jan. 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21782/pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

DOKKEDAH, S. et al. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. **Systematic Reviews**, v. 8, n. 1, p. 198, 9 dez. 2019. Disponível em: <<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1118-1>>. Acesso em: 01 jan.2020.

DRESCH, A.; LACERDA, D. P.; JÚNIOR, J. A. V. A. **Método de Pesquisa para Avanço da Ciência e Tecnologia**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

DUARTE, M. I. M. P. **Sinais iridológicos comuns em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia**. 2018. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

DUGAL, C. et al. Childhood Interpersonal Trauma and its Repercussions in Adulthood: An Analysis of Psychological and Interpersonal Sequelae. In: **A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder** - from Theory to Practice. [s.l.] In: Tech, 2016.

Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/a-multidimensional-approach-to-post-traumatic-stress-disorder-from-theory-to-practice/childhood-interpersonal-trauma-and-its-repercussions-in-adulthood-an-analysis-of-psychological-and-i>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

DUNN, E. C. et al. Genetic determinants of depression: Recent findings and future directions. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 1–18, 2015. Disponível em: <<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00023727-201501000-00001>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

ERNST, E. Iridology: a systematic review. **Forsch Komplementarmed**, v. 6, n.1, p.7-9, feb. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=10213874>> Acesso em: 08 jan. 2017.

ESTEVEZ, R. B. et al. Toward the Establishment of a Forensic Nursing Specialty in Brazil. **Journal of Forensic Nursing**, v. 10, p. 189-198, 2014. Disponível em: <http://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2014/10000/Toward_the_Establishment_of_a_Forensic_Nursing.4.aspx>. Acesso em: 20 out. 2015.

FANGER, V. C.; SANTIAGO, S. M.; AUDI, C. A. F. Fatores associados à violência contra mulher na vida pregressa de mulheres encarceradas. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1–7, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1395>>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FAUSTINO, A. V. DE M. **Impacto e importância de experiências de adversidade precoce**: Artigo de Revisão. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal. 2015.

FILHO, H. V. **Iridologia**: novos rumos. São Paulo: SINTE – Sindicato dos Terapeutas, 2015.

FIGUEIREDO, Â. L., et al. Trauma infantil e sua associação com transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 480-496, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

FLORY, J. D.; YEHUDA, R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 17, n. 2, p. 141–50, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26246789>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

FRAZÃO, M. C. L. O. et al. Violência em mulheres com diagnóstico de depressão. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1–6, 2019. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1317>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FREITAS, M. L.; FARINELLI, C. A. As consequências psicossociais da violência sexual. **Revista Em Pauta**, v. 14, n. 37, p. 270–295, 1 out. 2016. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25400>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 29 mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405004&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 14 fev.2020.

GARCIA-MORENO, C. et al. **WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva, World Health Organization. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GOLDSTEIN, D. S. How does homeostasis happen? Integrative physiological, systems biological, and evolutionary perspectives. **American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology**, v. 316, n. 4, p. R301–R317, 1 abr. 2019. Disponível em: <<https://www.physiology.org/doi/10.1152/ajpregu.00396.2018>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

GOMES, I. C. R. et al. Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 11, 2014. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8969/8865>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

GONÇALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101–109, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718319876>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249-255, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2017.

GRANIERI, A. et al. The Relationship between Defense Patterns and DSM-5 Maladaptive Personality Domains. **Frontiers in Psychology**, v. 8, n. NOV, p. 1926, 2 nov. 2017. Disponível em: <<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.01926/full>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

GREGORY, A. C.; WILLIAMSON, E.; FEDER, G. The Impact on Informal Supporters of Domestic Violence Survivors: A Systematic Literature Review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 18, n. 5, p. 562–580, 10 dez. 2017. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838016641919>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

GREGOLETI, V.; SCORTEGAGNA, S. A.; PORTELLA, M. R. Rastreamento sociodemográfico e clínico de indivíduos com depressão. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 187-204, 2016

Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/54367/40723>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

GRIEBLER, C. N.; BORGES, J. L. Violência Contra a Mulher: Perfil dos Envolvidos em Boletins de Ocorrência da Lei Maria da Penha. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 2, p. 215-25, 2013. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11463/964>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12a. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256–266, ago. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200256&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 06 jan. 2020.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 56-62, 1960. Disponível em:

<<http://jnnp.bmj.com/content/jnnp/23/1/56.full.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

HENKE, A.; HSU, L. The Impacts of Education, Adverse Childhood Experience, and Nativity on Intimate Partner Violence. **Journal of Family and Economic Issues**, v. 39, n. 2, p. 310–322, 20 jun. 2018. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10834-017-9549-0>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

HENRIQUE-ARAÚJO, R. et al. Transcultural Adaptation of GRID Hamilton Rating Scale For Depression (GRID-HAMD) to Brazilian Portuguese and Evaluation of the Impact of Training Upon Inter-Rater Reliability. **Innovations in clinical neuroscience**, v. 11, n. 7–8, p. 10–1 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253374418>, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25337441>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

HERMAN, J. P. et al. Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. **Comprehensive Physiology**, v. 6, n. 2, p. 603–21, 15 mar 2016. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4867107>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

HILLIS, S. et al. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**. v. 137, n. 3, p 1-13 mar. 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20154079.long> >. Acesso em: 25 maio. 2017.

HOWLETT, J. R.; STEIN, M. B. Prevention of Trauma and Stressor-Related Disorders: A Review. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 1, p. 357–369, 28 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/npp2015261>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA: **Atlas da Violência 2019**. Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum

Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em:
<<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>>. Acesso em:
21 jan. 2020.

JENSEN, B. **Iridology**: The Science and Practice in the Healing Arts. Escondido, CA:
Bernard Jensen, 1982.

_____. **Iridology Simplified**: An Introduction to the Science of Iridology and Its Relation
to Nutrition. 5th ed. Summertown: Healthy Living Publications, 1980.

JOAQUIM, R. M.; TABAQUIM, M. L. M.; VALLE, T. G. M. Estratégias de
enfrentamento e níveis de ansiedade de mulheres em tratamento psicológico. **Archives of
health investigation**, v. 3, n. 3, p. 39–57, 2014. Disponível em:
<<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/691/885>>. Acesso em: 14
de fev. 2020.

JURUENA, M. F. Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression.
Epilepsy & Behavior, v. 38, p. 148–159, 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.10.020>>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

JURUENA, M. F.; CLEARE, A. J.; YOUNG, A. H. The Role of Early Life Stress in HPA
Axis and Depression. In: **Understanding Depression**. Singapore: Springer Singapore,
2018. v. 1, p. 71–80. Disponível em: <[http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-6580-
4_5](http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-6580-4_5)>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

KIM, H.; KIM, S. A.; KONG, S. Resilience Mediates Impact of Some Childhood
Maltreatment on Post-Traumatic Stress Symptoms in Conscripted Marines in the Republic
of Korea. **Research in Nursing & Health**, v. 40, n. 1, p. 51–62, 1 fev. 2017. Disponível
em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/nur.21773>>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

KINLEIN, S. A.; KARATSOREOS, I. N. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis as a
substrate for stress resilience: Interactions with the circadian clock. **Frontiers in
Neuroendocrinology**, p. 100819, 19 dez. 2019. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302219300846?via%3Dihub>>.
Acesso em: 1 de jan. 2020.

KOLAITIS, G. Trauma and post-traumatic stress disorder in children and adolescents.
European Journal of Psychotraumatology, v. 8, n. sup4, p. 1351198, 29 set. 2017.
Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2017.1351198>>.
Acesso em: 21 fev. 2020.

KOSS, K. J.; GUNNAR, M. R. Annual Research Review: Early adversity, the
hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, and child psychopathology. **Journal of Child
Psychology and Psychiatry**, v. 59, n. 4, p. 327–346, 1 abr. 2018. Disponível em:
<<http://doi.wiley.com/10.1111/jcpp.12784>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health
Organization, 2002. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf>. Acesso
em: 29 jan. 2020.

KUSUMANINGTYAS, E. M.; BARAKBAH, A. R.; HERMAWAN, A. A. Feature Extraction for Application of Heart Abnormalities Detection Through Iris Based on Mobile Devices. **EMITTER International Journal of Engineering Technology**, v. 5, n. 2, p. 312–327, 13 jan. 2018. Disponível em:

<<https://emitter.pens.ac.id/index.php/emitter/article/view/202>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

LABELLA, M. H.; MASTEN, A. S. Family influences on the development of aggression and violence. **Current Opinion in Psychology**, v. 19, p. 11–16, 1 fev. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300714?via%3Dihub>>. Acesso em: 21 Jan. 2020.

LACZKOVICS, C. et al. Defense mechanism is predicted by attachment and mediates the maladaptive influence of insecure attachment on adolescent mental health. **Current Psychology**, p. 1–9, 4 abr. 2018. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s12144-018-9839-1>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

LAIDEA, P. S. DOS S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. 398–401, 2016. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

LAWRENZ, P. et al. Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, e34428, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2020.

LECRUBIER, Y. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, v. 12, n. 5, p. 224–231, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LEHMAN, B. J.; DAVID, D. M.; GRUBER, J. A. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. **Social and Personality Psychology Compass**, v. 11, n. 8, p. e12328, 1 ago. 2017. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/spc3.12328>>. Acesso em: 19 fev. 2020.

LI, M.; D'ARCY, C.; MENG, X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 4, p. 717–730, 28 Mar. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26708271>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

LIM, Y.-W.; PARK, Y.-B.; PARK, Y.-J. Experimental study of reliable iris parameters and their relationships with temperament, character, and heart rate variability. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 6, n. 5, p. 524–531, out. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382014000882?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. A longitudinal study of iris parameters and their relationships with temperament characteristics. **European Journal of Integrative Medicine**, v. 8, n. 6, p. 991–1000, Dez. 2016. Disponível em:
<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382016303559?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

LINHARES, M. B. M. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. **Estudos de Psicologia (Campinas)** Campinas, v. 33, n. 4, p. 587-599, dez. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000400587&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2017.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

_____. **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000b.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**, v. 11 n. 3, p. 43-49, 1994. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/profile/Marilda_Lipp/publication/284507885_Validacao_empirica_do_inventario_de_sintomas_de_stress/links/5d1948c2458515c11c06ae86/Validacao-empirica-do-inventario-de-sintomas-de-stress.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2020.

LUGARINHO, L. P.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1321–1332, abr. 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401321&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 fev. 2020.

MAHER, C. et al. Ensuring Rigor in Qualitative Data Analysis. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 17, n. 1, p. 160940691878636, 10 dez. 2018. Disponível em:
<<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406918786362>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MALHOTRA, S.; SHAH, R. Women and mental health in India: An overview. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 205, 2015. Disponível em:
<http://www.indianjpsychiatry.org/temp/IndianJPsychiatry576205-8335905_021855.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, C. M. S. **Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MARTINS, C. M. S. et al. Análise da ocorrência de estresse infantil em pacientes psiquiátricos adultos: uma revisão sistemática. **Psicologia e Neurociência**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 219-227, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-32882011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MARTINS, C. M. S. et al. Emotional Abuse in Childhood Is a Differential Factor for the Development of Depression in Adults. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 202, n. 11, p. 774–782, nov. 2014. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-201411000-00002>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MARTINS-MONTEVERDE, C.; PADOVAN, T.; JURUENA, M. Transtornos relacionados a traumas e a estressores. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. supl.1, p. 37-50, 4 fev. 2017. Disponível em: <<http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50-Supl-1/Simp4-Transtornos-relacionados-a-traumas-e-a-estressores.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S. et al. Relationship Between Depression and Subtypes of Early Life Stress in Adult Psychiatric Patients. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, n. FEB, p. 1–8, 5 fev. 2019. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2019.00019/full>>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MCEWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. **The New England journal of medicine**, v. 338, n. 3, p. 171-199, 1998. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/13801246_McEwen_BS_Protective_and_damaging_effects_of_stress_mediators_N_Engl_J_Med_338_171-9>. Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1032, p. 1-7, dez. 2004. doi: 10.1196/annals.1314.0.

_____. Allostasis and the Epigenetics of Brain and Body Health Over the Life Course. **JAMA Psychiatry**, v. 74, n. 6, p. 551, 1 jun. 2017. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2619523>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

MCEWEN, B. S. et al. “Stress and Anxiety: Structural Plasticity and Epigenetic Regulation as a Consequence of Stress.” **Neuropharmacology**, v. 62, n. 1, p.3–12, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196296/>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

MEDEIROS, M. P. DE; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 384–403, 2018. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/38128/26768>>. Acesso em: 31 dez. 2019.

MELLO, M. F. Envio de anexo contendo a Escala de TEPT Administrada por Clínicos - *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. [mensagem pessoal] Mensagem recebida por <rafaelbragaesteves@yahoo.com.br> em 07 abr. 2016.

MELLO, M. et al. The Effect of Comorbid Depression and Sexual Abuse during Childhood on Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor Sensitivity of Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. **Journal of Depression and Anxiety**, 2013. Disponível em: <<http://www.omicsgroup.org/journals/the-effect-of-comorbid-depression-and-sexual-abuse-during-sensitivity-of-patients-with-posttraumatic-stress-disorder-2167-1044-S4-004.php?aid=18102>>. Acesso em: 06 fev. 2020.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. suppl 1, p. S7–S18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 jan. 2020.

MONTESANTI, S. R. The role of structural and interpersonal violence in the lives of women: a conceptual shift in prevention of gender-based violence. **BMC Women's Health**, v. 15, n. 1, p. 93, 26 dez. 2015. Disponível em: <<http://bmcmenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0247-5>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

MOREY, R. A. et al. Fear learning circuitry is biased toward generalization of fear associations in posttraumatic stress disorder. **Translational Psychiatry**, v. 5, n. 12, p. e700–e700, 15 dez. 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1038/tp.2015.196>>. Acesso em: 14 de fev. 2020.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. de A.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-442, sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2020.

NEGREIRA, A. M.; ABDALLAH, C. G. A Review of fMRI Affective Processing Paradigms Used in the Neurobiological Study of Posttraumatic Stress Disorder. **Chronic Stress**, v. 3, p. 247054701982903, 25 jan. 2019. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2470547019829035>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

NELSON, R. J. **An introduction to behavioral endocrinology**. 3rd ed. Sunderland, MA, US: Sinauer Associates. 2005.

NGUCHU, B. A.; LI, L. **Iris features-based heart disease diagnosis by computer vision**. (C. M. Falco, X. Jiang, Eds.) Ninth International Conference on Digital Image Processing. **Anais...SPIE**, 21 jul. 2017. Disponível em: <<http://proceedings.spiedigitallibrary.org/proceeding.aspx?doi=10.1117/12.2281954>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

NODARI, N. L. et al. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 61–74, 2014.

Disponível em:

<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1543>. Acesso em 13 fev. 2020.

NOLETO, K. C.; BARBOSA, I. DE A. A Efetividade da Lei Maria da Penha no Enfrentamento à Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher. **Revista Âmbito Jurídico - Cadernos: direito penal**, 2019. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-efetividade-da-lei-maria-da-penha-no-enfrentamento-a-violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher/>>. acessos em 26 jan. 2020.

O'BRIAN, B. S. **Iridology Textbook: The Core Curriculum**: Iris Analysis Courses I and II; Preparation for Certification. [s.l.] CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018.

O'DOHERTY, D. C. M. et al. A systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging measurement of structural volumes in posttraumatic stress disorder. **Psychiatry Research – Neuroimaging Elsevier Ireland Ltd**, 30 abr. 2015.

OGUM ALANGA, D. et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: Baseline findings from a cluster randomised controlled trial. **PLOS ONE**, v. 13, n. 7, p. e0200874, 19 jul. 2018. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0200874>>. Acesso em: 05 jan. 2020

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Base8.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 29 jun. 2015.

OUELLET-MORIN, I. et al. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. **Depression and Anxiety**, v. 32, n. 5, p. 316–324, maio 2015. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/da.22347>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

PATIAS, N. D.; BOSSI, T. J.; DELL'AGLIO, D. D. Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2015.

PAU, G. **The foundations of iridology**: the eyes as the key to your genetic health profile. Rochester: Healing Arts Press, 2019.

PERNER, P. **Iris recognition and what is next? Iris diagnosis - a new challenging topic for machine vision from image acquisition to image interpretation.** (A. Verikas et al., Eds.) Ninth International Conference on Machine Vision (Icmv 2016). **Anais...** 17 mar. 2017. Disponível em:

<<http://proceedings.spiedigitallibrary.org/proceeding.aspx?doi=10.1117/12.2269067>>

Acesso em: 10 fev. 2020.

PETTERSSON, A. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*, v. 19, n. 1, p. 19, 24 dez. 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2020.

PLÖDERL, M. et al. Explaining the Suicide Risk of Sexual Minority Individuals by Contrasting the Minority Stress Model with Suicide Models. **Archives of Sexual Behavior**, v. 43, n. 8, p. 1559–1570, 27 nov. 2014. Disponível em:

<<http://link.springer.com/10.1007/s10508-014-0268-4>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução: Denise Regina Sales. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRAYITNO, A.; WIBAWA, A. D.; PURNOMO, M. H. **Early detection study of Kidney Organ Complication caused by Diabetes Mellitus using iris image color constancy.** 2016 International Conference on Information & Communication Technology and Systems (ICTS). **Anais...IEEE**, 2016. Disponível em:

<<http://ieeexplore.ieee.org/document/7910289/>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

PUERARI, F. **The Basics of Iridology:** Iris Patterns (The Basics of Iridology 1 - Iris Patterns). 2. ed. [s.l.] Francesco Puerari, 2014.

PUERARI, F. **The Basics of Iridology 2:** Maps. 1. ed. [s.l.] Francesco Puerari, 2015.

PUPO, M. C. et al. The accuracy of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) to identify PTSD cases in victims of urban violence. **Psychiatry Research**, v. 185, n. 1-2. p. 157-160, 2011. Disponível em:

<<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178109004223>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

RAABE, F. J.; SPENGLER, D. Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. **Frontiers. Psychiatry**, v. 80, n. 4, Aug. 2013. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23966957>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

RAFAEL, R. M. R.; MOURA, A. T. M. S. DE. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 2, p. 149–153, jul. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200149&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 de jan. 2020.

RAGLAN, G. B.; SCHULKIN, J. Introduction to allostasis and allostatic load. In M. KENT, M. C. DAVIS, & J. W. REICH (Eds.), **The resilience handbook: Approaches to stress and trauma** (p. 44–52). Routledge/Taylor & Francis Group. 2013.

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. DE. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 269–279, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200269&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 13 fev. 2020.

RAO, U. et al. “Hippocampal changes associated with early-life adversity and vulnerability to depression. **Biological psychiatry**, v. 67, n. 4, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821020/>>. Acesso em: 25 maio 2017.

RENNISON, C.; RAND, M. R. Nonlethal Intimate Partner Violence Against Women. **Violence Against Women**, v. 9, n. 12, p. 1417–1428, 30 dez. 2003. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801203259232/>>. Acesso em: 14 Feb. 2020.

ROGERS, M. J.; FOLLINGSTAD, D. R. Women’s Exposure to Psychological Abuse: Does That Experience Predict Mental Health Outcomes? **Journal of Family Violence**, v. 29, n. 6, p. 595–611, 22 ago. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718319876>>. Acesso em: 01 jan. 2020.

ROSALES-BANDERAS, J. DE J. et al. **Methodology for Iris Scanning through Smartphones**. 2016 International Conference on Computational Science and Computational Intelligence (CSCI). **Anais...IEEE**, dez. 2016. Disponível em: <<http://proceedings.spiedigitallibrary.org/proceeding.aspx?doi=10.1117/12.2281954>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SABRI, B.; GRANGER, D. A. Gender-based violence and trauma in marginalized populations of women: Role of biological embedding and toxic stress. **Health Care for Women International**, v. 39, n. 9, p. 1038–1055, 2 set. 2018. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2018.1491046>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SABRI, B.; SIMONET, M.; CAMPBELL, J. C. Risk and protective factors of intimate partner violence among South Asian immigrant women and perceived need for services. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 24, n. 3, p. 442–452, 1 jul. 2018. Disponível em: <<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/cdp0000189>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

SAMANT, P.; AGARWAL, R. Comparative analysis of classification-based algorithms for diabetes diagnosis using iris images. **Journal of Medical Engineering & Technology**, v. 42, n. 1, p. 35–42, 2 jan. 2018. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/7881460/>>. Acesso em: 17 fev. 2020.

SANVICENTE-VIEIRA, B; GRASSI-OLIVEIRA, R. Questionário sobre traumas na infância. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SANTOS, L. DA S.; DINIZ, G. R. S. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia Clínica**, v. 30, n. 1, p. 37–59, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652018000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 31 dez. 2019.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. Iridologia: revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 596-600, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2016.

_____. Correlação entre ansiedade e anéis de estresse. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 3, p. 7-13, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a01.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

_____. A identificação da ansiedade por meio da análise da íris: uma possibilidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 26-31, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2020.

_____. O sinal da Cruz de Andréas na íris e o Diabetes Mellitus: um estudo longitudinal. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0626-0631, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400626&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SCHALINSKI, I. et al. The Cortisol Paradox of Trauma-Related Disorders: Lower Phasic Responses but Higher Tonic Levels of Cortisol Are Associated with Sexual Abuse in Childhood. **PLOS ONE**, v. 10, n. 8, p. e0136921, 28 ago. 2015. Disponível em: <2020<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0136921>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SERRALTA, F. B. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 137–144, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v12n1/1688-4221-cp-12-01-137.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

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

SHALEV, A.; LIBERZON, I.; MARMAR, C. Post-Traumatic Stress Disorder. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 25, p. 2459–2469, 22 jun. 2017. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1612499>>. Acesso em: 03 Jan. 2020

SHARAN, F. **Iridology: a complete guide**. 3ed. United States of America: Farida Sharan Inc, 2001.

SHEEHAN, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **Journal of Clinical Psychiatry**. v. 59, sup 20 s22-s33, 1998.

<<https://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/1998/v59s20/v59s2005.aspx>> Acesso em: 21 Jan. 2020.

SHONKOFF, J. P. et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. 232-246, 2012. Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/1/e232.full.pdf>>. acessos em 19 Jun. 2017.

SILVA, F. R.; ASSIS, S. G. A prevenção à violência em programas interdisciplinares que atuam em escolas brasileiras e portuguesas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2899–2908, set. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902899&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1014-1022, dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2015.

SILVA, M. A.; FALBO, G. H.; CABRAL, J. E. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 121-127, mar. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2017.

SITORUS, M. A. R.; PURNOMO, M. H.; WIBAWA, A. D. **Iris image analysis of patient Chronic Renal Failure (CRF) using watershed algorithm**. 2015 4th International Conference on Instrumentation, Communications, Information Technology, and Biomedical Engineering (ICICI-BME). **Anais...** Graduate Center, University of New York, New York, NY 10016, United States IBM T. J. Watson Research Center, Yorktown Heights, NY 10598, United States Lighthouse International, New York, NY 10022, United States IBM T. J. Watson Research Center, New York, NY: IEEE, nov. 2015. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/7401334/>>. Acesso em: 10 feb. 2020.

SMOLLER, J. W. The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and Anxiety Disorders. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 1, p. 297–319, 31 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/articles/npp2015266>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

SPEER, K. E. et al. HPA axis function and diurnal cortisol in post-traumatic stress disorder: A systematic review. **Neurobiology of Stress**, v. 11, p. 100180, 1 nov. 2019.

Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352289518301085>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

SOUSA, M. B. C.; SILVA, H. P. A.; GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 20, n. 1, p. 2-11, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2017.

SULLIVAN, P. F. et al. Psychiatric Genomics: An Update and an Agenda. **American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 1, p. 15–27, jan. 2018. Disponível em: <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2017.17030283>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

TEIXEIRA, C. A. B. et al. Uma investigação sobre o vício em adultos com estresse no início da vida: uma metassíntese. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2939, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100607&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2020.

TETIKCOK, R. et al. Violence towards women is a public health problem. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 44, p. 150–157, Nov. 2016. Disponível em: <<http://jamanetworkopen.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2019.6587>>. Acesso em: 03 jan. 2020

TEAM, R. D. C. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2018. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 25 set. 2019.

THAYER, Z. et al. Early life trauma, post-traumatic stress disorder, and allostatic load in a sample of American Indian adults. *American Journal of Human Biology*, v. 29, n. 3, p. e22943, 6 maio 2017. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5432430>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

TUNNARD, C. et al. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. **Journal of Affective Disorders**, v.152–154, p.122–130, 2014. Disponível em: <doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.037>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

TRIWIJAYANTI, K. A.; SUWASTIO, H.; DAMAIOANTI, R. Lung disorders detection based on irises image using computational intelligent ART. **TEKTRIKA - Jurnal Penelitian dan Pengembangan Telekomunikasi, Kendali, Komputer, Elektrik, dan Elektronika**, v. 8, n. 2, p. 59–66, 20 set. 2016. Disponível em: <<http://journals.telkomuniversity.ac.id/tektrika/article/view/224>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

UM, J. Y. et al. Novel Approach of Molecular Genetic Understanding of Iridology: Relationship Between Iris Constitution and Angiotensin-Converting Enzyme Gene Polymorphism. **The American Journal of Chinese Medicine**, v. 33, n. 3, p. 501-505, 2005. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/22b4/d445ab2b40b15258762d1fd382737cbb7c3b.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND. **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**. UNICEF: New York, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/files/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2020.

VARES, E. A. et al. Childhood trauma and dimensions of depression: a specific association with the cognitive domain. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 127-134, jun. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000200127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2020.

VIENA. **Declaração e programa de ação de Viena**. 1993. Disponível em:

<<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

WAIKAMP, V; BARCELLOS SERRALTA, F. Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. **Ciências Psicológicas**, Montevideo, v. 12, n. 1, p. 137-144, maio 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000100137&lng=es&nrm=iso> Acesso em: 10 jan. 2020.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA, 2016. Disponível em:

<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

WEATHERS, F. W.; KEANE, T. M.; DAVIDSON, J. R. T. Clinician-Administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. **Depression and Anxiety**, v. 13, p. 132–156, 2001. Disponível em: <<https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id23235.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2020.

WEDER, N. et al. Child Abuse, Depression, and Methylation in Genes Involved with Stress, Neural Plasticity, and Brain Circuitry. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 53, n. 4, p. 417- 424.e5, abr. 2014. Disponível em:

<<http://ieeexplore.ieee.org/document/1100705/>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

WILLIAMS, J. B. W. et al. The GRID-HAMD: standardization of the Hamilton Depression Rating Scale. **International Clinical Psychopharmacology**, v. 23, n. 3, p. 120–129, maio 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25337441>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

WIMALAWANSA, S. J. Endocrinological Mechanisms of Depressive Disorders and Ill Health. **Expert Review of Endocrinology & Metabolism**, v. 11, n. 1, p. 3–6, 2 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/17446651.2016.1127755>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

WOODCOCK, P.; PULLIN, A. S.; KAISER, M. J. Evaluating and improving the reliability of evidence syntheses in conservation and environmental science: A methodology.

Biological Conservation, v. 176, p. 54–62, 2014. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006320714001712?via%3Dihub>>. Acesso em: 29 jan. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva, 2005. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43310/1/9241593512_eng.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2017.

_____. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence.** 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf?ua=1>. Acesso em: 09 nov. 2017.

_____. **Global status report on violence prevention 2014.** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global Geneva: World Health Organization. Disponível em: <www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014%0A978>. Acesso em: 29 jan. 2020.

_____. **INSPIRE Seven Strategies for Ending Violence Against Children.** jul. 2016. Disponível em :<<http://www.refworld.org/docid/57878f5e4.html>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. **Depression and Other Common. Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva: 2017. License: CC BY-NC-SA. 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP). Disponível em:<<http://apps.who.int/iris>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

_____. **Preventing suicide, a community engagement toolkit.** Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

XIE, P. et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. **Journal of Affective Disorders**, v. 228, p. 41–48, mar. 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>>. Acesso em: 24 Jan. 2020.

YEHUDA, R. et al. Post-traumatic stress disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 1, n. 1, p. 15057, 8 dez. 2015. Disponível em:<<http://www.nature.com/articles/nrdp201557>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

ZHANG, J.-Y. et al. Chronic Stress Remodels Synapses in an Amygdala Circuit–Specific Manner. **Biological Psychiatry**, v. 85, n. 3, p. 189–201, fev. 2019. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322318316330>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: **Impacto da violência na manifestação de estresse e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas**

Pesquisador Responsável: Rafael Braga Esteves, Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP; **Orientadora:** Lucilene Cardoso Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP).

Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a relação entre traumas na infância, estresse e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas; contexto social (dados sobre idade, sexo, escolaridade, ocupação, condições de saúde e trabalho, acontecimentos marcantes e estilo de vida) e adoecimento (ansiedade, depressão e transtornos mentais comuns). Em outras palavras, esse estudo propõe-se a compreender a relação do estresse e a violência sofrida por mulheres com diagnóstico de depressão, e propor uma avaliação, por meio de escalas e dois marcadores biológicos: o hormônio cortisol (substância produzida pelo nosso corpo saudável, mas que pode estar com o seu nível alterado em pessoas com depressão, por exemplo) e sinais na íris (a íris é um das partes de nossos olhos que tem cor – algumas pessoas têm os olhos azuis, verdes, castanhos, entre outros. E, nesta região podem aparecer sinais ou marcas que profissionais treinados podem avaliar como está o funcionamento do corpo humano), a fim de contribuir para o avanço das avaliações psiquiátricas com informações concretas. A pesquisa sobre o tema violência, ainda poderá contribuir para melhoria das políticas de saúde e prevenção mais direcionadas a esta população.

Sua participação será dividida em dois encontros. No primeiro encontro que acontecerá aqui no serviço você responderá questionários sobre características pessoais, estresse, sintomas depressivos e violência (tempo previsto de 60 minutos). Nesse encontro serão tiradas fotos dos seus dois olhos para registro e análise das íris. Após você receberá um envelope transparente contendo: cinco tubos plásticos com um algodão (nestes tubos você coletará sua saliva), uma folha para registro de suas coletas com o horário para você preencher, caso aconteça algo diferente em sua rotina diária nos horários de coleta da saliva e uma outra folha com explicações sobre como coletar a saliva (no primeiro encontro iremos explicar a você como coletar sua saliva). Você irá coletar sua saliva durante um dia, nos seguintes horários: 22:00 horas, ao acordar, 30 minutos depois, 60 minutos depois e 9:00 horas, que serão mantidos no seu congelador. Vamos combinar um dia e eu irei em sua casa buscar os tubos com saliva, este será o segundo encontro. Solicitamos, ainda, o seu

consentimento para usarmos seus dados clínicos registrados em seu prontuário nesta instituição, sendo eles diagnóstico, internações e medicações que você está usando.

Caso aceite participar deste estudo, seu nome não será divulgado de maneira alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência no seu atendimento neste serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência.

Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma nem em seu atendimento aqui. Você não precisará pagar nada para participar e também não vai receber dinheiro para isso. Os benefícios previstos são diretos e indiretos. Você terá como benefício direto uma avaliação gratuita sobre ocorrência de estresse na sua vida e indicadores de sua saúde, sendo entregue para você um resumo de sua avaliação geral, assim que finalizarmos as análises dos dados coletados. Indiretamente, poderá também ser beneficiado por avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções no cuidado à saúde dos usuários deste serviço de saúde mental e em outros serviços. Por outro lado, você poderá se sentir constrangida, triste, sensível por causa das perguntas que serão feitas a você, por falar sobre sua vida ou durante o preenchimento dos questionários. Caso você se sinta assim ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda ajudando você a buscar a melhor solução possível. Nosso contato está no final deste termo. Você pode se recusar a participar da pesquisa ou mesmo a responder qualquer pergunta sempre que desejar.

Quando terminarmos esta pesquisa, os dados e informações obtidas nos questionários e nas análises da fotografia dos seus olhos e saliva serão utilizados apenas para fins científicos e os resultados poderão ser divulgados publicamente. Como já garantido a você, sua participação nesta pesquisa será anônima e sua identidade não será divulgada de forma alguma. Caso você se sinta prejudicado ou sofra algum dano por participar desta pesquisa, você tem direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvida ou deseje informações você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário - Bairro Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902, pelo telefone: (16) 3315-9197 e pelo e-mail: cep@eerp.usp.br, funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08:00 as 17:00 horas. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações éticas no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade. Você também pode entrar em contato com o pesquisador principal

Rafael Braga Esteves por E-mail: rafael.braga.esteves@usp.br ou Telefone: (16) 3315-0531. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento junto conosco, em duas vias de igual teor, ambas assinadas pelo pesquisador responsável que garante o fornecimento de uma via imediatamente a você.

Eu, _____, fui informado de forma clara sobre os objetivos, finalidade de estudo, procedimentos, riscos e benefícios, direitos do participante e forma de participação na pesquisa **“Impacto da violência na manifestação de estresse e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas”**.

Sendo assim, **ACEITO PARTICIPAR DESSA PESQUISA.**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Pesquisadores:

Enf. Rafael Braga Esteves

rafael.braga.esteves@usp.br

(16) 3315-0531

Profa. Lucilene Cardoso

lucilene@eerp.usp.br

(16) 3315-0531

:

APÊNDICE B – Identificação de informações para contato com o paciente

Nome: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ Telefone/Celular: _____

E-mail: _____

Entrevistador: _____ Data: _____/_____/_____

Observações: _____

CHECK LIST

Instrumento		Observações Sobre o preenchimento dos instrumentos	Lançamento banco Digitação	
			1	2
1	Questionário Sociodemográfico, de Condições de Trabalho e Saúde			
2	Inventário Breve para Identificação de Violência			
3	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, <i>MINI International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version (M.I.N.I. 5.0.0)</i>			
4	Escala de TEPT Administrada por Clínicos, <i>Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-IV)</i>			
5	Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton, <i>GRID Hamilton Rating Scale for Depression (GRID-HAM-D₂₁)</i>			
6	Questionário sobre Traumas na Infância, <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>			
7	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)			
8	Instrumento para Avaliação da Imagem da Íris dos Olhos			

APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde

Data de coleta dados: _____ / _____ / _____	1.	/	/
Data de nascimento: _____ / _____ / _____	2.	/	/
Peso: _____ kg	3.		
Altura: _____ M	4.		
Estado civil: 1.Solteira 2.Companheiro 3.Casada 4.Separada/divorciada 5.Viúva	5.	()	
Religião: 1.Sim 2.Não	6.	()	
7. Qual religião? 1.Católica 2.Evangélica 3.Protestante 4.Espírita 5.Outra: _____ 6. Nenhuma	7.	()	
Cor (Autodeclarada): 1.Branca 2.Parda 3.Preta/Negra 4.Amarela 5.Índia	8.	()	
Escolaridade: 1.Analfabeta 2.Fundamental incompleto 3.Fundamental completo Médio incompleto 5. Médio completo 6. Superior incompleto 7.Superior completo 8.Outra modalidade: _____	9.	()	
0. Quantos anos estudou: _____	10.		
1. Profissão/ocupação: _____	11.	Escrever	
2. Situação da ocupação: 1.Ativa 2.Inativa	12.	()	
3. Renda pessoal: R\$ _____	13.		
4. Renda familiar (Incluir participante): R\$ _____	14.		
5. Tem Filho(s): 1.Sim 2.Não	15.	()	
6. Quantos (Nº de filhos): _____	16.	()	
7. Reside com: 1.Família 2.Amigos 3.Sozinha	17.	()	
18. Quantas pessoas residem juntas (Incluir a participante): _____	18.	()	
9. Têm irmãos? 1.Sim 2.Não	19.	()	
20. Quantos irmão são? (Incluir participante): _____	20.	()	
1. Têm irmãos gêmeos? 1.Sim 2.Não	21.	()	
2. Você é gêmeo? 1.Sim 2.Não	22.	()	
3. Você é adotada? 1.Sim 2.Não	23.	()	
4. Abortos prévios: 1.Sim 2.Não	24.	()	
25. Abortos espontâneos: 1.Sim 2.Não	25.	()	
26. Quantos abortos espontâneos teve na vida? _____ (Quem não teve deixar em branco)	26.	()	
27. Abortos provocado: 1.Sim 2.Não	27.	()	
28. Quantos provocados teve na vida? _____ (Quem não teve deixar em branco)	28.	()	
29. Têm doenças clínicas? 1.Sim 2.Não	29.	()	
0. Quais doenças você têm: 1.DM 2.HAS 3.Cardiopatias 4.Epilepsia/convulsão 5.Enxaqueca 6.Dislipidemia 7.Hipo/Hipertireoidismo 8.Cushing 9.Outras: _____	30.		
1. Tem histórico de dor crônica (Dor +q 3 meses após injúria física): 1.Sim 2.Não	31.	()	
2. Usa anticoncepcional? 1.Sim 2.Não	32.	()	
3. Está na menopausa? 1.Sim 2.Não	33.	()	
4. Já fez reposição hormonal? 1.Sim 2.Não	34.	()	
5. Abuso de Bebida alcoólica: 1.Sim 2.Não	35.	()	
6. Abuso de drogas ilícitas: 1.Sim 2.Não	36.	()	
37. Tabagismo: 1.Sim 2.Não	37.	()	
38. Quantidade de cigarros por dia? _____ (Quem não teve deixar em branco)	38.	()	
39. Idade de início da depressão (SIC): _____ em anos (Quem não teve deixar em branco)	39.	()	
40. Já tentou suicídio? 1.Sim 2.Não	40.	()	
41. Quantas vezes já tentou suicídio? _____ (Quem não teve deixar em branco)	41.	()	
42. Já teve internação psiquiátrica? 1.Sim 2.Não	42.	()	
43. Quantas vezes? _____ (Quem não teve deixar em branco)	43.	()	
44. Tem doença psiquiátrica na família? 1.Sim 2.Não	44.	()	
45. Faz uso contínuo de medicações? 1.Sim 2.Não	45.	()	
46. Quais a medicações em uso? Quais (listar nomes)			
46.1. Antidepressivos 1.Sim 2.Não	46.1	()	
46.2. Sedativos/Hipnóticos 1.Sim 2.Não	46.2	()	
46.3. Antipsicóticos 1.Sim 2.Não	46.3	()	
46.4. Estabilizadores do Humor 1.Sim 2.Não	46.4	()	

APÊNDICE D – Inventário Breve para Identificação de Violência

O entrevistador deve fazer a pergunta: “**Você já sofreu alguma violência na sua vida?**”. E, marcar um X em sim ou não, quando a resposta da participante for afirmativa o inventário será aplicado e no caso de resposta negativa o inventário não será aplicado. O avaliador preencherá a células da primeira coluna com um breve texto referente ao evento ou ato violento relatado pela participante (autorreferido). Na célula da coluna seguinte deve ser registrada a idade em anos, na qual a respondente referir ter sofrido o evento. Para o registro de mais de um evento autorrelatado o registro deve ser feito na linha abaixo. E, na terceira coluna deve ser assinalado o (os) tipo (os) de violência sofrido (os) pelo participante de acordo com a descrição feita do evento.

Você já sofreu alguma violência na sua vida?		
	() Sim	() Não
Relato do ato violento (autoreferido)	Qual era sua idade?	Tipo de violência
1		1 () Física 2 () Sexual 3 () Psicológica 4 () Social 5 () Cultural 6 () Outra: _____ _____
2		1 () Física 2 () Sexual 3 () Psicológica 4 () Social 5 () Cultural 6 () Outra: _____ _____
3		1 () Física 2 () Sexual 3 () Psicológica 4 () Social 5 () Cultural 6 () Outra: _____ _____
4		1 () Física 2 () Sexual 3 () Psicológica 4 () Social 5 () Cultural 6 () Outra: _____ _____
5		1 () Física 2 () Sexual 3 () Psicológica 4 () Social 5 () Cultural 6 () Outra: _____ _____

APÊNDICE E - Instrumento para Avaliação da Imagem da Íris dos Olhos

1. Alterações/deformações (autorreferida) na íris D: 1. Sim 2. Não		1.	()
2. Tipo de alterações/deformidades, íris D:	2.1. Cegueira	2.1.	()
	2.2. Pterígio	2.2.	()
	2.3. Cicatriz	2.3.	()
	2.4. Outros	2.4.	()
3. Classificação da cor da íris D:	3.1. Azul verdadeiro (Linfática)	3.1.	()
	3.2. Marrom verdadeiro (Hematogênica)	3.2.	()
	3.3. Cor mista (Misto biliar)	3.3.	()
4. Densidade das fibras da íris D (1, 2, 3, 4, 5):		4.	()
5. Presença de "Anéis de Tensão", íris D: 1. Sim 2. Não		5.	()
6. Número de "Anéis de Tensão", íris D (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6):		6.	()
7. Sinal iridológico: <u>Lacuna</u> . <u>Mapa: Celso Battello e Clay Pareschi</u> . <u>Órgão: Glândula adrenal</u> . <u>Posição: 5h (150°) as 6h (180°)</u> . <u>Íris: D: 1. Presente 2. Ausente</u>		7.	()
8. Observações feitas pelo pesquisador:		/	
9. Alterações/deformações (autorreferida) na íris E: 1. Sim 2. Não		9.	()
10. Tipo de alterações/deformidades, íris E:	10.1. Cegueira	10.1.	()
	10.2. Pterígio	10.2.	()
	10.3. Cicatriz	10.3.	()
	10.4. Outros	10.4.	()
11. Classificação da cor da íris E:	11.1. Azul verdadeiro (Linfática)	11.1.	()
	11.2. Marrom verdadeiro (Hematogênica)	11.2.	()
	11.3. Cor mista (Misto biliar)	11.3.	()
12. Densidade das fibras da íris E (1, 2, 3, 4, 5):		12.	()
13. Presença de "Anéis de Tensão", íris E: 1. Sim 2. Não		13.	()
14. Número de "Anéis de Tensão", íris E (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6):		14.	()
15. Sinal iridológico: <u>Lacuna</u> . <u>Mapa: Celso Battello e Clay Pareschi</u> . <u>Órgão: Glândula adrenal</u> . <u>Posição: 6h (180°) as 7h (210°)</u> . <u>Íris: E: 1. Presente 2. Ausente</u>		15.	()
16. Observações feitas pelo pesquisador:		/	

APÊNDICE F – Imagens referentes aos materiais que compuseram o protocolo 2

1. Smart Íris Castells – Iridoscópio.

Fonte: Castells Nova Imagem.

2. Smartphone - iPhone 4s da Apple Branco. 3. Tripé para foto e vídeo – Digipod. 4. Monopode. 5. Suporte ajustável para monópode.

Fonte: Apple, Imagem disponível Mercado Livre (2). Detonashop (3, 4). Arquivo pessoal (5).

6. Queixeira para iridologia Castells. 7. Controle remoto disparador por bluetooth de Celular - Selfie Universa. 8. Gaze embebida em álcool a 70% (BD). 9. Software Íris 3D 2.0 da 3D Sistema.

Fonte: Castells Nova Imagem (6). Detonashop (7). Medjet (8). Iriscope (9).

APÊNDICE G – Demonstração dos materiais do Protocolo 2

Fonte: Próprio autor.

5. Suporte ajustável para monópode

ANEXOS

ANEXO A – Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 5.0.0)

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 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.

ANEXO B – Escala de Avaliação de Depressão GRID de Hamilton (GRID-HAM-D₂₁)

GRID-HAMD

RG do paciente:	
Iniciais do paciente:	
Nome do avaliador:	
Data (dd/mm/aaaa)	

Visão geral

Eu queria perguntar algumas questões sobre a última semana. Como você se sentiu desde o(a) último(a) (DIA DA SEMANA)?

Notas:

Na Avaliação Inicial

Quando foi a última vez que você passou 2 meses com o humor “normal”?

Notas:

1. Humor Deprimido

Frequência				
Este item avalia sentimentos de tristeza, desesperança, desamparo e inutilidade. Nota: Esta não é uma avaliação global da doença depressiva.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sentimentos de tristeza, desânimo, baixa auto-estima, pessimismo.	0	1	1	2
Moderado Sinais não-verbais evidentes de tristeza (como tendência a chorar), sentimentos de desesperança, desamparo ou inutilidade sobre alguns aspectos da vida.		1	2	3
Grave Tristeza, choro, desesperança intensos relacionadas a alguns aspectos da vida, sentimentos de completo desamparo ou inutilidade.		2	3	4
Muito Grave Tristeza extrema, desesperança ou desamparo inabaláveis.		3	4	4

Como esteve seu humor na última semana (compare com quando você esteve se sentindo bem)?

Você se sentiu desanimado(a) ou deprimido(a)? Triste ou desesperançoso(a)? Desamparado(a)? Inútil? (Você pode descrever como esse sentimento tem sido para você? Quanto este sentimento é ruim?)

Este sentimento desaparece se alguma coisa boa acontece? (Desaparece completamente ou fica apenas menos intenso?)

Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?

Como você está se sentindo em relação ao futuro?

Você tem chorado? SE SIM: Com que frequência?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu desta maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Este item NÃO deve ser considerado uma medida global da gravidade da depressão. O item 1 avalia um dos sintomas centrais da depressão.
- Flutuações normais do humor sem significado clínico devem ser contabilizadas como "0".
- Considere humor deprimido mesmo se o(a) paciente atribuir o humor a problemas reais de vida (ex.: deprimido devido a problemas no trabalho, conflito conjugal).
- Alguns pacientes descrevem sentimentos de humor abatido sem reconhecer "tristeza" ou "depressão" (ex.: "desanimado", "para baixo", "entorpecido"). Considere como sintomático.
- Sinais não-verbais (ex.: postura curvada, contato ocular infrequente, testa franzida, expressão facial triste) também são considerados para determinar a gravidade
- Não contabilize humor raivoso, irritável ou ansioso neste item.

2. Culpa

Frequência				
Culpa é definida como a percepção de ter feito algo ruim ou errado e é acompanhada por sentimentos de remorso ou vergonha. Culpa é considerada apenas se for excessiva ou irrealista.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Auto-crítica, auto-reprovação (ex.: "Eu decepcionei as pessoas.")	0	1	1	2
Moderado Sentimentos de culpa, remorso, vergonha; crença de que fez algo ruim ou errado		1	2	3
Grave Sentimentos generalizados de culpa; sente que a doença é uma punição por atos pecaminosos.		2	3	4
Muito Grave Delírios, alucinações.			4	4

Você se sentiu particularmente auto-crítico(a) nesta última semana ou sentiu como se tivesse decepcionado os outros?
SE SIM: Quais foram esses pensamentos?

Na última semana, você se sentiu culpado(a) por alguma coisa que você fez ou deixou de fazer? (SE SIM: De que você se sentiu culpado(a)?) (E em relação a coisas que aconteceram há muito tempo?)

Quanto você se sentiu culpado(a) nesta última semana?

Você sente que sua depressão é uma punição por algo ruim que você fez?

(Você ouviu vozes ou teve visões na última semana? SE SIM: Fale-me sobre isso.)

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu desta maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Auto-reprovação realista não é pontuada (ex.: sentindo-se mal em algum grau por estar atrasado(a) no trabalho ou não tomar conta das crianças quando isso é realmente um problema), a não ser que o(a) paciente insista nisso excessivamente.
- Sentimentos vagos de baixa auto-estima (ex.: sentindo-se não-ativo(a) para o sexo oposto) não são pontuados, a não ser que a baixa auto-estima esteja associada com auto-reprovação ou censura.
- Distinguir entre crenças de que o(a) paciente é responsável pela depressão por erros que cometeu na sua vida (intensidade leve ou moderada) e a crença de que a depressão é uma punição por coisas ruins que ele(a) fez (intensidade grave).
- Sentimentos de inutilidade são um aspecto do humor deprimido (item 1) e não são pontuados aqui a menos que sejam acompanhados por culpa.

3. Suicídio

Frequência				
Este item avalia a extensão completa da gravidade da ideação e comportamento suicida.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sente que não vale a pena viver, mas não expressa desejo de morrer (ex.: "Eu não me importo se eu viver ou morrer")	0	1	1	2
Moderado Deseja estar morto; pensa em morrer, mas sem planos ou intenções específicas (ex.: "Se eu fosse atingido por um ônibus, eu não me importaria" "Eu gostaria de dormir e nunca mais acordar")		1	2	3
Grave Plano ou intenção suicida clara; atos suicidas (ex.: tomando alguns comprimidos para dormir)		3	3	4
Muito Grave Tentativas de suicídio		4	4	4

Nesta semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver? SE SIM: Sobre o que você pensou?

Você pensou que seria melhor estar morto? SE SIM: Você pode me falar mais sobre isso?

Você teve pensamentos de se matar ou se ferir? SE SIM: O que você pensou sobre isso? Você fez alguma coisa de fato para se ferir?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu desta maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu desta maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Perceba que alguns pacientes podem tentar esconder ou minimizar pensamentos ou comportamentos suicidas.
- Não pontue sentimentos de desânimo e alienação (ex.: "Qual a utilidade", "Ninguém liga", etc.) a não ser que estejam associados com pensamentos de que não vale a pena viver.
- Preocupações com morte, na ausência de desejo de morrer, são classificadas como intensidade leve.
- Sentimentos de que a vida é um peso e o desejo de fugir, *sem pensamentos claros de suicídio ou morte*, são classificados como intensidade leve.
- Gestos ou tentativas suicidas são pontuados positivamente mesmo se o(a) paciente descreve os comportamentos como um grito de socorro ou ato de vingança.
- Pensamentos ou planos suicidas são pontuados positivamente mesmo se houver uma razão lógica (ex.: doenças terminais).

4. Insônia Inicial

Frequência				
Tempo para iniciar o sono	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos para adormecer	0	1	1	2
Accentuado 1 hora ou mais para adormecer		1	2	2

Eu gostaria de perguntar a você sobre o seu sono na última semana.

Quais eram seus horários habituais para dormir e acordar antes disso começar?

Na última semana, você teve dificuldade para adormecer no início da noite?

Quanto tempo foi necessário para você adormecer?

O tempo que você fica tentando pegar no sono mudou desde que você tem estado deprimido?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você teve dificuldade para adormecer?
- Quantas noites na última semana? (Isso aconteceu em todas as noites?)

Notas

Convenções

- Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas.
- Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas evidentes, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc.
- Insônia inicial é pontuada mesmo se o(a) paciente vai para a cama tarde porque é incapaz de adormecer.
- Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, pontue a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência da insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir.

5. Insônia Intermediária

Frequência				
Após adormecer e até 2 horas antes do horário habitual de acordar	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos acordado	0	1	1	2
Acentuado 1 hora ou mais acordado		1	2	2

Na última semana, você acordou no meio da noite?
SE SIM: Quanto tempo foi necessário para você voltar a adormecer?

Seu sono foi agitado ou perturbado?
SE SIM: Em quantas noites nesta semana o seu sono foi agitado?

Frequência

- Durante a última semana, quantas vezes em cada noite você acordou?
- Em quantas noites na última semana isso aconteceu?

Convenções

- Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas.
- Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas evidentes, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc.
- Pontue todos os itens de insônia que se aplicam. Ex., se um(a) paciente acorda no meio da noite a não mais consegue voltar a dormir, considere insônia intermediária e terminal.
- Não pontue acordar para usar o banheiro, a menos que lhe seja necessário ≥ 30 minutos para voltar a adormecer.
- Sair da cama não é necessário para contabilizar 2.
- Para despertares curtos e frequentes, some o tempo total acordado (ex.: 10 + 10 + 10 = 30 minutos).
- Inquietação, sem estar acordado(a) mais que um total de 30 minutos, pode merecer um valor de 1 apenas se isso ocorrer em grande parte do tempo ou quase todo o tempo.
- Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, considere a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir.

Notas

6. Insônia Terminal

Frequência				
Até 2 horas antes do horário habitual de despertar. Pode permanecer acordado durante esse período ou pode voltar a dormir após despertar completamente.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve 30-59 minutos acordado	0	1	1	2
Acentuado 1 hora ou mais acordado		1	2	2

Nesta última semana, em que horário você tem acordado pela manhã pela última vez? (COMPARE COM O HORÁRIO DE DESPERTAR PRÉ-MÓRBIDO)
SE PRECOCE: Isso acontece com o despertador ou você acorda por conta própria?

Você conseguia voltar a dormir?

Quanto tempo geralmente você leva para voltar a dormir?

Frequência

- Durante a última semana, em quantas manhãs você acordou mais cedo que o seu habitual?

Convenções

- Insônia noturna é pontuada mesmo que o(a) paciente atribua isso a sonecas diurnas.
- Não pontue dificuldade para adormecer ou continuar dormindo decorrente de causas externas evidentes, ex., bebê chorando, festa do vizinho, etc.
- Não pontue acordar para usar o banheiro, a menos que lhe seja necessário ≥ 30 minutos para voltar a adormecer.
- Sair da cama não é necessário para contabilizar 2.
- Para despertares curtos e frequentes, some o tempo total acordado (ex.: $10 + 10 + 10 = 30$ minutos).
- Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir na última semana, considere a intensidade e a frequência da insônia de como isso ocorreu com o uso de comprimido(s) para dormir. Se o(a) paciente usou comprimido(s) para dormir menos que 7 noites durante a última semana, baseie sua avaliação na média de intensidade e frequência da insônia ao longo de toda a semana, incluindo aquelas noites em que o(a) paciente não usou comprimido(s) para dormir.

Notas

7. Trabalho e Atividades

Frequência				
Este item avalia falta de interesse ou prazer e o comprometimento da capacidade de funcionamento no trabalho dentro e fora de casa, atividades de lazer e relações sociais e familiares.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Alguma redução no interesse ou prazer, mas sem comprometimento evidente no funcionamento	0	1	1	2
Moderado Redução significativa no interesse ou prazer ou comprometimento evidente no funcionamento		1	2	3
Grave Redução profunda no interesse, prazer e funcionamento		2	3	4
Muito Grave Incapaz de trabalhar; necessita de ajuda para executar atividades de auto-cuidado; incapaz de funcionar sem assistência		3	4	4

Como você passou seu tempo nesta última semana (quando não estava no trabalho)?

Você se sentiu interessado(a) em fazer (essas coisas) ou você sentiu que teve que se esforçar para fazê-las?

Antes disso (depressão) começar, que tipo de coisas você gostava de fazer? Você parou de fazer alguma coisa que costumava fazer?

E em relação a passatempos? SE SIM: Por quê?

SE TRABALHA (DENTRO OU FORA DO DOMICÍLIO): Você foi capaz de fazer a mesma quantidade (de trabalho) que costumava fazer? Quanto menos?

Você teve que se esforçar para fazer as coisas? SE SIM: Quanto isso foi difícil?

Quanto tempo você passou com sua família e amigos? Isso é menos que o habitual?

Gravidade

- Quanto menos interessado nas coisas você se sentiu nesta última semana?
- Quanto menos prazer você teve com as coisas?
- Quanto mais difícil foi pra você fazer o seu trabalho na última semana?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Convenções

Este item avalia três dimensões que às vezes podem ser independentes: perda de interesse, perda de prazer e comprometimento. Intensidades grave e muito grave exigem prejuízo em todos os três domínios.

- Considere vários domínios de funcionamento (trabalho, domicílio, atividades recreativas), dando maior peso aos papéis que tomam o maior tempo ou são mais importantes para o(a) paciente.
- Comprometimento é evidenciado por diminuição do tempo dedicado às atividades, diminuição da produtividade ou ambos.
- Intensidade grave exige comprometimento no funcionamento das atividades principais ou em múltiplos domínios.
- Se desempregado(a), considere razões pelas quais o(a) paciente não está trabalhando. Pontue muito grave apenas se o(a) paciente estiver incapaz para trabalhar em decorrência da depressão.
- Não pontue inatividade se for melhor explicada por fadiga ou energia reduzida (ex.: quando o(a) paciente tenta trabalhar, mas está muito cansado(a) para continuar).

8. Retardo Psicomotor

Este item avalia retardo nos movimentos e na fala observado durante a entrevista.	
Intensidade do sintoma	
Ausente	0
Leve Velocidade de fala levemente reduzida	1
Moderado Velocidade da fala claramente reduzida com pausas perceptíveis	2
Grave Entrevista claramente prolongada; todos os movimentos muito lentos	3
Muito Grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEADO NA OBSERVAÇÃO

Convenções

Este item avalia indicadores comportamentais de retardo psicomotor. Não considere as sensações subjetivas do(a) paciente de estar lento.

- Considere atrasos nas respostas verbais e na velocidade da fala, bem como movimentos físicos.
- O avaliador deve levar em consideração a extensão completa do retardo psicomotor que ocorre em pessoas com depressão.

Nota: Retardo e agitação (item 9) ocasionalmente coexistem, mas apenas em intensidade leve.

Notas

9. Agitação Psicomotora

Este item avalia agitação no comportamento motor e na fala observada durante a entrevista.	
Intensidade do sintoma	
Ausente movimentos com padrão normal (ex.: ocasionalmente muda de posição na cadeira)	0
Leve agitação duvidosa ou discreta, inquietação leve (ex.: frequentemente mudando de posição na cadeira, batendo o pé, mexendo no cabelo, mãos ou roupas)	1
Moderado Inquietação ou agitação de moderada a acentuada (ex.: aperta as mãos, arranha ou cutuca a pele excessivamente)	2
Grave Não consegue se sentar tranquilamente nem ficar sentado por um curto período de tempo; fica andando.	3
Muito Grave A entrevista não pode ser concluída	4

AVALIE BASEADO NA OBSERVAÇÃO

Convenções

Este item avalia indicadores comportamentais de agitação psicomotora. Não pontue as sensações subjetivas do(a) paciente de agitação e/ou inquietação.

Nota: Agitação e retardo (item 8) ocasionalmente coexistem, mas apenas em intensidade leve.

Notas

10. Ansiedade Psíquica

Frequência				
Este item avalia apreensão, medo, pânico e preocupação, bem como irritabilidade. <i>Nota: Não pontue aqui sintomas físicos de ataques de pânico. Pontue no item 11: Ansiedade Somática.</i>	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Algumas sensações de preocupação ou irritabilidade.	0	1	1	2
Moderado Preocupação ou irritabilidade excessiva; ansiedade causa sofrimento; pode causar algum comprometimento no funcionamento.		1	2	3
Grave Preocupação ou pavor generalizados; temendo o pior; apreensão óbvia na expressão ou comportamento; comprometimento significativo no funcionamento; sensações de pânico.		2	3	4
Muito Grave Incapacitante.		3	4	4

Você se sentiu particularmente tenso(a) ou irritável nesta última semana?
SE SIM: Em que tipo de situações? Isto é mais que o normal para você?

Você esteve muito preocupado(a) nesta última semana?
(Com quê?)

Você se preocupa com o que vai acontecer no futuro?
SE SIM: Com que você se preocupa?

Você se sentiu em pânico na última semana?
SE SIM: Como foi essa sensação?

Gravidade

- Quanto isso foi ruim na última semana?
- Quanta dificuldade isso gerou para você na última semana?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- A preocupação excessiva está fora de proporção, tanto em tempo gasto preocupando-se ou na intensidade da preocupação.
- Se um(a) paciente tiver alguns poucos ataques de pânico sem ansiedade em outros momentos, pontue como grave, mas ocasional (ex.: 2 ou 3).
- Ansiedade psíquica associada com transtorno de ansiedade comórbido (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobia social, fobia específica) é pontuada até mesmo se este transtorno precede a depressão e não piorou com o início da depressão.

11. Ansiedade Somática

Frequência				
Este item avalia sintomas físicos associados com ansiedade. Gastrointestinal – boca seca, gases, indigestão, diarreia, prisão de ventre, cólicas, arrotos. Cardiovascular – coração batendo forte ou acelerado. Respiratório – suspiro, respiração acelerada. Outros – dor de cabeça, frequência urinária aumentada, sudorese, tontura.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Algum sofrimento.	0	1	1	2
Moderado Sofrimento pronunciado, pode causar algum prejuízo no funcionamento.		1	2	3
Grave Prejuízo significativo no funcionamento.		2	3	4
Muito Grave Incapacitante.		3	4	4

Diga-me se você sentiu algum dos seguintes sintomas físicos na última semana. (LEIA A LISTA DA GRADE, PAUSANDO APÓS CADA SINTOMA)

Avalie gravidade de cada sintoma

- Quanto isso foi ruim? (Você teve que tomar algum remédio para isso?)
- Quanto isso incomodou você na última semana?
- Isso impediu que você fizesse as coisas que você costuma fazer? (Quanto? De que maneira?)

Avalie a frequência de cada sintoma

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- De modo geral, é o impacto global dos sintomas combinados que determina o nível de intensidade para este item.
- Cefaléias são pontuadas neste item (e não no item 13, Sintomas Somáticos Gerais). Pontue todas as cefaléias aqui, sem levar em consideração o tipo (ex.: tensional, enxaqueca).

12. Perda de Appetite (Sintomas Somáticos Gastrointestinais)

Frequência				
(Sintomas Somáticos Gastrointestinais) Este item avalia apetite (ex.: fome, desejo por comida, prazer pela comida). <i>Nota: Não pontue outro sintoma gastrointestinal aqui. Pontue no item 11: Ansiedade Somática.</i>	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Alguma perda de apetite, mas comendo sem estímulo; menos interesse ou prazer para comer	0	1	1	1
Acentuada Perda de apetite acentuada, interesse ou prazer para comer muito diminuído (ex.: comendo forçado).		1	2	2

Como esteve seu apetite na última semana (comparado ao seu apetite habitual)? SE DIMINUÍDO: Está quanto menos que o seu habitual?

Você gostou de comer tanto quanto o seu habitual?

Você comeu forçado(a)?

Outras pessoas insistiram para você comer? Você pulou refeições?

Frequência

- Durante a última semana, por quanto tempo seu apetite esteve menor que o habitual?
- Em quantas refeições você realmente não teve vontade de comer?
- Quantos dias da semana passada isso aconteceu dessa maneira? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Convenções

- Mudar a quantidade de comida ingerida pode indicar ou não mudança no apetite. Alguns pacientes com diminuição do apetite podem pular refeições ou comer menos nas refeições. Outros continuam a comer, mas sentem que têm que se esforçar para comer. Ambos são pontuados.
- Não considere como sintomático um(a) paciente cuja depressão está associada com aumento do apetite e que está atualmente melhorando, com apetite diminuindo para os níveis normais (pré-depressão).

Notas

13. Sintomas Somáticos Gerais

Frequência				
Este item avalia cansaço, perda de energia, fadiga e desconforto e dores musculares.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Cansaço, falta de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estarem sobrecarregados ou dores ou desconfortos musculares leves.	0	1	1	1
Acentuado Cansaço, falta de energia, fadiga, sensação de peso nos membros ou de estarem sobrecarregados, desconfortos ou dores musculares proeminentes.		1	2	2

Como esteve sua energia nesta última semana, comparada a antes de você estar deprimido(a)? SE MENOS QUE O HABITUAL: Com quanto menos de energia você esteve comparado com o habitual?

Você se sentiu cansado(a)? Quanto isso foi ruim?

Nesta semana, você teve alguns desconfortos ou dores musculares?

Você teve alguma sensação de peso nos seus membros, costas ou cabeça nesta última semana? Ou sentiu como se estivessem sobrecarregados nesta última semana?

Quanto isso foi ruim?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você se sentiu dessa maneira?
- Por quanto tempo você se sentiu dessa maneira?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Perceba que este item avalia perda de energia física diferente da falta de interesse, que é avaliado no item 7 (Trabalho e Atividades), apesar de muitos pacientes terem ambos os sintomas.
- Qualquer dos sintomas listados (ex.: diminuição da energia, peso nos membros, dores musculares) é suficiente para pontuar positivamente este item.
- Não pontue fadiga ou desconfortos musculares em decorrência de esforço extra ou outras causas claramente não relacionadas com depressão (ex: gripe, trabalhar por muitas horas).
- Cefaléias não são pontuadas aqui, mas são pontuadas no item 11 Ansiedade Somática.

14. Interesse Sexual (Sintomas Genitais)

Este item avalia perda de interesse ou prazer por sexo; não a quantidade de atividade sexual.	
Intensidade do sintoma	
Ausente	0
Leve Alguma perda de interesse ou prazer	1
Acentuado Perda acentuada de interesse ou prazer	2

Como esteve seu interesse por sexo nessa última semana? Eu não estou perguntando sobre sua atividade sexual de fato, mas em relação ao seu interesse ou prazer sexual.

SE REDUZIDO OU SEM INTERESSE OU PRAZER: Esta é uma mudança comparada com quando você se sentia bem?

Está um pouco menos ou muito menos?

Convenções

- Problemas com o desempenho sexual não são pontuados aqui, desde que o interesse se mantenha inalterado.
- Este item não avalia outros sintomas (ex.: dificuldades menstruais) classificados como genitais em algumas versões da HAMD.
- Para uma pessoa sem parceiro(a), diminuição do interesse pode ser evidenciado por diminuição dos pensamentos sobre sexo.
- Interesse sexual não é limitado ao desejo de praticar relação sexual, mas inclui desejo por outros comportamentos sexuais, ex.: masturbação.
- O nível de interesse sexual entre os não-deprimidos varia consideravelmente. Não pontue a menos que o interesse atual esteja menor que os níveis em períodos sem depressão.
- Mudança de um nível muito alto de interesse para um nível de interesse médio ainda é baixa e é pontuada.
- Não pontue evitação do(a) parceiro(a) em decorrência de conflitos interpessoais se o desejo sexual permanece inalterado.
- Uma pessoa que faz sexo regularmente apesar da redução do interesse (ex.: para agradar o(a) parceiro(a)) ainda é pontuada como sintomática.

Notas

15. Hipocondria

Frequência				
Este item avalia preocupação injustificável em ter uma doença médica geral sem levar em consideração se isso existe ou não.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Preocupação com funções e sensações corporais, mas sem referência a uma doença específica.	0	1	1	2
Moderado Preocupação excessiva ou irrealista em ter uma doença (ex.: "Eu estou preocupado que essas dores de cabeça sejam por causa de um tumor cerebral").		1	2	3
Grave Forte convicção irrealista de ter uma doença (ex.: "Eu estou convencido que eu tenho câncer").		2	3	3
Muito Grave Delírios somáticos ou alucinações (ex.: Meus órgãos estão apodrecendo").		4	4	4

Na última semana, até que ponto os seus pensamentos estiveram focados na sua saúde física ou em como o seu corpo está trabalhando?

Sobre o que você pensou? Você pensou nisso mais do que você pensava antes de você ficar deprimido?

Você se preocupou com a possibilidade de estar doente ou ter algum tipo de doença física?
SE SIM: Você teve medo de ter o quê?

Você procurou um médico por causa desses problemas?
SE SIM: O que o médico disse?

Gravidade

- Quanto tempo você passou pensando nisso?
- Quanto você esteve preocupado(a) com isso?
- Quanta certeza você tem do que você sofre (doença)?

Frequência

- Durante a última semana, com que frequência você pensou nisso?
- Por quanto tempo você pensou nisso?
- Quantos dias na última semana? (Isso aconteceu em todos os dias? Quanto tempo em cada dia?)

Notas

Convenções

- Sintomas somáticos propriamente ditos (ex.: dores de estômago) são pontuados em Ansiedade Somática (item 11). Pontue aqui a preocupação do(a) paciente(a) em ter a doença ou a apreensão relacionada a isso.
- Preocupação com a aparência física (ex.: estar acima do peso) não é pontuada aqui.
- Preocupações com sintomas depressivos, como estar cansado(a) ou sem dormir, são pontuadas apenas se o(a) paciente se preocupa que estes sintomas sugerem uma doença médica não psiquiátrica.
- Não avalie medo de pegar ou contrair uma doença; apenas a crença de que o(a) paciente já está realmente doente.
- Uma pessoa que ainda acredita fortemente que tem uma doença específica apesar de forte evidência do contrário (ex.: exames médicos repetidos) é pontuada como tendo hipocondria.

16. Perda de peso

Pontue A ou B; não pontue ambos. Não pontue perda de peso devido a dieta ou circunstâncias não relacionadas à depressão (ex.: perda de peso devido a condições médicas gerais).			
A. Quando pontuada de acordo com a história		B. Quando pontuada de acordo com mudanças de peso reais	
Na avaliação inicial, compare com o peso pré-mórbido. No seguimento, compare com a consulta anterior.		As diretrizes fornecidas abaixo se aplicam a indivíduos que estão com peso na média.	
Sem perda de peso	0	Perda inferior a 0,5 Kg (1 lb.) por semana desde a última consulta	0
Provável perda de peso	1	Perda entre 0,5-1 Kg (1-2 lb.) por semana desde a última consulta	1
Perda de peso evidente	2	Perda maior que 1 Kg (>2 lb.) por semana desde a última consulta	2

Você perdeu algum peso desde que a depressão começou?
NA AVALIAÇÃO INICIAL: Você perdeu algum peso desde que isso começou?
SE SIM: Você acha que isso foi por que você está se sentindo deprimido(a) ou desanimado(a)? Quanto você perdeu?
SE NÃO TEM CERTEZA: Você acha que as roupas estão mais folgadas em você?
SE SIM: Quanto mais folgadas?

NO SEGUIMENTO: Você perdeu algum peso desde a última visita?
SE SIM: Você acha que isso foi por que você está deprimido(a) ou desanimado(a)? Quanto você perdeu?
SE NÃO TEM CERTEZA: Você acha que as roupas estão de alguma maneira folgadas em você?
SE SIM: Quanto mais folgadas?
 Você voltou a ganhar algum peso?
SE SIM: Quanto?

NOTA: CONTABILIZE 1 OU 2 APENAS SE O(A) PACIENTE PERDEU PESO E NÃO COMEÇOU A GANHAR NOVAMENTE.

Convenções

- Nas visitas de seguimento: Se os pacientes ainda estiverem abaixo do peso pré-mórbido, a pontuação prévia é repetida aqui, mesmo se não tiver ocorrido perda de peso adicional (considerando que eles não voltaram a ganhar peso).
- Se os pacientes forem pontuados positivamente para perda de peso na avaliação inicial e começaram a ganhar peso, porém ainda estiverem abaixo do peso pré-mórbido, diminua a pontuação da seguinte maneira: um provável (ex.: 0,5-1 Kg) ganho de peso diminuiria a pontuação em um ponto. Por exemplo, um 2 pode ser diminuído para 1 ou um 1 pode ser diminuído para 0. Um ganho de peso evidente (maior que 1 Kg) também reduziria um 2 ou um 1 para 0.
- Se a perda de peso foi pontuada na avaliação inicial com uma pontuação de 1 (provável perda de peso) e nas consultas de seguimento o(a) paciente evidentemente pesar menos (comparado com o seu habitual), pontue 2.
- Alguns pacientes “racionalizam” perda de peso após o fato (sentem-se satisfeitos e explicam que a perda de peso foi benéfica, porque estavam precisando perder peso). Ainda assim são pontuados como sintomáticos.
- Quando o início do episódio depressivo é acompanhado de ganho de peso, não pontue perda de peso subsequente a menos que diminua para abaixo do peso pré-depressão.
- Se o(a) paciente for pontuado 0 na avaliação inicial e começou a perder peso durante o estudo, pontue com a diretriz fornecida (ex.: provável perda de peso na semana passada recebe uma pontuação de 1, perda de peso evidente, uma pontuação de 2).

Notas

17. Percepção de doença

Este item avalia negação patológica da doença. Não considere negação que reflete normas culturais.		
Intensidade do sintoma		
Ausente Qualquer reconhecimento dos sintomas depressivos, com ou sem atribuição a qualquer causa (ex.: "Eu estou deprimida, porque meu companheiro sempre discute comigo").	0	
Leve Nega a doença, mas aceita a possibilidade de estar doente (ex.: "Eu não acho que há algo errado, mas outras pessoas acham que sim").	1	
Acentuado Negação completa de que tem a doença (ex.: "Eu não estou deprimido; Estou bem").	2	
Notas		

Convenções

- Este item avalia a presença de negação grave de estar deprimido apenas em pacientes que estão claramente sintomáticos. Pontue "0" nos pacientes que não estão claramente deprimidos.
- Este item é pontuado baseado nas perguntas anteriores. Este sintoma não é frequentemente positivo em pacientes ambulatoriais e deve ser pontuado de forma conservadora.
- Não pontue como sintomática uma negação que reflita normas culturais, ex.: em algumas culturas, admitir sentimento depressivo não é geralmente aceito.
- Pontue "0" se o(a) paciente reconhece que está em um estado depressivo – mesmo que sua explicação para que ele(a) esteja deprimido(a) pareça improvável (ex.: "Eu estou deprimido, porque eu não estou tomando vitaminas suficientes").
- Alguns pacientes sabem que alguma coisa está errada, mas não têm certeza do que é depressão ou se seus sintomas são um resultado de estar deprimido ou são em decorrência de alguma outra coisa. Pontue 0 se o(a) paciente aceita a possibilidade de que ele(a) possa estar deprimido(a). Neste caso, ele(a) não está negando que está deprimido – ele(a) apenas não sabe.

Este item marca o final da GRID-HAMD-17

Pontuação do item:

Score total da GRID-HAMD-17:

Para continuar com os itens de rastreamento da GRID-HAMD-21, por favor prossiga para a próxima página.

18. Variação Diurna

A. Observe se os sintomas são consistentemente piores pela manhã ou à noite. Se NÃO há variação diurna, marque 0. Quando a variação está presente, pontue a gravidade da variação.		B. Quando presente, marque a gravidade da variação.	
Ausente Sem variação ou não deprimido atualmente. PULE PARA O PRÓXIMO ITEM	0	Leve Padrão com variação apenas discreta	1
Antes do meio-dia Se pior antes do meio-dia, assinale aqui ____ e vá para B.		Grave Padrão com variação acentuada	2
Após o meio-dia Se pior após o meio-dia, assinale aqui ____ e vá para B.			

Na última semana, você se sentiu melhor ou pior em algum momento particular do dia? Pela manhã? À noite?

SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sentiu (PELA MANHÃ OU À NOITE)?

SE NÃO TEM CERTEZA: Um pouco pior ou muito pior?

Com que frequência nessa semana isso aconteceu?

Convenções

- Pontue um padrão de variação apenas se estiver presente na maioria dos dias da última semana.
- Não pontue ambos os padrões (cedo e tarde) para a mesma semana.
- Não pontue variação diurna se as dificuldades são claramente situacionais (ex.: problemas para mandar as crianças para a escola pela manhã) e não refletem uma diferença global no humor.

Notas

19. Despersonalização e Desrealização

Frequência				
Este item avalia a sensação de estar desconectado de si mesmo(a) e a sensação de que o ambiente está estranho ou irreal.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Sensação vaga de estar desconectado de si mesmo (ex.: sente como se estivesse vivendo em um sonho ou tem a percepção de que o ambiente ou as pessoas lhe parecem estranhos).	0	1	1	2
Moderado Sensação evidente de estar desconectado, sente-se como um observador externo dos seus próprios pensamentos e ações; os outros parecem desconhecidos ou mecânicos.		1	2	3
Grave Sensações de irrealidade que interferem no funcionamento; perda de sentimentos emocionais (ex.: sensação de torpor e de falta de controle das próprias ações).		2	3	3
Incapacitante Incapaz de funcionar por causa da intensa sensação de irrealidade.		4	4	4

Na última semana, você teve alguma vez a sensação de que tudo era irreal ou de que você estava em um sonho ou de que você estava desconectado(a) das outras pessoas de alguma maneira estranha?

SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Quantas vezes nesta semana isso aconteceu?

Você se sentiu desconectado(a) de si mesmo(a)? Como se fosse um(a) observador(a) externo(a) dos seus próprios pensamentos e movimentos?

SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso tem sido ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?

O mundo ao seu redor pareceu estranho ou irreal?

SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?

Notas

Convenções

- Sintomas graves de despersonalização e desrealização são raros em pacientes deprimidos.
- Não pontue despersonalização se o(a) paciente diz que ele(a) “não está se sentindo como ele(a) mesmo(a)”, mas significa apenas que seus comportamento e humor mudaram em decorrência da depressão.
- Não avalie sintomas que ocorrem exclusivamente no contexto de convulsões, enxaqueca ou outros problemas neurológicos.

20. Sintomas Paranoides

Frequência				
Este item avalia desconfiança excessiva ou irracional ou a crença irreal de que está sendo assediado(a), perseguido(a) ou tratado(a) injustamente.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Desconfiança irracional em relação às intenções dos outros, tem ressentimentos ou é rancoroso, não confia nos outros.	0	1	1	2
Moderado Idéias de referência, idéias sobrevalorizadas, interpreta mensagens ocultas em comentários ou eventos benignos.		1	2	3
Grave Delírios de referência ou persecutórios.		2	3	3

Nesta última semana, você esteve particularmente desconfiado(a) dos outros ou pensando que alguém estava tentando dificultar as coisas para você ou prejudicando você?

E em relação a alguém falando sobre você pelas suas costas?

SE SIM: Fale-me sobre isso. Quanto isso foi ruim? Com que frequência nesta semana isso aconteceu?

Convenções

- Sintomas paranoides são incomuns em pacientes deprimidos, e respostas afirmativas sempre devem ser verificadas cuidadosamente.
- Pacientes com fobia social frequentemente se preocupam se os outros estão prestando muita atenção neles. Não pontue como paranoide a menos que eles estejam diferentemente desconfiados ou precavidos de intenções maliciosas.
- Não pontue como paranoide se há evidência de conflito real (que alguém está dificultando as coisas para o(a) paciente) e a desconfiança é limitada a esta pessoa.

Notas

21. Sintomas Obsessivos e Compulsivos

Frequência				
Este item avalia pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos bem com preocupações com perfeccionismo, ordem e controle.	Ausente Não ocorre ou clinicamente insignificante	Ocasional Pouco frequente; menos que 3 dias; até 30% da semana	Grande parte do tempo Frequente; 3-5 dias; 31-75% da semana	Quase todo o tempo Persistente; 6-7 dias; mais que 75% da semana
Intensidade do sintoma				
Ausente	0			
Leve Perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (ex.: não consegue terminar algo, porque nunca está bom o suficiente; preocupação com detalhes e regras; indecisão frequente; ou comportamentos repetitivos esporádicos, como lavar as mãos e contagem).	0	1	1	2
Grave Obsessões ou compulsões que causam sofrimento significativo e interferem no funcionamento; a pessoa pode evitar situações que se relacionam com o conteúdo das obsessões; tentativas de resistir às compulsões causam ansiedade extrema.		1	2	2

Na última semana, houve coisas que você teve que fazer várias vezes, como verificar as fechaduras das portas, tocar em certas coisas ou lavar suas mãos?

SE SIM: Você pode me dar um exemplo? Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?

Você teve alguns pensamentos ou imagens que não fazem sentido para você, mas que se mantiveram aparecendo várias vezes na sua mente apesar de você tentar pará-los?

SE SIM: Você pode me dar um exemplo? Quanto isso foi ruim? Com que frequência isso aconteceu nesta semana?

Notas

Convenções

- Tanto obsessões isoladamente quanto compulsões isoladamente podem ser pontuadas como graves se consomem tempo e interferem no funcionamento.
- Não pontue pensamentos de auto-reprovação ou ruminação depressiva sobre más ações do passado (avaliado no item 2, Culpabilidade) a menos que esses pensamentos também sejam **intrusivos e irracionais** (ex.: pensamentos repetitivos de que deixou o fogão ligado e pode causar um incêndio – apesar de ter verificado o fogão).
- Não pontue preocupações repetitivas sobre o futuro (avaliado no item 10, Ansiedade Psíquica) a menos que esses pensamentos sejam experimentados como intrusivos ou irracionais (ex.: preocupação injustificada de que alguém pode machucar fisicamente uma pessoa amada).
- Obsessões e comportamentos compulsivos são pontuados até mesmo se precedem o início da depressão.

Este item marca o final da GRID-HAMD-21

Pontuação do item:

Escore total da GRID-HAMD-21:

ANEXO C – Escala de Avaliação de TEPT Administrada pelo Clínico (CAPS-IV)**CLINICIAN ADMINISTERED PTSD SCALE (CAPS)**

Nome: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

Autores: Dudley D. Blake, Frank W. Weathers, Linda M. Nagy,
Danny G. Kaloupek, Dennis S. Charney & Terence M. Keane

Tradução: Mariana Cadrobby Pupo & Miguel Roberto Jorge (2004)

Lista de eventos – Checklist

Nome: _____ Data: _____

Abaixo está uma lista de situações difíceis ou estressantes que podem acontecer às pessoas. Para cada evento identifique uma ou mais alternativas indicando se: (a) aconteceu com você pessoalmente, (b) você testemunhou isto acontecendo com outra pessoa, (c) você ouviu dizer que isso aconteceu com alguém próximo a você, (d) você não tem certeza da resposta, ou (e) isto não se aplica a você.

Para responder a cada um dos itens abaixo considere os acontecimentos ocorridos durante toda a sua vida.

Evento	Aconteceu comigo	Testemunhei	Ouvi dizer	Não tenho certeza	Não aconteceu
1.Desastre natural (ex: inundação, deslizamento de terra)					
2.Incêndio ou explosão					
3.Acidente com meio de transporte (ex: acidente de carro, barco, trem, avião)					
4.Grave acidente de trabalho, em casa, ou durante atividade recreativa.					
5. Exposição à substância tóxica (radiação, químicos)					
6.Violência física (ex: ter sido atacado, apanhado, espancado)					
7.Assalto a mão armada (ex: ter sido baleado, ameaçado com faca, arma, bomba)					
8.Abuso sexual (estupro, ter sido forçada a realizar qualquer tipo de ato sexual)					
9.Outra experiência sexual contra vontade (ex: assédio)					
10.Exposição ou combate em zona de guerra (como militar ou civil)					
11.Sequestro (cativeiro, sequestro relâmpago)					
12.Doença crônica					
13.Sufrimento humano grave					
14.Morte violenta repentina (homicídio, suicídio)					
15.Morte de alguém próximo repentina					
16.Grave dano, ferimento ou morte que você tenha causado a alguém					
17. Algum outro evento ou experiência muito estressante					

A. Acontecimento traumático:									
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. Sintomas relacionados com o reviver a experiência	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(1) recordações invasivas									
(2) sonhos angustiantes									
(3) agir ou sentir como se o acontecimento estivesse acontecendo novamente									
(4) angustia psicológica quando exposto a estímulos									
(5) reação fisiológica quando exposto a estímulos									
B Subtotais									
Nº de sintomas do Critério B (necessário 1)									

C. Sintomas de esquiva e de entorpecimento	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(6) evitamento de pensamento ou sentimentos									
(7) esquiva de atividades, lugares ou pessoas									
(8) incapacidade de recordar aspectos importantes do trauma									
(9) interesse reduzido pelas atividades									
(10) afastamento ou indiferença									
(11) âmbito reduzido do afeto									
(12) sentimento de um futuro abreviado									
C Subtotais									
Nº de sintomas do Critério C (necessário 3)									

D. Sintomas de hiperexcitação	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(13) dificuldade em adormecer ou manter o sono									
(14) irritabilidade ou surtos de raiva									
(15) dificuldade de concentração									
(16) hipervigilância									
(17) resposta de alarme exagerada									
D Subtotais									
Nº de sintomas do Critério D (necessário 2)									

Totais de Frequência, intensidade e Gravidade	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
Soma dos Subtotais (B+C+D)									

E. Duração da perturbação	Atual		Ao longo da vida	
(19) Duração da perturbação de pelo menos um mês	NÃO	SIM	NÃO	SIM

F. Angústia ou desajustamento significativo no funcionamento	Semana passado		Mês passado		Ao longo da vida	
(20) angústia subjetiva						
(21) diminuição no funcionamento social						
(22) diminuição no funcionamento ocupacional						
PELO MENOS 1 >= 2?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Diagnóstico PTSD	Atual		Ao longo da vida	
PTSD PRESENTE – TODOS OS CRITÉRIOS (A-F) APROVADOS?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Especifique: (18) Com início tardio (>=6 meses de atraso)	NÃO	SIM	NÃO	SIM
(19) Agudo (<= 3 meses)	AGUDO	CRÔNICO	AGUDO	CRÔNICO

Avaliação global	Semana passado	Mês passado	Ao longo da vida
(23) validade global			
(24) gravidade Global			
(25) melhora global			

Características associadas	Semana passado			Mês passado			Ao longo da vida		
	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I	Freq	Int	F=I
(26) culpa relativa a atos da comissão ou de omissão									
(27) culpa do sobrevivente									
(28) uma redução da consciência do que o rodeia									
(29) desrealização									
(30) despersonalização									

ANEXO D – Questionário sobre Traumas na Infância (CTQ)

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 Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

QUADRO 1 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS.		QUADRO 2 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA.	
01. Mãos e pés frios	F1 ()	01. Problemas com a memória	F2 ()
02. Boca seca	F1 ()	02. Mal-estar generalizado, sem causa específica	F2 ()
03. Nó no estômago	F1 ()	03. Formigamentos das extremidades	F2 ()
04. Aumento da sudorese (muito suor, suadeira)	F1 ()	04. Sensação de desgaste físico constante	F2 ()
05. Tensão Muscular	F1 ()	05. Mudança de apetite	F2 ()
06. Aperto da Mandíbula/Ranger os dentes	F1 ()	06. Aparecimento de problemas dermatológicos (problemas de pele)	F2 ()
07. Diarréia passageira	F1 ()	07. Hipertensão arterial (pressão alta)	F2 ()
08. Insônia	F1 ()	08. Cansaço constante	F2 ()
09. Taquicardia (batedeira no peito)	F1 ()	09. Aparecimento de úlcera	F2 ()
10. Hiperventilação (respirar ofegante, rápido)	F1 ()	10. Tontura/Sensação de estar flutuando	F2 ()
11. Hipertensão arterial súbita e passageira (pressão alta)	F1 ()		
12. Mudança de apetite	F1 ()		
QUADRO 1 b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado nas ÚLTIMAS 24 HORAS.		QUADRO 2 b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado na ÚLTIMA SEMANA.	
13. Aumento súbito de motivação	P1 ()	11. Sensibilidade emotiva excessiva (estar muito nervoso)	P2 ()
14. Entusiasmo súbito	P1 ()	12. Dúvida quanto a si próprio	P2 ()
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	P1 ()	13. Pensar constantemente em um só assunto	P2 ()
		14. Irritabilidade excessiva	P2 ()
		15. Diminuição da libido (sem vontade de sexo)	P2 ()
QUADRO 3 a) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS.		QUADRO 3 b) Marque com um X os sintomas que tem experimentado no ÚLTIMO MÊS.	
01. Diarréia frequente	F3 ()	13. Impossibilidade de trabalhar	P3 ()
02. Dificuldades sexuais	F3 ()	14. Pesadelos	P3 ()
03. Insônia (dificuldade para dormir)	F3 ()	15. Sensação de incompetência em todas as áreas	P3 ()
04. Náusea	F3 ()	16. Vontade de fugir de tudo	P3 ()
05. Tiques	F3 ()	17. Apatia, depressão ou raiva prolongada	P3 ()
06. Hipertensão arterial continuada (pressão alta)	F3 ()	18. Cansaço excessivo	P3 ()
07. Problemas dermatológicos prolongados (problemas de pele)	F3 ()	19. Pensar/falar constantemente em um só assunto	P3 ()
08. Mudança de apetite	F3 ()	20. Irritabilidade sem causa aparente	P3 ()
09. Excesso de gases	F3 ()	21. Angústia/ansiedade diária	P3 ()
10. Tontura frequente	F3 ()	22. Hipersensibilidade emotiva	P3 ()
11. Úlcera	F3 ()	23. Perda de senso de humor	P3 ()
12. Enfarte	F3 ()		

ANEXO F – Esclarecimento Técnico Smart íris, Castells Com. Equip. Ópticos Ltda

São Bernardo do Campo, 4 de abril de 2016

Sr. Rafael Braga Esteves

Esclarecemos que o equipamento Macro íris e Smart íris não comprometem a saúde do paciente que esta sendo submetido ao seu uso, estes equipamentos são lentes para aproximação e captura de imagem que são usadas em conjunto a um equipamento móvel de celular ou câmeras fotográficas digitais.

O led que emite a iluminação não afeta a visão, em anexo ao documento certificados do fabricante.

Os equipamentos devem ser usados com cuidados básicos de higiene: devem ser limpos antes e imediatamente após o uso, com álcool gel.

Para tornar o seu uso mais adequado, ascenda luz apenas no momento da captura da imagem, ou por apenas 40 segundos, para não fadigar a vista do paciente.

At
Ricardo Lorente
Diretor Técnico Castells

ANEXO G – Declaração de Conformidade, Castells Com. Equip. Ópticos Ltda **Declaração de Conformidade**

Nós Castells Comercio de Equipamentos Ópticos Ltda, fabricantes dos equipamentos beauty cam millenium, beauty cam plus, escova laser, bio test e bee cap, informados a DHL, sob Danfe 8805 e fatura Comercial 001/2016, declaro para os devidos fins que os equipamentos nomeados, foram projetados e fabricados, de forma a cumprir com LVD 1907/2006/EC e ROHS 2011/65/EU diretamente.

Castells Com. De Equip. Ópticos Ltda.
22/01/2016

62.541.321/0001-50

CASTELLS COM. EQUIP.
OPTICOS LTDA

RUA GIOVANNI GIUSTI, 56
VILA SUSI - CEP 09715-200
SÃO BERNARDO DO CAMPO - SP

ANEXO H – Parecer CEP-EERP/USP referente ao local 1

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 296/2016, de 15.09.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 14 de setembro de 2016.

Protocolo CAAE: 56549016.8.0000.5393

Projeto: Impacto da violência na manifestação de estresse e seus biomarcadores entre mulheres deprimidas.

Pesquisadores: Rafael Braga Esteves
Lucilene Cardoso (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Lucilene Cardoso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO I – Parecer CEP-EERP/USP, referente ao local 2 **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 764/18- CAPP**CSV/2018**

Ribeirão Preto, 09 de Março de 2018.

Senhor Orientador,

Informamos que o gerente da Unidade CAPS III da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA MANIFESTAÇÃO DE ESTRESSE E SEUS BIOMARCADORES ENTRE MULHERES DEPRIMIDAS"** sob a responsabilidade do **Prof. Dr RAFAEL BRAGA ESTEVES**.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

Fica consignada a liberdade desta Secretaria em retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem. Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Cláudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssimo Senhor

Prof. Dr RAFAEL BRAGA ESTEVES**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP**

NESTA